Bibliothèque numérique
medic@

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

1890, Troisième série, n° 50. - Paris : aux Bureaux du journal, 1890.
Cote : 90068

PARIS biu Santé

(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90068x1890x50

©BIU Santé

90068

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

L'UNION MÉDICALE

©BIU Santé

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

©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 CINQUANTIÈME

90068

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

—

ANNÉE 1890

©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 CINQUANTIÈME

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

—

ANNÉE 1880

©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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. PETER : Les procédés d'exploration de l'aorte. — II. REVUE DES JOURNAUX : L'anosmie et son traitement. — III. THÉRAPEUTIQUE : La médication tonique. — IV. Sociétés et Congrès. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER.

Hôpital Necker. — M. le professeur PETER.

Les procédés d'exploration de l'aorte.

Messieurs,

J'ai l'intention de vous démontrer aujourd'hui l'utilité d'un examen complet et méthodique de l'aorte et du cœur, et la nécessité de revenir, pour cet examen, aux différents moyens d'exploration qui peuvent nous fournir des renseignements utiles.

Je dois vous dire avant tout qu'il faut commencer l'auscultation du cœur supposé malade non par la pointe, mais par la base. En effet, si on débute par examiner la pointe et que l'on trouve un bruit morbide, il se peut très bien que ce bruit ne dépende pas de la valvule mitrale, mais soit un bruit de propagation de l'orifice aortique. Or, comme généralement, une fois un bruit trouvé à la pointe, on ausculte la base sans grande attention, on commet une erreur de diagnostic.

C'est ainsi que, au n° 1 de notre salle des hommes, est couché un malade qui nous est arrivé avec le diagnostic de lésion mitrale, tandis qu'il n'en est rien et qu'il est atteint d'une lésion aortique. Il est facile de comprendre comment le médecin qui l'a ausculté s'est trompé ainsi complètement. Il a entendu à la pointe un souffle et un bruit de galop et a admis une localisation à la valvule mitrale, tandis que la maladie siège à l'orifice aortique et dans l'aorte. A la base, en effet, on trouve un souffle au deuxième temps, cela indique une insuffisance aortique tenant non à une lésion de l'endocarde, mais à une lésion de l'endartère. Les tracés graphiques et l'exploration plessimétrique vont vous démontrer la réalité de ce fait. En auscultant chez notre malade la région supérieure du cœur, la région de la base, on entend un va-et-vient, un double bruit de souffle. Il y a donc une lésion de la tunique interne de l'artère qui a déterminé une endartérite chronique athéromateuse, athéromato-calcaire ; le vaisseau s'est dilaté par suite de la lésion des tuniques interne et moyenne. En étudiant le tracé du pouls, on trouve le plateau révélateur de l'athérome indiquant la résistance de la paroi artérielle au moment de la descente du tracé ; ça et là, il y a un petit crochet tenant à l'insuffisance sigmoïdienne secondaire à la dilatation de l'aorte. Seul, le revêtement supérieur, endothélial, de ces valvules est atteint. Le tracé nous montre encore, indépendamment du plateau, des irrégularités dans la durée de certaines pulsations artérielles.

Le malade présente des symptômes fonctionnels notables. Il a des palpitations depuis un mois seulement, d'après ce qu'il raconte, et a cependant

©BIU Santé

été souffrant depuis qu'il a été touché par l'influenza. Actuellement, il lui est impossible de travailler, et, la nuit, il ne peut rester dans son lit et dort sur un fauteuil.

La dyspnée est considérable. De plus, la voix est à moitié éteinte; il y a comme une demi-aphonie, et cela, non parce qu'il y a une laryngite, mais parce que le malade est atteint d'une parésie, sinon d'une paralysie du nerf récurrent gauche. Cette paralysie sera certainement trouvée à l'examen laryngoscopique. Depuis quelques jours, les phénomènes dyspnéiques vont presque jusqu'à l'orthopnée et les palpitations sont intenses. En explorant le pouls, on trouve que la radiale est résistante au toucher et cela nous indique un état athéromateux étendu à tout le système artériel. Il y a des irrégularités, des intermittences de temps à autre, des pulsations de force et de durée inégales.

Cependant, le cœur n'est pas primitivement malade. Il est atteint parce qu'il lutte contre les conséquences des lésions de l'aorte et de la plupart des artères.

Etudions maintenant l'état de l'aorte. En percutant à son niveau, à la base du cœur, on constate que sa largeur, d'un côté à l'autre, est de 8 centimètres et que cette largeur, à la crosse, atteint 10 centimètres. Or, chez un homme en bonne santé, la largeur de l'aorte est de 5 à 5 centimètres 1/2, si l'individu étudié est un géant; de 3 à 4 centimètres chez un sujet d'une taille moyenne. Comme notre malade est de petite taille, il est donc évident que, chez lui, il y a une dilatation de l'aorte dont la largeur est de 3 centimètres de plus qu'elle ne devrait l'être normalement. Il est par conséquent très important de percuter soigneusement au niveau de la base du cœur, afin de reconnaître l'état de l'aorte.

Je vous ai déjà dit que, à l'auscultation, on trouvait au niveau de la région aortique un double bruit de souffle; ces bruits sont dus au frottement du sang contre la paroi du vaisseau, rendue irrégulière et raboteuse par l'athérome, et à l'insuffisance valvulaire qui dépend de la dilatation.

En même temps, en auscultant au niveau de la pointe, on constate l'existence d'un bruit de galop. Quelle est sa pathogénie? Pour bien la comprendre, rappelez-vous que, parmi les conditions qui assurent l'intégrité de la circulation, figurent en premier lieu la contraction normale du cœur, qui lance le sang qu'il renferme, à chaque systole, et, en second lieu, l'élasticité des artères au niveau des gros vaisseaux, ainsi que la contractilité des artérioles aux extrémités de l'arbre circulatoire. Lorsque, comme dans le cas présent, le cœur n'est plus aidé par les artères, le ventricule gauche exagère sa contraction et cette exagération des contractions a immédiatement deux conséquences. D'abord, le ventricule gauche s'hypertrophie comme le font les muscles du mollet chez une danseuse, il s'hypertrophie par excès de travail, par hyperfonctionnement. Cette hypertrophie n'a rien de providentiel, elle est simplement la conséquence de la maladie. Au bout de quelque temps, l'hypertrophie s'accompagne de l'épuisement du muscle et il en résulte des irrégularités dans les contractions du cœur entraînant naturellement des irrégularités dans les contractions du pouls. Il y a là une fatigue du cœur qui le porte à se reposer de temps en temps comme le fait le porte-faix qui pose par instants son fardeau sur une borne. Ces irrégularités dans les battements conduisent souvent à une erreur de diagnostic, car on est tenté d'en conclure qu'il y a une maladie du cœur, tandis qu'il s'agit, en réalité, d'une maladie vasculaire, d'une maladie de l'aorte. Cette

©BIU Santé

maladie de l'aorte, qui entraîne l'insuffisance, est beaucoup plus grave que l'insuffisance qui résulte du rhumatisme. Dans cette dernière, le muscle cardiaque s'hypertrophie aussi, cela est vrai, et par conséquent arrive à se fatiguer, mais alors intervient la contractilité des petits vaisseaux, qui sert de secours au cœur défaillant. Au contraire, notre malade commence la déroute de sa circulation par la fin; il a une lésion aortique, une lésion de l'artère radiale; donc ses petits vaisseaux sont atteints et sa maladie se généralise. Cette altération généralisée de l'arbre artériel tient souvent à l'alcoolisme, à la syphilis; d'autres fois, nous ne lui trouvons pas de cause apparente. Il est probable que, dans ce dernier cas, l'endartère est atteint d'un vice de nutrition qui peut, par exemple, dépendre de la scrofule ou du lymphatisme. Cela nous ramène au bruit de galop, que nous semblons avoir négligé. Le plus généralement, on le rattache à la présence de l'albumine dans l'urine. En réalité, il dépend uniquement de l'hypersarcose du ventricule gauche, le ventricule droit restant ce qu'il était, puisqu'il ne ressent pas de fatigue. Dans ces conditions, le ventricule gauche se contracte tardivement, et le malade boite de son cœur, il a le cœur boiteux à gauche.

Ce que je viens de vous dire me semble démontrer la nécessité de commencer l'examen du cœur par la base. On a commis une erreur de diagnostic avec notre malade. Cependant il n'a pas l'air d'un mitral, mais d'un aortique, car il est pâle et blafard. Cela ne l'empêchera pas, du reste, de présenter probablement les accidents ultimes habituels chez les cardiaques. Les maladies de l'aorte conduisent au même résultat que les maladies du cœur, puisque les mêmes forces collaboratrices se trouvent atteintes et que les petites artères sont simplement frappées plus tôt. Notre malade présente déjà de l'hypérémie du foie, qui a 14 ou 15 centim. de hauteur ; en même temps, la région de l'hypochondre droit est douloureuse à l'exploration. En examinant les poumons, on trouve aux deux bases des râles sous-crépitants très fins indiquant l'existence d'une congestion pulmonaire. De plus, à la partie moyenne de la région thoracique droite postérieure, il y a un point ou l'on entend nettement un souffle très superficiel qui ressemble à un souffle de pleurésie sans œgophonie. Il y a là de la congestion avec condensation du parenchyme par un peu d'apoplexie.

Le malade aurait de l'albumine dans l'urine que cela me serait indifférent. S'il n'en a pas, ce sera cependant d'un meilleur pronostic. On a dit que le bruit de galop se rattachait à une néphrite interstitielle. Il peut cependant exister quand il n'y a pas d'albumine.

Quand il y a une lésion artificielle généralisée, cette lésion peut envahir les artérioles rénales ; de là une néphrite interstitielle et de l'albuminurie. Cette localisation rénale peut manquer et le bruit de galop exister. C'est que ce bruit de galop dépend de l'hypersarcose du ventricule tenant elle-même à l'altération des artérioles du cœur, altération de même nature que celle qui existe dans les reins. Toutes les fois qu'il y a bruit de galop, on doit rechercher l'albumine, non pas parce que ce bruit la révèle, mais parce qu'elle pourrait exister par suite de l'artério-sclérose généralisée. Si les artères et les reins sont pris, le malade est doublement atteint, car l'urémie peut contribuer alors à accélérer la terminaison fatale. Le bruit de galop sans albumine indique uniquement l'hypersarcose du ventricule gauche.

Je veux maintenant vous parler d'un second malade couché au n° 26. Il présente sur la face et sur les muqueuses des lésions qui nous permettent

©BIU Santé

de faire pour ainsi dire l'autopsie de son système artériel. Il a, en effet, des angiomes superficiels, de petits anévrysmes miliaires sous-cutanés, et cela nous indique qu'il a, tout à la fois, des lésions de l'endartère, de la tunique moyenne et de la tunique externe. Toutes les tuniques sont prises, puisqu'elles ont cédé sur certains points et déterminé, par leur distension, de petits angiomes, dont quelques-uns sont superficiels. Ces angiomes sont rouges et disparaissent par la pression de la peau; cette disparition est très fugace et le sang remplit bientôt les dilatations. Cette altération nous révèle la généralisation de l'endartérite, car ce ne peut être une lésion isolée.

Le malade est entré pour des épistaxis abondantes. C'est là un symptôme dont il faut toujours se défier chez les gens d'un certain âge, parce qu'il indique une lésion du système artériel. Cette lésion est tellement probable que, lorsque vous voyez des épistaxis survenir chez un malade arrivé aux environs de la cinquantaine, vous devez toujours rechercher l'état des artères. J'ai eu occasion de recevoir dans mon service un chiffonnier de 70 ans qui avait des saignements de nez très abondants. En explorant le pouls, je trouvai que les pulsations étaient très inégales des deux côtés et qu'il y avait une gêne circulatoire dans l'humérale gauche; cela me conduisit à découvrir un anévrysme de la crosse de l'aorte. L'épistaxis était donc le symptôme révélateur d'une altération généralisée à tout le symptôme aortique. J'ai vu aussi une femme de 50 ans, cuisinière, alcoolique, qui saignait beaucoup du nez; elle avait une ectasie de l'aorte touchant à l'anévrysme.

Mais je reviens à mon malade. Il a des épistaxis parce que la muqueuse pituitaire est très vasculaire et qu'elle présente des lésions comparables à celles que nous constatons sur la peau. Les autres muqueuses sont aussi atteintes, car il nous est facile de constater les dilatations vasculaires sur la langue et les lèvres. Il est très probable qu'il y a de petits anévrysmes çà et là sur tout le système artériel, car nous en voyons sur les mains; il est donc probable qu'il y en a aussi dans le cerveau et que l'apoplexie est possible.

Chez ce malade, l'aorte aussi est atteinte. J'ai percuté et les renseignements que m'a fournis mon plessigraphe sont bien plus complets que ceux que m'aurait donnés le doigt. Avec le doigt, les petites différences de son s'entendent beaucoup moins facilement. De plus, quand l'aorte est malade et que le tissu conjonctif qui l'entoure se prend à son tour la percussion avec le plessigraphe provoque de la douleur; cette douleur est des plus importantes, car elle nous indique la possibilité de la production de l'angine de poitrine. Il faut percuter très légèrement, placer l'instrument normalement à la surface percutée et le toucher à peine. Si on va trop fort, les vibrations s'éteignent. Le malade a 6 centim. de matité aortique à la base et 9 centim. à la crosse.

A l'auscultation, on constate des bruits à timbre spécial dont la signification est trop souvent méconnue; ce sont les bruits normaux, mais ils sont devenus secs, durs. Avec ce caractère, on peut les regarder comme révélateurs de l'altération de l'artère. Quand l'aorte est normale, le sang qui y passe produit uu bruit moelleux; quand les parois sont altérées par l'athérome, le mouvement de l'ondée sanguine amène des frottements durs, d'où le caractère de sécheresse des bruits. Au niveau de l'orifice aortique,

©BIU Santé

dans une étendue très minime, nous constatons l'existence d'un souffle d'insuffisance aortique.

Ce n'est pas tout. La percussion au plessigraphe est douloureuse aux points qui répondent au plexus cardiaque ; la douleur est si vive qu'elle provoque un mouvement de recul de la part du patient. Enfin, en appuyant au cou sur le trajet des pneumogastriques droit ou gauche, la douleur provoquée est encore notable. La douleur de la région cardiaque, quand le malade se fatigue, se propage dans l'épaule gauche. Notre malade est donc bien près d'avoir de l'angine de poitrine ; il a l'angor au minimum.

Ainsi donc l'exploration méthodique de la région aortique nous permet de constater l'existence d'une dilatation du vaisseau, celle de bruits morbides divers, et enfin celle de douleur sur le trajet des nerfs du plexus touchés.

J'insiste sur ce point. L'exploration doit être prolongée et méthodique, l'auscultation minutieuse. En effet, un malade vient nous trouver avec des palpitations ; à la base, les bruits sont secs et durs, mais vous méconnaissez leur valeur. Il s'en suit que vous passez à côté de la dilatation de l'aorte et que votre pronostic est erroné. Or notre malade, dans ces conditions, peut être pris brusquement d'angine de poitrine et succomber rapidement, comme cela est arrivé à un médecin de l'hôpital Saint-Louis. Il faut donc, dans ces cas, porter un pronostic très grave, bien que, par un traitement judicieux, par une hygiène sévère, vous puissiez arriver à prolonger la vie du malade.

Donc, pour me résumer, toutes les fois qu'un malade se présentera à vous pour des troubles circulatoires, commencez votre examen par la région sus-aortique, percutez soigneusement et cherchez les douleurs. Ce n'est que comme cela que vous pourrez savoir si les nerfs sont atteints, si le système artériel tout entier est frappé, et si, par conséquent, vous avez à craindre l'altération du rein, l'apoplexie, etc.

Actuellement, Messieurs, on fait de grandes recherches sur des maladies rares ou inguérissables, telles de celles du système nerveux, et on néglige l'étude des malades par les procédés habituels de la clinique. On fait aussi de grandes recherches sur la pathogénie. Or, pour moi, Messieurs, ces recherches sont bien peu utiles, car, la pathogénie, c'est le roman de la pathologie.

REVUE DES JOURNAUX

L'anosmie et son traitement, par J. Dundas-Graut. (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., déc. 1889.) — Le docteur Dundas-Graut, après un rapide coup d'œil jeté sur la différence existant entre la sensation d'odorat et l'irritation de la membrane de Schneider, étudie les conditions nécessaires à l'odorat.

De cette étude il conclut que la perte de l'odorat est due à une cause mécanique ou à une lésion organique. Parmi les causes mécaniques : les unes sont directes, telle l'obstruction nasale, causée par polypes, hypertrophie chronique des cornets, déviation de la cloison, corps étrangers, coryza caséeux ; d'autres indirectes, paralysie faciale empêchant de renifler.

Les lésions organiques sont les plus nombreuses et on peut y faire rentrer les troubles d'origine psychique ; ce sont, en suivant la voie physiologique par laquelle se fait l'odorat : les lésions de la membrane olfactive ; anomalies congénitales de l'épithélium olfactif et des fines radicules nerveuses (telle, par exemple, l'absence de pigment dans es cellules qui entraîne l'incapacité fonctionnelle) ; la rupture des filets nerveux du

©BIU Santé

nerf olfactif (fracture de la lame criblée); l'absence des nerfs olfactifs ou leur inflammation (ataxie, syphilis); les altérations du centre olfactif (circonvolution de l'hippocampe) du côté de l'anosmie ou du côté opposé (tubercule, syphilis); certains agents toxiques ou médicamenteux : odeurs âcres, plomb, sulfure de carbone; les irritations excessives et répétées; douches et irrigations trop fréquentes; un excès de fonctionnement, et, en dernier lieu, les diathèses : arthritisme, syphilis, tuberculose et hystérie.

Le diagnostic doit déterminer la cause locale ou centrale, l'origine diathésique ou névropatique.

Il faut établir quelles sont les odeurs perdues.

Il faut éviter la confusion entre l'anosmie et la perte du goût, mais se rappeler que les deux réunies sont l'indice d'une obstruction nasale.

Si la perte de l'odorat remonte à plus de deux ans, le pronostic est mauvais.

Le traitement dépend de la cause; la strychnine est excellente dans les lésions nerveuses et les troubles fonctionnels.

Le docteur Lennox-Browne a guéri un cas d'anosmie par l'ablation de la luette.

Dans la discussion qui a suivi, à la Société des rhinologistes américains, la communication du docteur Dundas-Graut, le docteur Lennox-Browne, en parlant de ce dernier cas, a attribué l'anosmie à l'irritation causée par la luette; la cause supprimée, l'odorat est revenu.

Pour sentir, a-t-il dit, il est indispensable que la muqueuse soit humide.

Le docteur Baud a rangé les anosmiques en deux classes : les anosmiques incomplets et les anosmiques complets (polypes, hypertrophie).

Le docteur Wreght-Wilson a cité deux cas d'anosmie : l'un causée par l'usage de l'iodure de potassium; l'autre par un érysipèle de la face et du nez.

Le docteur Mellian a attiré l'attention sur les anosmies réflexes; il a raconté l'histoire d'une de ses malades qui, après avoir vu des hémorrhoïdes et des métrorrhagies disparaître subitement, eut une rhinite avec écoulement fétide et perte de goût et de l'odorat; cette rhinite disparut à la suite d'une diarrhée intense.

La sympathie existant entre l'utérus et la muqueuse nasale n'est pas la seule, elle se retrouve pour tout le tube digestif, et surtout le rectum : irritation nasale chez les enfants qui ont des vers.

Le docteur Macdonald a différencié nettement le siège du goût et celui de l'odorat; il s'est appuyé sur la division anatomique des nerfs olfactifs; on sent par le cornet moyen et on goûte par le cornet supérieur.

Le docteur Hill croit l'anosmie plus rare que certaines affections du nez et l'a attribuée à une hypersécrétion exagérée.

Pour le docteur Lennox-Browne, ce n'est pas l'absence de sécrétion, mais la tuméfaction qui empêche de sentir.

Enfin, le docteur Dundas-Graut a fait connaître qu'il a guéri un cas d'anosmie par la cocaïne. Il a insisté de nouveau sur les relations du nez et de l'utérus : rhinite atrophique associée à une métrite; ozène guéri par le mariage. — P. N.

THÉRAPEUTIQUE

La médication tonique.

Le choix d'un tonique véritable, et dont l'emploi puisse être longtemps prolongé sans inconvénients, constitue une des difficultés les plus communes parmi celles qui peuvent embarrasser le médecin dans la thérapeutique journalière.

Le fer, l'arsenic, les poudres de viandes ne sont pas également bien supportés par tous les malades; il est de toute évidence, en effet, qu'en face de la multiplicité particulière que présente l'estomac des anémiés auxquels s'adresse la médication, il faudra laisser de côté tout médicament difficile à tolérer, pouvant apporter avec lui, sous forme d'irritation gastrique ou de troubles intestinaux, une complication nouvelle à l'état déjà mauvais des voies digestives.

©BIU Santé

Le quinquina, lorsqu'il est bien manié, est certainement le médicament à la fois le plus sûr et le plus à l'abri des inconvénients de ce genre.

Mais, ici, il faut s'entendre, car les préparations de quinquina sont nombreuses et, de plus, il y a quinquina et quinquina. Si l'on pouvait parvenir à débarrasser ce précieux médicament des inconvénients très réels qui accompagnent si souvent son emploi mal raisonné, ce serait incontestablement là le roi des toniques. Son mode d'action sur la nutrition de la cellule vivante est des plus nets : il modère l'activité des échanges, ralentit le travail de dénutrition et, comme réactif, diminue la production de l'urée et abaisse légèrement la température. D'autre part, c'est un stimulant *nerveux* de premier ordre, dont l'action tonique retentit, par cette voie, sur l'ensemble de tous les appareils organiques. — Mais voici les inconvénients : dans beaucoup de cas, le quinquina provoque des crampes d'estomac dues à l'action irritante de la quinine; presque constamment, en outre, il amène de la constipation, sous l'influence des tannins renfermés dans l'écorce et qui représentent cependant un des éléments les plus favorables de son action tonique.

Devrons-nous renoncer à l'emploi d'un aussi précieux agent? Non, mais il faudra soigneusement choisir la forme pharmaceutique sous laquelle nous le prescrirons. Nous laisserons de côté les préparations alcaloïdiques qui sont plus particulièrement irritantes pour les voies digestives et, en réalité, moins toniques. Les vins de quinquina, pour pouvoir dissoudre les principes utiles de l'écorce, doivent être trop riches en alcool pour être pris impunément par les estomacs délicats, et il n'est pas besoin de posséder une grande expérience de la pratique médicale pour avoir observé la gastrite quinique provoquée si souvent chez les convalescents par l'usage du vin de quinquina *au commencement du repas*.

L'extrait de quinquina, au contraire, échappe plus aisément à ces inconvénients. Suffisamment riche en alcaloïdes, s'il est préparé avec des écorces convenablement choisies, n'ayant perdu aucun des principes tanniques qui entrent pour une si large part dans les effets reconstituants du quinquina, il représente en somme l'écorce naturelle, telle que Bretonneau, Trousseau, Briquet préféraient la prescrire, débarrassée simplement de la fibre ligneuse inerte qui la rend indigeste en nature. Actuellement, à Paris, dans le service de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, l'extrait de quinquina est seul donné aux malades, et du même coup l'intolérance gastrique, qui accompagne l'emploi des autres préparations quiniques, a complètement disparu. Reste l'inconvénient de la constipation, auquel l'extrait, plus riche en tannin que les autres préparations officinales, n'échappe malheureusement pas, du moins lorsqu'il est préparé suivant le procédé ordinaire. Mais la chimie pharmaceutique est loin d'avoir dit son dernier mot sur ce point, et fort heureusement un habile praticien, M. Ragoucy, déjà connu par des travaux antérieurs, notamment sur les salicylates de bismuth, est parvenu, par un mode particulier de préparation, à obtenir un extrait qui, sans rien perdre des propriétés particulièrement toniques que nous avons reconnues à cette forme médicamenteuse, sans adjonction d'aucun des laxatifs si souvent incorporés en pareil cas au détriment du malade, ne provoque jamais la constipation, si longtemps que l'on en poursuive l'usage. L'acide cincho-tannique, que les alcalins de l'intestin dédoublent en rouge de quinquina, s'y trouve-t-il sous une forme plus aisément assimilable? L'action de la quinine sur les fibres lisses de l'intestin se fait-elle plus facilement sentir? L'explication en est encore à trouver. Le fait certain, amplement prouvé par les expériences nombreuses faites sur les malades, le seul d'ailleurs qu'il nous importe de relever, c'est que le quina Ragoucy ne constipe jamais.

C'est là, bien certainement, un résultat de la plus haute importance, et qui permet de placer cette préparation en tête de toutes celles que l'on peut retirer de l'écorce du quinquina, complètement à part, par conséquent, des élixirs et autres mixtures industrielles revendiquant le quinquina comme origine. C'est à la fois le plus tonique et le plus aisément supporté de toutes les préparations quiniques. La légère saveur atramentaire de l'extrait y est combattue par l'adjonction d'une petite quantité de rhum qui rend fort agréable la saveur du mélange. Le sirop de sucre du Codex en forme la

©BIU Santé

base et vient assurer la conservation de l'extrait en même temps qu'ajouter au goût agréable de l'ensemble.

Dans ces conditions, ce quinquina réalise le maximum de ses effets utiles, car il est non seulement supporté, mais pris avec plaisir par les malades de tout âge. Donnant donc la préférence au quinquina parmi les toniques, c'est au quina Ragoucy que nous nous adressons le plus volontiers, dans tous les cas où l'emploi d'une médication tonique et reconstituante se trouve nettement indiquée.

Dr J. Rullière.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Anomalies de l'infection syphilitique. — Traitement des fractures du péroné. — Action de l'urine sur les tissus.

A l'Association américaine des chirurgiens génito-urinaires, M. R.-W. Taylor a fait connaître un certain nombre de cas intéressants d'*anomalies de l'infection syphilitique*. Plusieurs se rapportent à des cas de contagion buccale et jettent un singulier jour sur la moralité de la ville de New-York. Un malade avait des chancres multiples de la verge et de la roséole, et raconta qu'un soir, rentrant chez lui, il avait été accosté par un homme qui l'avait entraîné dans un endroit retiré et là, lui avait pratiqué la succion de la verge; il avait souffert pendant l'acte par suite du contact des dents. Les accidents primitifs débutèrent quinze jours après. A ce propos, M. Taylor ajoute que les hommes qui se livrent à ces exercices sont des personnes victimes d'aberrations de l'instinct sexuel; le peuple de New-York a son nom pour le désigner, il les appelle des « Charleys »; ces Charleys sont assez souvent syphilitiques et M. Taylor a eu occasion d'en voir un qui était atteint de chancre de l'amygdale.

Le même auteur rapporte dans sa communication d'autres cas où la contagion s'est faite d'une manière inaccoutumée. Une dame de sa clientèle gagna la syphilis d'une de ses domestiques qui s'était servie d'une de ses serviettes de toilette pour s'essuyer la bouche; la dame eut un chancre de la paupière. Elle communiqua du reste la syphilis à une amie à laquelle elle passa un jour une boule de gomme qu'elle avait commencé à sucer. Dans un certain nombre de cas des médecins furent atteints de syphilis à la suite de piqûres anatomiques qu'ils s'étaient faites en soignant des hommes syphilitiques.

M. Taylor a encore relevé des cas de contagion par le crayon de nitrate d'argent, les costumes de bain, des pantalons de femme, un sifflet, une seringue à injection vaginale, un téléphone, un mouchoir, etc.

Barker a récemment publié plusieurs cas de syphilis transmise par le tatouage. Vingt-trois militaires d'un régiment furent tatoués par un de leurs camarades qui avait des syphilides ulcéreuses graves de la bouche; douze furent atteints de syphilis; des autres, quatre avaient eu la maladie antérieurement, deux désertèrent et cinq restèrent indemnes. Mais chez ces derniers ni l'aiguille ni la couleur n'avaient été en contact avec la salive de l'opérateur. La période d'incubation varia de 13 à 87 jours.

Anderson a vu un cas de chancre de la joue consécutive à la succion d'une petite blessure, et Tenneson des chancres multiples dans la même région à la suite de baisers *sans qu'il y ait eu de plaie de téguments*.

A la Société de médecine berlinoise Blaschko a lu une observation de syphilis causée par morsure; le malade avait été mordu à la lèvre par un homme avec lequel il jouait au billard.

Rappelons à propos de tous ces faits que Lancereaux à l'Académie de médecine a cité l'année dernière des cas de contagion à la suite du cathétérisme de la trompe d'Eustache ou de coupures faites par un rasoir.

* * *

A la Société Vaudoise de médecine, M. Trenthardt a exposé un nouveau traitement qu'il emploie depuis un an, dans les *entorses du pied et les fractures du péroné*. Ce trai-

©BIU Santé

tement consiste en applications sur la partie lésée d'une pâte composée de terre glaise délayée dans du vinaigre ; la consistance de ce mastic doit être suffisante pour qu'on puisse envelopper le membre malade et que l'appareil tienne aussi bien qu'un bandage platré. L'application se fait directement sur la peau et le pansement reste en place de douze à dix-huit heures, jusqu'à dessication presque complète de la terre glaise, à ce moment il est renouvelé.

Ce procédé fait disparaître rapidement et sans douleurs l'épanchement le plus considérable ; dans les entorses et les fractures fraîches du péroné, une seule application de terre glaise suffit pour faire disparaître entièrement la tuméfaction de l'articulation en douze ou dix-huit heures. Si l'accident date de plusieurs jours ou que la tuméfaction soit très considérable, deux à trois appareils appliqués de douze en douze heures auront raison de l'enflure. La jointure n'est pas immobilisée dans l'appareil ; la tuméfaction disparaissant très vite, les tissus ne restant pas infiltrés, des adhérences ne s'organiseront pas comme dans les appareils inamovibles.

Après la disparition de la tuméfaction, M. Trenthardt fait un pansement élastique et compressif avec de la ouate et une bande de flanelle, et recommande au malade de faire exécuter souvent à la jointure blessée, tous les mouvements que le pansement permet. Au bout de trois à cinq jours le malade doit marcher ; le pansement doit être assez réduit pour permettre l'emploi d'un soulier lacé. Dans les fractures du péroné traitées de cette façon, toute boiterie avait disparu le quinzième jour. Ce procédé s'applique également aux lésions des articulations du genou, du coude, du poignet, Partout il est essentiel de ne jamais immobiliser complètement la jointure. Dans les cas de fracture simple, M. Trenthardt a abandonné complètement les appareils inamovibles ordinaires. Il n'emploie plus que de l'ouate et des attelles minces, flexibles et étroites, le tout fixé par une bande de flanelle ou des mouchoirs. Ces pansements ne produisent jamais d'eschare et maintiennent la fracture aussi bien qu'un appareil absolument inamovible. Ils réduisent l'épanchement à son minimum, en laissant la circulation libre.

M. Trenthardt enlève son pansement après deux ou trois semaines, selon la gravité de la fracture, et n'a jamais eu qu'à se louer des résultats obtenus.

Nous avons tenu à rapporter le procédé de notre confrère suisse à cause de sa simplicité et de sa facilité d'exécution qui peuvent être précieuses loin des grands centres dans un cas urgent.

***

M. Tuffier, dans la séance du 14 juin de la Société de biologie, a rapporté d'intéressantes expériences sur l'*action de l'urine sur les tissus*.

M. Tuffier a rappelé d'abord un travail antérieur dans lequel il a démontré l'innocuité des injections d'urine aseptique, ou chimiquement ammoniacale, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Puis il a rapporté ses nouvelles expériences.

Dans les *muscles*, l'urine normale disparaît en quarante-huit heures. Quand on injecte du sang et de l'urine, ou bien ce mélange rendu ammoniacal, la résorption s'effectue en sept jours et ne laisse qu'un noyau induré fibreux. Le mélange de sang et d'urine est donc innocent s'il est aseptique.

Quand on injecte une quantité d'urine normale ou mélangée de sang variant de 1 à 100 c. c. dans le péritoine d'un chien ou d'un cobaye, il n'y a pas d'accident. La clinique est d'accord avec l'expérimentation ; du reste, M. Tuffier a pu réunir les autopsies de dix blessés ayant succombé avec des ruptures intra-péritonéales de la vessie, datant de quatre à seize jours, sans péritonite. Quand la mort survient, elle est due à l'infection par une urine pathologique ou rendue telle par le cathétérisme.

Par contre, l'apport incessant de l'urine dans la cavité abdominale est une cause de péritonite ; on peut le vérifier en abouchant l'uretère dans le péritoine.

M. Tuffier n'a pu, même en faisant des injections d'urine dans le même point pendant des mois, reproduire l'hypertrophie considérable des tissus soumis au contact ou à l'infiltration chronique de l'urine.

M. Tuffier conclut de ses recherches que, si l'urine normale est un liquide indifférent

©BIU Santé

pour les plaies, il est possible de réunir par première intention les pertes de substances à son contact.

L'auteur a encore étudié les résultats des résections de la muqueuse vésicale. Par la suture au catgut, on obtient des réunions parfaites intra-vésicales en sept à dix jours. On peut réunir des pertes de substance de 4 centimètres de côté et cela sur les faces latérales, la base, le col et les embouchures des uretères. Quand on enlève l'orifice urétéral, il se reproduit sans rétrécissement. Cela prouve que l'on peut enlever les tumeurs qui existent dans l'aire du trigone, même quand elles ont envahi l'orifice d'un des uretères.

M. Tuffier a pu dans deux cas faire chez l'homme une suture intra-vésicale avec un succès complet. Il convient d'opérer avec une antisepsie parfaite et dans des milieux aseptiques.

P. Rodais.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Traitement de la péritonite tuberculeuse. — Traitement du torticolis. Traitement du pied-bot.

M. Tachard, à propos du procès-verbal, rappelle que MM. Peugniez et Maljean ont inoculé du pus provenant d'une plaie suivie de *tétanos* mortel. Cette plaie avait été faite avec le manche d'une pelle. Les inoculations sont restées négatives, mais le tétanos a pu être provoqué chez des lapins en leur introduisant sous la peau des fragments du manche de la pelle. Jamais on n'a pu trouver le bacille de Nicolaïer. Les expériences ont été publiées dans la *Gazette de Picardie*.

— M. Routier, revenant sur le traitement des *péritonites tuberculeuses*, fait remarquer qu'habituellement, lorsque l'on a fait la laparotomie, il s'agissait d'une erreur de diagnostic. Malgré cela, il est certain que l'on peut admettre que l'opération est utile, dans certains cas au moins. Souvent, même quand l'examen histologique a démontré la réalité de la péritonite tuberculeuse, la survie a atteint 15, 20 ans et plus. Lorsque les malades succombent, c'est le plus souvent par suite des lésions pulmonaires et non à cause d'une récidive péritonéale. Le plus généralement, il s'agit de péritonites à forme ascitique.

M. Routier a rapporté un cas où, tandis qu'une première laparotomie permettait de constater la présence de nombreuses granulations, une seconde opération, faite quatre ans plus tard, montra qu'il n'y avait plus rien dans le péritoine.

M. Polaillon a opéré une malade atteinte d'*ovaro-salpingite* tuberculeuse. Une grande étendue de la séreuse péritonéale était recouverte de granulations. M. Polaillon lava le péritoine, enleva partiellement, parce qu'il ne put faire autrement, la tumeur de la trompe et, actuellement, la malade va aussi bien que possible.

M. Schwartz a fait une fois la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Il s'agissait d'une femme de 44 ans qui avait de l'ascite, vomissait continuellement et chez laquelle l'urine, très rare, ne contenait qu'une quantité très minime d'urée (6 grammes par jour). Il fit la laparotomie et lava le péritoine. Le chiffre de l'urine et celui de l'urée remontèrent rapidement. L'ascite se reproduisit et il dut la ponctionner il y a six semaines. Actuellement, la malade va bien.

— M. Kirmisson fait un rapport sur des observations dont la relation a été adressée par M. Phocas (de Lille). Dans un premier cas, il s'agissait d'une *ténotomie* à ciel ouvert faite pour un torticolis musculaire ancien du côté gauche chez un enfant de 6 ans. Il suffit de sectionner le faisceau sternal et de pratiquer le redressement par l'appareil de Sayre. La guérison fut rapide et complète. M. Kirmisson insiste sur les avantages de la ténotomie à ciel ouvert et il a opéré plusieurs malades, avec succès, de cette manière.

BIU Santé

La section à ciel ouvert, que Volkman conseille vivement, permet de ne couper que la quantité de tissus nécessaire et n'expose ni à la blessure des veines, ni à l'infection purulente.

M. Berger ne pense pas qu'il faille traiter tous les torticolis musculaires par la ténotomie à ciel ouvert. Un des principaux inconvénients de cette opération est qu'elle est suivie de la formation d'une cicatrice indélébile ennuyeuse pour les jeunes filles. De plus, la ténotomie sous-cutanée n'est pas réellement dangereuse. Jamais M. Berger ne l'a vue entraîner des complications; toujours ses malades ont guéri à l'aide d'un appareil plâtré. La section à ciel ouvert doit surtout être employée quand un grand nombre de faisceaux musculaires sont atteints de contracture.

Pour M. Verneuil la ténotomie sous-cutanée est suffisante toutes les fois qu'il n'y a à faire que la section du chef sternal du sterno-mastoïdien. Par contre, lorsque le chef claviculaire est atteint, souvent il faut couper en même temps un certain nombre d'expansions aponévrotiques pour assurer le redressement. La ténotomie à ciel ouvert est alors préférable. Dans ces cas la section sous-cutanée échoue ainsi que M. Verneuil a eu récemment occasion de le constater.

M. Tillaux est partisan dans beaucoup de cas de la section sous-cutanée. Il y a déjà assez longtemps qu'il a conseillé d'appliquer des appareils plâtrés immédiatement après l'opération.

M. Verneuil fait remarquer qu'au point de vue de l'application de l'appareil plâtré, il faut distinguer les cas où le redressement doit être lent ou rapide. Dans la première éventualité, l'application peut être retardée de vingt-quatre à soixante-douze heures.

Dans la majorité des cas, dit M. Kirmisson, la difformité qui résulte de la cicatrice est très peu accusée. La ténotomie à ciel ouvert permet d'espérer une guérison plus rapide et plus sûre, surtout s'il y a des expansions aponévrotiques s'attachant à la clavicule. Il préfère appliquer immédiatement les appareils plâtrés.

— M. Kirmisson continue son rapport sur les observations de M. Phocas en rapportant brièvement les résultats que ce chirurgien a obtenus dans deux cas de *pied-bot paralytique*.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de 9 ans. L'équinisme était très marqué et il y avait parésie du jambier antérieur. M. Phocas appliqua une attelle plantaire, massa et électrisa. La guérison fut rapide.

Le deuxième cas se rapporte à un enfant de 6 ans qui eut un pied-bot équin après des convulsions. La marche était impossible sans béquilles. M. Phocas, après avoir fait la section du tendon d'Achille et placé le pied dans l'axe de la jambe, mit un appareil plâtré qu'il dut enlever après quelques jours à cause du développement de petites eschares. Un nouvel appareil appliqué un peu plus tard permit d'obtenir un résultat définitif excellent.

M. Kirmisson fait remarquer, à propos de ces observations, que les procédés orthopédiques anciens sont très utiles et qu'il ne faut pas se hâter trop d'attaquer les os.

— M. Terrillon communique une statistique de 200 ovariotomies. Il les a faites dans le cours de huit années et la dernière remonte à plus d'un an. La première série de 100 cas comprend 12 décès. la seconde série 4. Il y avait 166 kystes, 25 kystes paraovariens, 8 kystes dermoïdes, 1 kyste hydatique. Dans 44 cas, l'opération a été faite des deux côtés et il n'y eut qu'un seul cas de mort. Chez les femmes qui ont plus de 45 ans, M. Terrillon pense qu'il faut enlever les deux ovaires en cas de doute sur leur intégrité. On a pris la température régulièrement sur 72 opérés, 65 fois elle est restée normale.

Dans la première série de malades il y a eu 6 péritonites et 6 morts par épuisement; dans la seconde série, 3 morts par épuisement et 1 péritonite. Plusieurs femmes ont eu des grossesses; une a même eu 3 enfants. Trois fois M. Terrillon a observé la distension de la cicatrice, quatre fois l'éventration, trois fois la récidive. Il attribue les résultats excellents qu'il a obtenus dans sa seconde série d'opérations aux pratiques d'une antisepsie minutieuse.

— M. Nimier fait un rapport sur des instruments présentés par M. de May.

©BIU Santé

FORMULAIRE

Traitement de l'œdème du poumon. — E. Barié.

Dans l'œdème pulmonaire aigu, appplications révulsives énergiques et répétées, telles que ventouses sèches, cataplasmes sinapisés ou vésicatoires. Lorsqu'il existe un encombrement notable de l'arbre respiratoire, un vomitif est indiqué d'urgence; plus tard, l'usage des astringents est d'une utilité réelle. — L'œdème qui accompagne la congestion passive ou hypostatique liée aux maladies du cœur peut être diminué ou enrayé par une saignée pratiquée en temps opportun. L'emploi des révulsifs joints aux toniques et aux stimulants diffusibles trouve son indication immédiate. — Dans l'œdème du poumon qui fait suite aux maladies hydropigènes, on recommandera tout particulièrement les purgatifs et la médication diurétique. — N. G.

COURRIER

Un crédit de 100,000 francs va être déposé à la Chambre afin de subvenir aux frais de l'organisation des postes sanitaires. Des instructions très précises ont été données aux chefs de ces postes. Toutes les fois qu'un voyageur venant d'Espagne sera trouvé suspect, il devra être retenu dans un local disposé à cet effet et contenant deux pièces garnies de lits en fer, l'une pour les suspects, l'autre pour les malades. Des médicaments et des antiseptiques en quantité suffisante seront placés dans chaque poste dont le personnel comprendra un médecin directeur, un ou deux infirmiers, et d'un nombre variable d'aides. Le médecin devra assister à l'arrivée de chaque train venant d'Espagne ; tous les voyageurs descendront et seront visités. Tout malade atteint de gastro-entérite sera interné au poste. Les voyageurs reconnus sains recevront un passeport sanitaire qui devra être présenté à la mairie de la commune dans laquelle le voyageur aura déclaré se rendre. Là, il sera observé pendant le nombre de jours nécessaires pour que l'on n'ait plus à redouter le développement du choléra. Au poste sanitaire, le linge sale sera désinfecté par l'étuve à vapeur sous pression.

— Par décret, en date du 14 juin 1890, M. le docteur Coutaret, chirurgien en chef de l'hospice de Roanne, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Un concours pour la nomination à cinq places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 11 août 1890, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois à cinq heures du soir, jusqu'au 4 août inclusivement.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

PHTHISIE, *Bronchites*, *Catarrhes*. — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd*).

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. A. PINARD : Conduite à tenir dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. — II. BIBLIOTHÈQUE : Leçons sur les maladies microbiennes. — III. REVUE DES JOURNAUX : Laryngologie et otologie. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — V. Société médicale des hôpitaux. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Clinique Baudelocque. — Professeur A. PINARD.

Conduite à tenir dans les cas d'insertion vicieuse du placenta.

Dans une première leçon, nous avons étudié l'histoire des divers traitements de l'insertion vicieuse. Etudions aujourd'hui la conduite que vous devrez tenir en pareil cas pendant la grossesse, pendant le travail, après l'accouchement.

A. *Grossesse.* — La première chose à faire lorsqu'on est appelé auprès d'une femme qui perd ou qui a perdu du sang, le diagnostic d'insertion vicieuse étant fermement établi, est de reconnaître la présentation. Si cette présentation est transversale, vous lui substituerez, au moyen de la version par manœuvres externes, une présentation longitudinale, qui sera fixée à l'aide d'un bandage. Cela est capital : *substituer à une présentation transversale une présentation longitudinale.* Maintenant une question secondaire se pose. Doit-on ramener en bas la tête ou le siège ? La solution de cette question dépend du genre d'insertion vicieuse. Est-elle marginale ? Vous ramenerez la tête. Est-elle centrale ou du moins un certain nombre de cotylédons recouvrent-ils l'orifice ? Vous ramenerez le siège. Mais comment savoir si l'insertion est marginale ou centrale ? Par le toucher, pratiqué de la façon suivante.

Après avoir lavé avec soin le vagin pour le débarrasser des caillots qu'il renferme, vous explorerez avec la pulpe de l'index le segment inférieur de l'utérus. Si vous lui trouvez ses qualités ordinaires de souplesse et d'amincissement au niveau des divers culs de sac, vous en conclurez que le placenta est assez éloigné de l'orifice, et vous ramènerez l'extrémité céphalique en bas. Vous ferez de même si la souplesse et l'amincissement des parois ne font défaut que dans un espace assez limité. Si au contraire vous trouvez le segment inférieur dur et épais en totalité ou sur une notable étendue, c'est que le placenta est étalé sur ce segment inférieur dont il comble plus ou moins la cavité. Dans ce cas, il est préférable de ramener en bas l'extrémité pelvienne.

La transformation de la présentation transversale en présentation longitudinale et la fixation de cette dernière suffisent-elles ? Oui, dans certains cas ; non, dans d'autres. Si la femme a perdu peu de sang, si elle n'est pas épuisée par des hémorrhagies antérieures, si la perte actuelle est arrêtée, vos soins peuvent se borner à faire plonger le pelvis ou la tête dans l'excavation, et à une stricte vigilance ; mais, si la femme est épuisée par l'hémorrhagie récente ou par les hémorrhagies qui ont précédé, ce que vous

©BIU Santé

jugez à l'état général, faiblesse, pâleur, rapidité du pouls, tendance à la syncope, votre intervention ne doit pas se borner à la version par manœuvres externes. A ce propos, rappelez-vous que vous devez en pareil cas craindre les attermoiements. Ne remettez l'intervention radicale dont je vais vous entretenir que dans les cas où l'état général ne laisse rien à désirer. Remettre cette intervention quand l'état général est douteux sans être encore mauvais, c'est exposer deux vies.

Supposons donc que vous êtes en présence d'une femme qui ne peut supporter sans péril une nouvelle hémorrhagie, qu'allez-vous faire ?

Autrefois on tamponnait, et c'est encore le moyen que préconisent nombre d'accoucheurs. Je ne puis partager et ne partage nullement cette manière de voir. Le tampon a de gros inconvénients. Sans doute on peut, à la rigueur, rendre aseptiques des boulettes d'ouate, de charpie ou de gaze, mais un tamponnement, même fait selon toutes les règles de l'art, a, je le répète, de gros inconvénients : 1° C'est une barrière illusoire. Il est vrai que le sang ne filtrera pas au dehors ; mais il s'épanchera et s'accumulera au-dessus du tampon. En effet, quand on le retire, de gros caillots s'échappent après lui, ce qui prouve que son efficacité n'est pas absolue; — 2° la mise en place du tampon est très douloureuse; — 3° il desquame le vagin, il le transforme en une véritable bouche absorbante par la quantité de fissures et d'excoriations que détermine le frottement des boulettes. Donc il favorise la septicémie.

Que faire alors? Il faut rompre les membranes. Ce sont elles qui, en tiraillant le placenta, le décollent et causent l'hémorrhagie; mais il ne suffit pas de rompre les membranes, *il faut les rompre largement*. On a cité, pour faire objection à la rupture des membranes, des cas où l'hémorrhagie continua malgré la perforation du chorion et de l'amnios ; mais une perforation n'est qu'un trou circulaire, et, dans les cas cités, le diamètre de ce trou était petit. *Il faut l'éclatement, la rupture sur une large étendue.* Il ne suffit pas que la pression à l'intérieur de l'œuf disparaisse par écoulement de liquide; il faut que la région fœtale qui s'engage n'entraîne pas par frottement les membranes ou le placenta, car, dans ces cas, le tiraillement des cotylédons, et, partant, l'hémorrhagie, continuent. *Donc, rompez sur une large étendue, déchirez, faites éclater l'œuf.* Comment pratiquer cette rupture? Avec le doigt; au besoin avec un instrument. Voici comment vous devez vous conduire :

Introduisez le doigt dans la cavité cervicale, poussez-le jusqu'à la rencontre du chorion et dilacérez-le. Cela n'est pas toujours facile. Il peut arriver que l'on rencontre non pas les membranes, mais le placenta. Il peut même arriver, *dit-on*, que l'insertion soit centrale, ce dont il est permis de douter, car comment des cotylédons se développeraient-ils au niveau même de l'orifice, dans un vide pour ainsi dire; mais il est possible que, dans certains cas, deux masses placentaires existent, unies par un pont membraneux ou un placenta zonaire ayant à son centre une sorte d'ombilic membraneux. Quoi qu'il en soit, puisque par l'exploration du segment inférieur faite avec la pulpe de l'index promené dans les culs-de-sac du vagin, vous savez de quel côté s'étale la masse placentaire, faites pénétrer votre doigt dans la direction opposée. C'est là que vous trouverez les membranes.

Les avantages que vous retirerez de cette opération sont nombreux. Sa supériorité sur le tampon est incontestable. D'abord les dangers de septi-

©BIU Santé

cémie, d'infection par les fissures de la muqueuse excoriée de toutes parts n'existent pas. Ensuite vous portez avec vous, sur vous, en tous lieux, ce qui est nécessaire pour pratiquer l'opération. Nous pouvons, à la rigueur, avoir dans nos hôpitaux, bien installés, de grands locaux remplis de boulettes aseptiques qui attendent le jour et l'heure où elles seront utilisées; mais comment le médecin de campagne peut-il transporter avec lui un semblable appareil, pour les cas bien rares, bien éventuels, où il aurait à soigner une femme qu'une insertion vicieuse mettrait en péril.

On a dit qu'en rompant les membranes on provoquait sûrement l'accouchement et quelquefois à une période où le fœtus n'a pas toutes les chances de vie qu'il aurait plus tard; mais, dans un accident aussi grave, ne doit-on pas penser aux jours de la mère avant de songer à ceux de l'enfant? De plus, le tampon, qui provoque assez souvent le travail, tue l'enfant à coup sûr lorsqu'on ne le retire pas avant l'expulsion, et le tue fréquemment quand on le retire. Cette objection tirée de la provocation de l'accouchement à une époque prématurée fournit donc l'occasion de faire valoir enrore la supériorité de la rupture des membranes sur le tamponnement.

Je puis mettre sous vos yeux une statistique assez éloquente. Sur 66 femmes qui ont subi la petite opération de la rupture des membranes, 3 sont mortes, mais elles sont mortes de septicémie causée par un tampon qui avait été appliqué en ville. Je puis ajouter à cette statistique un autre cas également suivi de mort causée, cette fois, par l'hémorrhagie. Or, là, la femme avait été tamponnée, et bien tamponnée. On n'avait jamais vu encore, dans mon service, un tampon placé en ville avec autant de savoir-faire. C'était une véritable barrière infranchissable. Les boulettes d'ouate ou de charpie n'avaient rien laissé transsuder; mais le sang s'était accumulé au-dessus du tampon et cette hémorrhagie interne avait tué la femme. Vous voyez combien cet exemple est instructif et confirme ce que je vous disais.

B. *Travail.* — La conduite que l'on doit tenir pendant le travail, dans les cas d'insertion vicieuse, ressemble beaucoup à celle que j'ai indiquée pour la grossesse. Vous assurerez d'abord le diagnostic de la présentation et, si elle est transversale, vous la rendrez longitudinale. Si l'hémorrhagie persiste, vous romprez les membranes avec les précautions que j'ai tout à l'heure énumérées. Je rappelle à ce propos que la rupture peut présenter quelques difficultés, surtout lorsque les cotylédons placentaires recouvrent l'orifice. Dans ce cas, vous devez rechercher, et j'ai insisté longuement sur cette recherche, le bord du placenta au point le plus voisin des bords de l'orifice; c'est là qu'il faut déchirer largement le chorion. Mais, direz-vous, si le placenta est inséré centre pour centre, que doit-on faire ? Faut-il chercher son bord, nécessairement assez éloigné? Faut-il passer au centre du disque?

Je ne vous conseille pas de passer au centre du disque; je vous conseille d'aller à la recherche du bord et de rompre en ce point les membranes. Il est préférable que le placenta soit refoulé à droite ou à gauche de la région fœtale. En effet, le décollement cotylédonaire qui produit l'hémorrhagie a trois causes : 1° le tiraillement exercé par les membranes distendues; 2° le tiraillement exercé par les membranes perforées, mais non largement rompues, et qui entraînent par frottement la région fœtale; 3° le frottement direct, sur le placenta, de la région fœtale, qui le pousse au

©BIU Santé

dehors, ou l'expansion du segment inférieur, qui se retire laissant à nu une quantité plus ou moins grande de cotylédons, au fur et à mesure que l'orifice s'agrandit. Vous comprenez maintenant pourquoi il est préférable de frayer le passage au fœtus à droite ou à gauche du placenta, de refouler celui ci d'un côté ou de l'autre, que de faire passer le fœtus précisément au centre de la masse. Le premier procédé vous donne toutes chances de limiter l'étendue du décollement. Je vais d'ailleurs, par un exemple clinique, vous faire comprendre mieux encore ce que je veux dire.

Voici un placenta qui était vicieusement inséré. C'est moi qui suis intervenu pendant toute la durée du travail; j'ai donc pu juger les choses par moi-même, et voici ce que j'ai constaté d'intéressant. A mon premier examen, je n'ai trouvé par le toucher que des membranes lisses et tendues. Je les ai rompues. A un second examen pratiqué plus tard, à un moment où la dilatation était complète ou presque complète, j'ai trouvé une masse cotylédonaire considérable qui pendait dans le vagin. Que s'était-il passé? De deux choses l'une : ou le placenta, entraîné par la région fœtale, avait glissé en se décollant, ou le segment inférieur, à mesure que l'orifice s'entr'ouvrait, s'était retiré laissant à nu plusieurs cotylédons. Peu importe le mécanisme, je constate le fait simplement. Eh bien, si je n'avais pratiqué que le second toucher, je me serais dit : l'insertion était centrale ou presque centrale. Elle ne l'était pas cependant, puisque, par le premier examen, j'avais constaté au niveau de l'orifice les membranes seules. Je répète que je ne crois pas beaucoup à l'insertion centre pour centre. Je ne la nie pas; mais je ne l'ai pas rencontrée, et je crois que bien des faits semblables à celui que je viens de citer ont été, par erreur d'interprétation, rapportés à l'insertion centre pour centre.

Donc, vous romprez les membranes sur l'un des bords du placenta; vous les romprez largement.

Et si cette rupture ne suffit pas pour arrêter l'hémorrhagie, que ferez-vous? C'est dans ces cas que la version pelvienne est préférable à la version céphalique. On les observe surtout lorsque le placenta, obstruant une notable partie du segment inférieur, fait obstacle à la descente de la région fœtale. Vous irez à la recherche d'un ou des deux pieds, que vous abaisserez dans le vagin. Cette opération peut se faire alors que l'orifice est relativement peu dilaté. Imaginée par Branton Hicks, elle est aujourd'hui répandue en Allemagne. Elle y est considérée comme le meilleur traitement de l'hémorrhagie par insertion vicieuse. Pour ma part, je ne la considère comme nécessaire que dans les cas dont je viens de parler. Le plus souvent, la rupture large des membranes suffit; et rappelez-vous, lorsque vous exécuterez la manœuvre de l'abaissement du pied, que vous ne devez faire l'extraction du fœtus que si la dilatation est complète. Si elle n'est pas complète, laissez-lui le temps de s'achever.

C. *Après l'accouchement.* — Il ne faut pas croire que l'expulsion du fœtus et même celle du placenta mette la femme à l'abri des hémorrhagies. Elles sont, au contraire, assez communes dans les cas d'insertion vicieuse, parce que les conditions de rétractilité et de contractilité du segment inférieur ne ressemblent pas à celles du segment moyen ou supérieur. Je n'ai pas besoin de vous dire que le seigle ergoté doit être banni du traitement que vous pourrez opposer à ces hémorrhagies. Donnez la préférence aux injections d'eau chaude à 48° centigrades, injections intra-utérines; et je

©BIU Santé

vous recommande de les employer, dans tous les cas, avant même l'expulsion du délivre, qu'elles faciliteront, en excitant les contractions de l'utérus.

Je n'ai pas parlé du traitement général. Je le rappelle en quelques mots. L'alcool, à haute dose et de préférence le champagne frappé, rendent les plus grands services chez les femmes débilitées par l'hémorrhagie. Les injection hypodermiques d'éther raniment celles qui sont en état syncopal. Enfin, et surtout, n'oubliez pas l'importance de la situation et de l'immobilité. Immobilité absolue. La femme ne doit ni se tourner de côté, ni s'asseoir. Décubitus horizontal, avec élévation des membres inférieurs, s'il y a lieu, et application d'ouate et de bandes roulées depuis les pieds jusqu'à la racine des cuisses.

Tel doit être le traitement adjuvant de l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta. Je ne parle pas des méthodes plus ou moins banales, plus ou moins dangereuses à l'énumération desquelles quelques livres consacrent encore trop de pages.

J'en ai fini. J'ai voulu appeler votre attention sur ce nouveau moyen d'arrêter l'hémorrhagie : la rupture des membranes. Je dis nouveau, car les accoucheurs anciens ne le pratiquaient pas; ils ont pratiqué d'abord l'accouchement forcé; puis, à l'exemple de Pujos, l'accouchement hâtif, sans violence. Pujos, en effet, ne rompait les membranes que dans le but de précipiter le travail. Les accoucheurs contemporains ont accordé la préférence au tamponnement. Je combats ce procédé parce que je le crois meurtrier; et je souhaite que, dans votre pratique, vous démontriez l'efficacité de la rupture des membranes. Je ne doute pas qu'elle ait entre vos mains les succès qu'elle a entre les miennes.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons sur les maladies microbiennes, par le docteur Cabadé. — G. Masson, éditeur.

Nous ne saurions mieux faire, pour présenter ce livre de notre excellent collègue de l'Ecole de Toulouse, que de donner quelques extraits de la préface écrite par le professeur Cornil.

« Je viens de lire avec le plus grand intérêt, dit notre éminent histologiste, les bonnes feuille de vos *Leçons sur les maladies microbiennes*. Elle sont d'une lecture facile et, permettez-moi de vous le dire, attrayante; car vous écrivez avec clarté et avec une conviction, une chaleur communicatives...

« ..... Une direction nouvelle a été imprimée par un homme dont l'imagination puissante et le grand esprit n'avaient pas été déviés par avance dans un moule façonné aux idées médicales régnantes. M. Pasteur a donné à la médecine cette impulsion géniale et admirable qui l'a fait entrer dans la voie féconde où elle se meut aujourd'hui. Ses découvertes, unies à celles des Davaine, Chauveau, Toussaint, qui l'avaient précédé; à celles des innombrables savants qui ont marché sur ses traces, forment déjà un ensemble de doctrines tel que la *microbie*, le parasitisme, révèlent l'étiologie d'un très grand nombre de maladies de l'homme et des animaux.

« La cause de ces maux est en dehors de nous; ce n'est plus l'économie animale qui fabrique de toutes pièces les poisons morbides. L'agent initial est un des nombreux parasites microbiens qui vivent dans l'air, dans l'eau ou dans le sol. Cet agent, une fois déterminé, on arrivera un jour à lui barrer la porte de l'économie.

« Le parasite d'une maladie étant connu, étudié sous toutes ses faces, par des cultures en dehors de l'organisme, par les lésions cellulaires qu'il détermine, par les toxines qu'il

©BIU Santé

engendre, par les réactions vitales qui s'ensuivent, la pathologie de cette maladie est éclairée d'un jour tout nouveau. Ce n'est point seulement la curiosité scientifique qui est en éveil et satisfaite; le résultat obtenu est encore plus haut, car on peut en faire l'application immédiate. L'hygiène, la préservation des maladies, les vaccinations préventives, le traitement par les antiseptiques en découlent au grand bien de l'humanité.

« Les doctrines microbiennes constituent une des bases de l'hygiène aussi bien que de l'anatomie pathologique. Nos laboratoires d'hygiène sont avant tout consacrés à la bactériologie.

« Dans vos *Leçons*, vous aviez trop le souvenir de l'histologie présent à l'esprit, et vous êtes trop l'ancien élève de Robin pour n'avoir pas étudié avec soin les altérations des cellules et des tissus en rapport avec la présence des bactéries.

« Là, encore, les données nouvelles de la microbie ont modifié complètement le point de vue auquel se plaçaient les anatomo-pathologistes. L'histologie pathologique en a été jusqu'à un certain point simplifiée. Autrefois nous nous efforcions de trouver des caractères propres à chacune des maladies dans les variations de forme, de grandeur et de structure des cellules. Nous savons au contraire, aujourd'hui, que la mise en jeu de l'activité de ces éléments aboutit, à peu de chose près, aux mêmes lésions, tantôt à la mortification, tantôt aux divers modes de leur multiplication, ou à leurs dégénérescences variées, quel que soit l'agent physique, chimique ou microbien en contact avec elles.

« C'est ce que vous avez très bien compris et exprimé. »

REVUE DES JOURNAUX

LARYNGOLOGIE ET OTOLOGIE

Contributions statistiques à l'étude des abcès cérébraux d'origine otique, par le docteur O. Korner (*Revue de laryngologie*, 1890, 4.) — L'étude a porté sur 100 cas que l'auteur a rassemblés. Dans 62 des cas, les abcès siégeaient dans le cerveau; dans 32 cas ils siégeaient dans le cervelet et dans 6 cas à la fois dans les deux organes. Chez les enfants, les abcès du cervelet sont relativement moins fréquents que chez l'adulte. Le sexe masculin a fourni deux fois plus de cas avec prédominance des abcès du cerveau.

Le siège est beaucoup plus souvent à droite qu'à gauche. — Les abcès sont proches de la lésion primitive et souvent en continuité évidente avec elle.

Les abcès cérébraux qui ont leur point de départ dans le rocher sont dans les lobes temporaux ou le cervelet du même côté.

La complication la plus fréquemment indiquée est la phlébothrombose du sinus transverse.

Dans 17 cas il y avait complication de phlébite purulente.

Dans 10 cas la mort par le résultat de la rupture de l'abcès dans le ventricule latéral, et, dans un cas, la rupture eut lieu dans le quatrième ventricule.

Quant au diagnostic du siège de l'abcès, il se tire de la constatation du siège primitif de la lésion de l'oreille.

Breide et Miller ont récemment noté des lésions labyrinthiques dans 4 cas d'abcès du cervelet; il ne les ont pas rencontrés dans 15 cas d'abcès du cerveau; la statistique de l'auteur est en contradiction partielle avec ces faits.

La douleur à la percussion, au point occupé par l'abcès, est un symptôme important; on ne l'a observée jusqu'ici que dans les abcès des lobes temporaux.

Le siège de la douleur spontanée a une importance diagnostique beaucoup moindre. Les phénomènes de vertige sont aussi fréquents dans l'un que dans l'autre des sièges de l'abcès.

La névrite est fréquente dans l'abcès encéphalique d'origine optique; le nombre des observations à cet égard est encore limité. Dans 9 cas où l'examen de l'œil eut lieu, on trouva toujours la pupille malade; 8 fois il s'agissait d'abcès des lobes temporaux, 1 fois d'un abcès cérébelleux.

©BIU Santé

Les troubles de la parole sont très utiles pour la localisation du siège, ils n'existent que dans les abcès du cerveau proprement dits; s'il sont assez peu fréquents, cela tient au siège plus habituel des abcès à droite qu'à gauche.

L'hémiplégie et l'hémiparésie ont été notées six fois; dans deux cas il y avait de plus paralysie faciale croisée.

En cas d'abcès des lobes temporaux, le plus souvent, la paralysie faciale du même côté est causée par une lésion sur le trajet du nerf à travers le rocher malade; dans un cas seulement, on a pu l'attribuer à une lésion intra-crânienne de ce nerf. — P. N.

Sur les troubles de l'organe auditif dans le tabès dorsal, par le docteur Morpurgo. (*Revue de laryngologie*, 1890, 4.) — Sur 53 cas de tabès dorsal examinés par l'auteur, 43 étaient accompagnés d'altération de la fonction auditive.

Il y avait, parmi ces 53 malades, 42 hommes et 11 femmes d'un âge variant généralement de 30 à 40 ans. Sur les 43 affections auriculaires, 42 étaient bilatérales, une seule unilatérale, la distance auditive variait de 0 à 500 centimètres, l'expérience de Weber généralement indifférente. Les malades percevaient également les diverses tonalités. Dans 23 cas l'inspection oculaire révéla une altération des organes. On rencontra des bruits subjectifs dans 8 cas, dont 2 seulement avec altérations organiques; peu de cas de vertige; pas de syndrome de Ménière; 18 anamnésiques. Chez 3 malades seulement es douches d'air modifièrent les conditions de l'ouïe. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. François Franck continue l'étude des accidents dus au chloroforme. Pendant la période d'excitation en masse des centres nerveux, les excitations périphériques brusques et violentes exagèrent les réactions spasmodiques respiratoires et peuvent produire la syncope respiratoire et même la syncope cardiaque. En même temps, il y a excitation directe et réflexe des vaso-constricteurs, spasme des vaisseaux encéphaliques. Il faut donc s'abstenir de toute intervention pendant cette période, qu'il est indiqué de réduire le plus possible, ce qui éviterait de faire absorber trop de chloroforme et réduirait la dépense de force nerveuse.

Il faudrait, pour cela, arriver à diminuer l'impressionnabilité des centres vis-à-vis du chloroforme. La morphine permet d'atteindre ce but, mais, malheureusement, elle agit sur les mouvements respiratoires, qui deviennent moins amples et tendent bien plus facilement à s'arrêter. La surveillance doit donc être très attentive. Malgré cela, on pourra recourir à la morphine à petites doses chez les sujets très nerveux.

Les inhalations d'éther peuvent aussi diminuer la phase d'excitation. L'anesthésie locale de la région à opérer est encore très utile en supprimant ou atténuant l'intensité de l'excitation qui provoque le réflexe cardiaque.

Il faudra toujours attendre l'anesthésie complète avant de commencer à opérer.

Dans la seconde phase de l'action du chloroforme, tous les réflexes sont suspendus. La espiration se fait superficiellement par suite de l'action automatique des centres bulbaires encore respectés, les réflexes cardiaques disparaissent, l'action d'arrêt du bout inférieur du pneumogastrique diminue, puis disparaît; à ce moment, il y a une véritable tolérance du cœur. La pupille se resserre rapidement et le système vaso-moteur perd son excitabilité.

La période d'intoxication arrive quand le chloroforme a pénétré dans le sang; il y a action directe du poison sur le cœur, qui finit par s'arrêter. Cet arrêt n'est pas instantané, n'est pas total d'emblée et est annoncé par la faiblesse croissante du pouls artériel, la distension des jugulaires et la disparition de leurs battements. La gravité des accidents dépend plutôt de la rapidité d'absorption du chloroforme que de la quantité absorbée.

©BIU Santé

Pour combattre les accidents, on emploiera les moyens suivants :

Contre les arrêts respiratoires et cardiaques d'ordre réflexe que l'on n'a pu éviter dans la période initiale, la respiration artificielle par manœuvres externes peut rendre les mêmes services que l'insufflation pulmonaire; contre les arrêts respiratoires seuls, et à plus forte raison lorsqu'ils sont suivis d'arrêt du cœur résultant de l'intoxication par le chloroforme, l'insufflation pulmonaire associée à des pressions rythmiques du thorax doit être pratiquée; dans certains cas, on pourrait pratiquer l'insufflation pulmonaire par la trachéotomie.

M. Le Fort ne pense pas que, dans l'étude de l'intoxication chloroformique, on puisse conclure de l'animal à l'homme. Les accidents n'ont pas la même origine dans les deux cas.

Les accidents dus à un réflexe par irritation de la muqueuse des voies aériennes sont très rares chez l'homme, et M. Le Fort n'en a vu qu'un cas. Au début de la chloroformisation, la mort est due à la peur, soit avant que l'opération ne soit commencée, soit au moment où on explore trop hâtivement la région à opérer avant que l'anesthésie ne soit complète. Les animaux n'ont pas de crainte de l'opération. Il serait utile d'endormir les malades en dehors de l'amphithéâtre.

Les physiologistes disent encore que la mort se produit à la suite de l'accumulation du chloroforme. M. Le Fort n'admet pas ce fait; quand le malade est bien endormi, on peu prolonger très longtemps sans danger l'action de l'anesthésique.

Toutes les recherches physiologiques n'ont pas conduit à trouver un moyen certain d'éviter les accidents par le chloroforme. Les mélanges titrés ont été employés pour la première fois par Clover, puis par Paul Bert; ils sont aussi dangereux que l'anesthésique pur.

Cette année, il y a douze cas de mort par le chloroforme dans les hôpitaux de Paris; personnellement M. Le Fort en a observé trois cas.

Aucun de ces cas n'est dû à une syncope réflexe; et c'est la demi-conscience du malade qui fait le dangor.

— M. Ledouble lit une note sur les *muscles péritonéaux*. Le muscle péritonéal unilatéral ou bilatéral a été rencontré par lui 33 fois sur 722 dissections.

M. Ledouble lit une seconde note sur un cas d'anomalie de la crosse aortique conformée comme chez le singe.

— M. Rochard lit un rapport sur le travail de M. Bertrand relatif à l'hépatite. Il s'agit de la valeur du frottement péri-hépatique et de la nature microbienne des abcès.

— M. Panas montre des couteaux à thermocautère de modèles variés qui peuvent remplacer, en ophtalmologie, le galvano-cautère.

— M. Hérard : J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, de la part de M. Léon Petit, une conférence faite au palais des Sociétés savantes, sous ce titre : *Un péril social*. Après avoir montré que la tuberculose est plus meurtrière que la guerre et le choléra, après avoir prouvé la contagion par quelques exemples saisissants empruntés à sa pratique, notre distingué confrère cherche les moyens les plus propres à restreindre les ravages de la maladie et à secourir efficacement les classes pauvres décimées par la phthisie. En attendant la création bien désirable d'hôpitaux spéciaux, comme en Angleterre, M. le docteur L. Petit montre ce que peut faire et ce qu'a fait l'initiative privée. Il signale, en particulier, les résultats déjà considérables dus à une œuvre fondée par un groupe de médecins, l'*Œuvre des enfants tuberculeux*, qui possède un dispensaire, un hôpital admirablement situé aux environs de Paris, l'hôpital d'Ormesson, et qui se complètera dans un avenir prochain par un sanatorium, à Valescure, pour les convalescents, et, plus tard, par une colonie sanitaire où, une fois guéri, l'enfant sera élevé et utilisé à des travaux divers.

— La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hérard sur les candidats au titre d'associé étranger. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : En première ligne, MM. Van Beneden (de Louvain) et West (de Londres); en deuxième ligne, Sir J. Fayrer (de Londres).

©BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Traitement de la diarrhée par l'acide lactique. — Automatisme comitial ambulatoire. — Asphyxie par la vapeur de charbon. — Traitement de la pneumonie grave par les bains froids.*

M. Letulle lit, au nom de M. Hayem, une note sur l'emploi de l'acide lactique contre la diarrhée. M. Hayem a déjà fait connaître, dans une première communication, les succès que l'on obtient avec l'acide lactique dans la diarrhée microbienne des enfants. Employé chez l'adulte, ce médicament n'a encore donné que des succès. Il est à peine mentionné dans les traités de thérapeutique; cependant son action comme topique, dans les tuberculoses locales, est bien connue et son usage interne paraît également très efficace.

Dans l'estomac, on n'en trouve que des traces pendant la digestion du pain; il est beaucoup plus abondant pendant la digestion de la viande et du lait; il manque complètement lorsque le contenu stomacal est très riche en acide chlorhydrique. Son rôle dans la digestion n'est pas encore parfaitement élucidé. A petite dose, il paraît antidyspeptique et antifermentescible; mais son action est plus faible que celle de l'acide chlorhydrique et ne porte pas sur les mêmes germes. Il est absorbé dans l'estomac et l'intestin sous forme de lactates qui sont brûlés dans le sang et transformés en carbonates alcalins; l'urine devient ainsi alcaline. A haute dose, cependant, une partie passe en nature dans les urines; on le retrouve aussi dans les selles des diarrhéiques; il peut donc avoir une action topique et germicide dans le canal intestinal.

On a accusé l'acide lactique de produire des troubles digestifs : éructations, vomissements, diarrhée, amaigrissement. M. Hayem n'a jamais constaté de tels accidents. Quant à la théorie de Heitzmann sur le rôle de l'acide lactique dans la production de l'ostéomalacie, les expériences de Heiss l'ont victorieusement combattue.

M. Hayem prescrit l'acide lactique à la dose de 10 à 15 grammes sons forme de limonade :

Acide lactique.....	10 à 15 grammes.
Sirop de sucre.....	200 grammes.
Eau.....	800 —

A boire dans l'intervalle des repas.

Dans quelques cas, M. Hayem a employé le képhir à la dose de une à trois bouteilles, surtout chez les phthisiques, auxquels il a ainsi évité la diarrhée.

L'acide lactique agit très bien contre la diarrhée des typhiques; ses effets sont moindres dans les entérocolites. Chez plusieurs malades atteints de darrhée chronique et qui avaient un suc gastrique hypoacide, la guérison fut rapidement obtenue. De même dans trois cas de choléra nostras. M. Hayem le propose même comme agent curatif et prophylactique dans le choléra épidémique, à la dose de 10 à 20 grammes comme curatif, de 4 à 6 grammes comme prophylactique.

— M. Chantemesse présente un malade atteint d'accès de déambulation automatique. Antécédents héréditaires névropathiques et alcooliques; plusieurs aliénés dans la famille. Ce malade n'est pas alcoolique. Il s'était toujours très bien porté, lorsqu'en 1870 il eut un accident qu'on doit attribuer à l'épilepsie : une nuit, il fut pris d'une agitation extrême, cria, urina sous lui; le lendemain, il ne se souvenait de rien. Plus tard, il eut plusieurs « absences comitiales ». Pendant une de celles-ci il ne répondit pas à un appel, on le crut ivre et il fut puni. Pendant une autre, — il était alors sorti du régiment et avait obtenu une place d'employé d'octroi, — il laissa entrer des voitures qui essayaient de faire de la contrebande, et fut accusé d'avoir voulu faciliter la fraude. Il éprouva alors un violent chagrin, et, quelques jours après, emportant son argent, il partit de chez lui. On le retrouva, trois jours après, au Trocadéro, mouillé, fatigué, hagard. Emmené au poste, il répondit qu'il arrivait de Corse. Il était, en effet, allé en Corse quelques années auparavant, et tout ce qui s'était passé depuis ce voyage était absolu-

©BIU Santé

ment sorti de sa mémoire. Envoyé à Saint-Anne, il eut des hallucinations, puis sortit guéri au bout d'un certain temps.

Une autre fois, il fut, à la suite d'une vive émotion, repris d'accidents semblables. Il a eu, en outre, plusieurs autres accès de courte durée.

Quand il va être pris d'un de ces accès, ce malade ressent une sorte d'aura qui consiste en une sensation de martellement autour des yeux, au front, aux tempes ; en même temps il pâlit et est pris d'une excitation étrange; bientôt il devient tapageur, casse les objets qui sont près de lui, puis il se réveille. Il a en outre assez fréquemment des troubles de la mémoire : il oublie par exemple ce qu'il a lu la veille, ou ce qu'il vient d'écrire dans une lettre.

Actuellement ce malade est très amélioré; il a pris du bromure de potassium à hautes doses (4,5 et 6 grammes), et depuis le début du traitement n'a eu aucun accident. Il était venu à l'hôpital pour des accès d'angine de poitrine coïncidant avec de l'asphyxie locale des extrémités. Or il présente quelques signes d'hystérie : anesthésie de la moitié externe du pied, affaiblissement de l'ouïe, anesthésie pharyngienne. Les accès d'angine de poitrine pourraient donc être d'origine hystérique.

M. Duponchel fait remarquer toute l'importance de l'automatisme ambulatoire au point de vue médico-légal. Un soldat peut ainsi être accusé d'abandon de son poste ou de désertion alors qu'il a agi sous l'influence d'une impulsion morbide. Or les peines sont extrêmement graves, surtout en temps de guerre. Il faut donc signaler avec soin tous les faits de ce genre.

— M. Laveran : Le 13 avril dernier, un jeune soldat, venu en permission à Paris, tenta pendant la nuit de s'asphyxier par la vapeur de charbon. Le lendemain matin, on le trouva étendu sur le plancher, et on le transporta à l'hôpital militaire sans que l'on ait tenté de pratiquer la respiration artificielle. Le malade était dans une stupeur profonde; la face rouge, tuméfiée ; il y avait de l'emphysème sous-cutané au cou, à la face, à la partie antérieure du thorax; extrémités froides, température axillaire à 38°,4. Pas de plaie, ni aucune fracture pour expliquer l'emphysème sous-cutané.

On prescrivit de l'oxygène, de l'éther, et bientôt l'état général s'améliora sensiblement. Cependant le lendemain l'emphysème avait augmenté et envahi la paroi abdominale, les bourses; la respiration était gênée, mais l'auscultation ne révélait aucun bruit anormal dans la poitrine. A l'examen du sang on ne trouva pas d'oxyde de carbone. Mais les expériences de Claude Bernard et de Gréhant ont démontré que ce gaz disparaît du sang assez vite.

Peu à peu, l'état général s'améliora, le malade reprit connaissance, mais ne se souvenait pas de l'accident qui l'avait amené à l'hôpital.

Le 27 avril, l'emphysème sous-cutané avait complètement disparu. Mais, en même temps, des troubles mentaux assez intenses obligèrent à l'isoler.

Aujourd'hui, l'état général est assez satisfaisant, mais le malade ne se souvient toujours pas de sa tentative d'asphyxie.

Deux points sont à considérer dans cette observation : les troubles cérébraux et l'emphysème sous-cutané.

Les troubles cérébraux ont été signalés par Barthélemy et Magnan, qui en ont constaté la persistance. Poelchen a, de son côté, rapporté six observations de ramollissement cérébral dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. Laborde a cité des faits analogues dans la discussion sur les poêles mobiles. Enfin, Moreau (de Tours) a étudié sous le nom de « folie carbonique » des troubles mentaux dus à l'intoxication chronique par l'oxyde de carbone.

Quant à l'emphysème sous-cutané, il est assez difficile à expliquer. On n'en a pas encore cité d'exemple dans des cas semblables. Peut-être doit-il être attribué aux efforts de toux qu'a faits le malade au moment de l'asphyxie et qui auraient déterminé la rupture d'une vésicule pulmonaire? Gaillard et Huchard ont cité des cas semblables chez des enfants atteints de coqueluche, de pneumonie.

— M. Barth : L'idée d'appliquer le froid au traitement de la pneumonie n'est pas nouvelle. Bartholin et bien d'autres médecins du XVIIe siècle firent des essais de ce

BIU Santé

genre. Depuis, tandis qu'à l'étranger les auteurs les plus célèbres se montraient partisans d'une telle thérapeutique (Vogel, Wunderlich, Tismer (de Bâle), Liebermeister), en France, au contraire, le traitement par le froid ne rencontrait que peu de partisans. Beaucoup admettaient, avec Grisolle, que le bain tiède peut rendre de grands services dans le traitement de la pneumonie, mais repoussaient le bain froid.

M. Barth a essayé les bains froids dans sept cas de pneumonie grave; uu seul malade a succombé. Il ne faut pas employer indistinctement les bains froids chez tous les pneumoniques. La réfrigération directe, dans la pneumonie, doit rester une méthode d'exception; elle est inutile dans les formes bénignes et dangereuse pour les malades cachectiques. Elle n'est donc applicable que dans certaines formes graves.

Chez les pneumoniques, la fluxion pulmonaire initiale favorise le développement du pneumocoque dans le parenchyme; l'exsudat remplit et distend les alvéoles; dans le lobe hépatisé, il en résulte un obstacle considérable à la circulation sanguine et aérienne. En même temps, l'organisme réagit par une fièvre intense, les combustions organiques s'exagèrent, les échanges gazeux s'accélèrent, les mouvements respiratoires et les contractions cardiaques se précipitent. L'obstacle pulmonaire triple la tâche du cœur droit. Or, l'hyperthermie altère directement la fibre cardiaque et l'altération du sang la paralyse. Si la contraction systolique faiblit, les poumons s'engorgent et l'hématose est alors encore plus compromise. Enfin, un autre danger s'ajoute : l'infection des séreuses par le microbe pathogène.

Quels sont les effets du bain froid dans un pareil état de choses? Longtemps on n'a vu que la soustraction directe de calorique. Certainement, c'est là un effet des plus importants et des plus faciles à saisir. Mais ce n'est pas le seul effet du bain froid. Celui-ci agit, en effet, tout d'abord sur l'appareil circulatoire. Pendant l'immersion, les vaisseaux périphériques se contractent violemment, le sang reflue vers les viscères, la tension sanguine s'accroît et, avec elle, le travail du cœur. Après le bain, il se produit, au contraire, une réaction énergique; le sang afflue dans les vaisseaux périphériques et abandonne les cavités splanchniques.

Sur le système nerveux, stimulation énergique; comme chez les typhiques, le cerveau se réveille, le délire cesse, le pouls devient plus fort, la respiration plus régulière et plus profonde.

Enfin les sécrétions sont considérablement accrues; la salive et la sueur sont abondantes; mais c'est surtout sur la sécrétion urinaire que le bain froid a une influence rapide; l'albumine peut même disparaître quand il en existait.

L'action du bain froid n'est donc pas simplement antithermique. Mais c'est une médication énergique; il faut que le malade puisse y résister. Avant de soulager le cœur, le bain froid lui demande un excès de travail. Si la fibre cardiaque est altérée, la syncope et l'asphyxie sont à craindre; les artères athéromateuses ne peuvent supporter des changements de pression; enfin les centres nerveux peuvent subir un choc qui détermine le collapsus.

Il faut donc rechercher, avant de donner les bains froids, si le cœur, les vaisseaux et les centres nerveux sont en état de les supporter. Toutes les fois, d'ailleurs, qu'on croit devoir les employer, il faut stimuler le malade à l'aide de rhum, de caféine, d'éther.

M. Juhel-Rénoy a une douzaine d'observations analogues à celles de M. Barth. If a été amené à employer les bains froids dans la pneumonie par les succès qu'il a obtenus en baignant des typhiques atteints de complications pulmonaires.

Ayant établi un système de traitements comparatifs, M. Juhel-Rénoy a reconnu que les résultats les plus favorables étaient obtenus : 1° par les bains froids; 2° par le tartre stibié; 3° par l'alcool; les saignées ont été nuisibles dans tous les cas.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ALOPÉCIE. — Monin.

Acide gallique..... 3 grammes.

©BIU Santé

Essence de lavande	XV gouttes.
Vaseline	40 grammes.
Huile de ricin	20 —

F. s. a. une pommade pour friction, le soir, sur le cuir chevelu, dans le cas d'alopécie consécutive à une affection aiguë grave. — Lorsque les cheveux sont trop grêles, on les coupe au tiers ou au quart de leur longueur, quelquefois même tout-à-fait ras, afin de leur rendre la force et le volume qu'ils avaient auparavant. — N. G.

COURRIER

Concours pour les asiles d'aliénés. — Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, à Lille, à Nancy, à Bordeaux et à Montpellier, dans les derniers jours du mois d'octobre ou dans le courant du mois de novembre prochain.

Un concours sera organisé également à Lyon si, avant cette époque, il s'est produit dans un des asiles publics d'aliénés de la région une vacance qui permettra de pourvoir un des deux candidats déclarés admissibles à la suite du concours du mois de décembre 1888.

Un avis ultérieur publié au *Journal officiel* et dans le *Recueil des actes Administratifs* de la préfecture du chef-lieu de chaque région fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au ministère de l'intérieur les demandes des candidats qui solliciteront l'autorisation de concourir.

Les inconvénients des usines électriques. — Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a été invité à examiner s'il ne conviendrait pas de soumettre au classement parmi les établissements insalubres les stations d'électricité installées dans Paris, en raison des inconvénients qu'elles présentent : bruit, trépidations, fumée. Le Conseil avait confié à M. l'ingénieur Michel Lévy le soin de lui présenter un rapport sur cette question. M. Michel Lévy a lu son rapport dans la dernière séance du conseil d'hygiène. Le rapporteur expose que « les nombreuses plaintes soulevées dans la population parisienne par le fonctionnement des stations électriques semblent prouver *a priori* que le moment est venu de leur appliquer les règles imposées aux industries incommodes : en trois ans, il s'est créé, généralement dans les quartiers centraux de Paris, environ trente stations électriques importantes. Le total de la force ainsi mise en jeu dépasse certainement à l'heure actuelle 10,000 chevaux-vapeur, représentant le sixième de la force motrice utilisée dans le département de la Seine. Le rapport conclut qu'il est indispensable d'opérer le classement des grandes usines productrices d'électricité; mais il lui paraît nécessaire et de stricte équité de prendre dès à présent des mesures analogues à l'égard des grandes usines de production de force motrice. Les conclusions du rapporteur ont reçu l'approbation du conseil d'hygiène. (*Progrès médical.*)

Clientèle à prendre à volonté, soit de suite, soit dans plusieurs mois. *Antilles françaises* : 9,000 francs de fixe, complètement en dehors de la clientèle. — S'adresser au Journal.

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

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas (*très agréable.*)

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Ladreit de Lacharrière : Vaste foyer hémorrhagique du cervelet. — Albuminurie. — III. Thérapeutique : Médication tonique et fébrifuge. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine pratique. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

E pur si muove! Et pourtant elle marche! Il ne s'agit pas ici, bien entendu, de la terre, ni de Galilée ; il y a longtemps que l'Eglise a fait amende honorable et reconnu que l'illustre astronome avait raison en prétendant que la terre marche ; je veux parler de la chirurgie française, qu'on accuse de rester en arrière des autres, et qui de temps en temps prouve toutefois qu'elle va de l'avant.

La preuve la plus récente vient d'être donnée par M. le professeur Lannelongue, dont la communication à l'Académie des sciences sur la crâniectomie marque un progrès immense dans le traitement d'une affection considérée jusqu'ici comme incurable. On connait l'idiotie causée par la microcéphalie; jusqu'alors on se contentait de placer ces malheureux dégénérés dans des asiles, à titre de gâteux, et tout était dit. M. Lannelongue a pensé qu'on pouvait mieux faire; attribuant avec juste raison l'état mental des microcéphales à la compression du cerveau par la cavité crânienne insuffisamment développée et incapable de se développer suffisamment à cause de la soudure prématurée des sutures, il a conclu de cette manière de

FEUILLETON

CAUSERIE

On reproche aux journalistes actuels d'avoir peu l'esprit critique; contrairement aux vieillards qui parlent du bon vieux temps et trouvent notre époque bien inférieure en tout à ce bon vieux temps, les journalistes ne trouveraient que matière louable dans nos actualités. (N'allez pas, je vous prie, jouer sur les mots.) Cela se comprend jusqu'à un certain point, étant donné la camaraderie entre les jeunes, et le sentiment de respect que les jeunes ont conservé pour leurs maîtres. Je sais bien que, lorsqu'on est entre soi, on ne se gêne pas pour débiner les absents; mais de le dire à l'écrire, il y a une forte marge. Donc, presque plus de critique dans les journaux; aussi, lorsque j'en trouve, je me délecte à la lecture de l'article.

C'est précisément ce qui vient de m'arriver en lisant le numéro du 1er juillet de la *Normandie médicale*. J'espère, chers lecteurs, que vous connaissez ce journal, qui a à peu près les dimensions de l'*Union*, et qui est dirigé par les médecins les plus justement renommés de la région : MM. Duménil et Olivier (de Rouen); Gibert (du Havre) et Notta (de Lisieux); ajoutons que la jeune génération est brillamment représentée par les deux rédacteurs en chef du journal, MM. Brunon et Cerné. La *Normandie*

©BIU Santé

voir que, pour remédier au mal, il fallait donner plus de capacité à la boîte osseuse et faciliter ainsi l'expansion, le développement du cerveau. En conséquence, après avoir mis à nu la paroi du crâne par une incision faite au niveau du pariétal, il enleva une tranche de cette paroi, de 9 centimètres de long sur 2 à 3 centimètres de large, réunit la plaie tégumentaire sans drainage, et appliqua un pansement antiseptique. Aucune complication ni pendant ni après l'opération. La guérison opératoire demande à peine quelques jours.

Encouragé par ce premier succès, M. Lannelongue répéta cette opération sur un second malade, qui guérit aussi bien que le premier.

Voilà pour la guérison opératoire. Le résultat thérapeutique fut tel qu'il réalisa tout ce qu'on en espérait. Le premier malade, opéré depuis deux mois, présentait auparavant comme phénomènes : intelligence nulle, marche impossible, de même que la station debout, cri caractéristique de l'irritation cérébrale, etc. Depuis la guérison de l'opération, l'intelligence se développe d'une manière très nette, étant donnée l'instruction que peut recevoir un enfant dans une salle d'hôpital; l'enfant peut se tenir debout et commence à marcher; il ne crie plus, il ne bave plus. Ce sont donc là des preuves incontestables du développement acquis par l'encéphale depuis l'opération. Quant au second malade, il s'est encore écoulé trop peu de temps depuis l'intervention chirurgicale pour qu'on puisse en apprécier les résultats.

L'opération pratiquée par M. Lannelongue remplit donc toutes les conditions qu'on exige actuellement de toute opération nouvelle : indications logiques, exécution possible sans faire courir de trop grands risques à l'opéré; aussi, indépendamment de l'habileté avec laquelle elle a été pratiquée, a-t-elle procuré le double résultat qu'on en espérait : succès opératoire et succès thérapeutique. Lorsque les admirateurs des chirurgies étrangères établiront de nouveau la comparaison de ces chirurgies avec la nôtre, nous les prierons de vouloir bien ne pas oublier de ranger à notre actif la crâniectomie.

---

médicale, contrairement à beaucoup de journaux de province qui remplissent leurs colonnes de nouvelles parisiennes et même de vieilleries, s'occupe beaucoup de ce qui se passe autour d'elle, et nous renseigne sur les faits et gestes de son monde médical, ce dont nous ne saurions trop la féliciter. Si on lit les journaux de province, c'est justement pour savoir ce qui s'y passe et non pas relire une vingtième fois les comptes rendus de l'Académie de médecine ou de la Société de chirurgie de Paris.

J'ai donc trouvé dans la *Normandie médicale* les deux choses que j'aime beaucoup à voir dans les journaux : de la critique et des choses du pays.

C'est d'abord une analyse fort bien faite, par M. Brunon, d'un article de Letulle sur les devoirs du médecin praticien et des administrations hospitalières en présence d'une maladie infectieuse.

L'article de M. Letulle a été écrit pour Paris; M. Brunon, tout en prenant la substance, fait remarquer que, pour le moment du moins, les mesures demandées par son collègue sont inapplicables en province. A Paris, où les médecins des hôpitaux peuvent être tout puissants en matière d'hygiène, s'ils le veulent, l'administration hospitalière peut être mise hors de cause si les mesures nécessaires ne sont pas prises; en province, à Rouen en particulier, l'administration est tout, les médecins, ses très humbles serviteurs. Ce n'est donc pas eux qu'il faut blâmer si les réformes dans la prophylaxie des maladies infectieuses vont si lentement. Mais si ces réformes vont encore si lentement à Paris, combien plus encore elles sont arriérées en province! C'est pourquoi M. Brunon a écrit l'article que nous venons de mentionner.

©BIU Santé

La discussion sur les accidents de la chloroformisation continue à l'Académie de médecine. M. François Franck a terminé sa communication, si remarquable au point de vue scientifique; mais M. Le Fort a déclaré qu'elle n'apprenait rien aux chirurgiens; car ils connaissent toutes les particularités annoncées, pour les avoir observées chez l'homme avant qu'on les eût étudiées chez les animaux. Les communications de MM. Laborde et François Franck n'ont pas appris comment on pouvait remédier à des accidents ni les prévenir, et c'est toujours là une lacune que ni la physiologie ni la pathologie expérimentale ne pourront combler. Les physiologistes ne sont même pas tous d'accord entre eux, car, tandis que M. Dastre reconnaît au mélange d'atropine et de morphine la propriété de prévenir certains accidents, M. Franck accuse, au contraire, ces substances de les provoquer. De quel côté est la vérité? En attendant, continuons à administrer le chloroforme à petites doses, en surveillant attentivement l'état du pouls et de la respiration.

— Dans mon précédent *Bulletin*, j'ai parlé d'une communication faite par M. Tuffier, à la Société de biologie, sur l'immunité des résections intra-vésicales et de l'infiltration d'urine non septique, laquelle d'ailleurs ne se produit pas lorsque la suture est bien faite. Dans cette communication, M, Tuffier, ne rapportant que les résultats de sa pratique personnelle, soit chez les animaux, soit chez l'homme, a passé sous silence ce que ses prédécesseurs avaient fait dans la même voie. Ayant imité ce silence dans mon appréciation, j'ai pu faire croire à mes lecteurs que la priorité des ablations de tumeurs vésicales appartenait sans conteste à M. Tuffier, ce qui ne serait pas exact.

En effet, dans la dernière séance de la Société de biologie, M. le docteur Bazy a cru devoir faire une rectification destinée à combler la lacune laissée dans la communication de son collègue. Il résulte de la communication de M. Bazy que les idées exposées par M. Tuffier étaient monnaie courante depuis de longues années; il y a, en effet, une vingtaine d'années que Muron, élève de MM. Guyon et Verneuil, a démontré l'innocuité du contact

---

Si l'administration hospitalière de Rouen est si fort en retard, ce ne sont pas les fonds qui lui manquent, au moins. Cependant, elle a eu quelques velléités d'économie. En 1882, les dépenses d'assistance publique s'élevaient, à Rouen, à 1,432,599 fr. 53 c. Pour diminuer ces dépenses, on imagina de créer des dispensaires; or, il se trouva que le nombre des journées d'hôpital, loin de diminuer à Rouen depuis la création de ces dispensaires, ont augmenté, et que les dépenses d'assistance publique, en 1888, se sont élevées à 1,660,281 fr. 99 c.

Soit, en six années, en dépit ou peut-être même à cause de la création des dispensaires, une aggravation de charges de 282,109 fr. 02 c. Les dispensaires seuls coûtent à la ville de Rouen 363,131 fr. 48 c. Et ces chiffres sont peut-être encore inférieurs de 200,000 francs à la réalité. Cela n'a pas empêché M. Bourneville, qui peut-être n'est pas entré dans tous les détails, de trouver que tout est pour le mieux dans l'organisation des dispensaires de Rouen et de la préconiser pour la ville de Paris. Tous les médecins de Rouen ne seraient peut-être pas de son avis, parce que, dit l'auteur de l'article, entre son appréciation et celle de ses confrères, il y a la distance qui sépare la théorie de la pratique.

La commission administrative des hôpitaux de Rouen paraît assez rétrograde, d'ailleurs, ainsi que l'apprend une lettre adressée à la *Normandie médicale*, et qui contient la relation d'un concours pour la nomination à une place de pharmacien en chef des hôpitaux. Alors que toutes les grandes villes de France aspirent à posséder un centre scientifique, la ville de Rouen ferait une grosse faute si elle laissait affaiblir le sien; c'est

©BIU Santé

de l'urine normale sur les plaies; quant à l'extirpation des tumeurs de la vessie, elle est si peu nouvelle que M. le docteur Pousson écrivait sa thèse, en 1884, sur ce sujet, sous l'inspiration de M. Guyon, et, dans une revue sur le même sujet, il y a environ dix-huit mois, en rassemblait 198 cas. C'est donc à l'Ecole de l'hôpital Necker, à laquelle appartiennent MM. Tuffier et Bazy, que revient en grande partie la démonstration des idées dont on aurait pu, d'après notre compte rendu, attribuer à tort le mérite à M. Tuffier. — L.-H. P.

Vaste foyer hémorrhagique du cervelet. — Albuminurie.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 mai 1890,

Par le docteur Ladreit de Lacharrière.

La physiologie du cervelet et la séméiologie de ses affections sont encore assez obscures pour qu'il soit intéressant de recueillir les faits qui se présentent à notre observation, les analyser pour contrôler ou infirmer les opinions qui ont été émises sur le même sujet.

Le malade qui fait l'objet de cette communication est un sourd-muet, D..., âgé de 19 ans, qui a été admis à l'âge de 10 ans à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris et qui a succombé le mois dernier à une maladie de Bright.

Pendant les sept mois durant lesquels il a été soumis à mon observation, il a présenté très souvent des phénomènes insolites qui ont dérouté mon diagnostic et dont l'autopsie seule m'a donné l'explication.

D..., Breton d'origine, appartenait à une famille de petits cultivateurs qui n'ont pu me fournir que des renseignements très incomplets sur les origines et les causes de la surdité.

Il était devenu sourd à 2 ans 1/2 à la suite d'une forte fièvre, dit-on, qui avait mis ses jours en danger. Etait-ce une otite labyrinthique, une méningite, ou le commencement de l'affection cérébrale que l'autopsie nous a

---

cependant à quoi l'administration hospitalière actuelle a l'air de vouloir tendre, et c'est contre cette tendance fâcheuse que la *Normandie médicale* s'efforce de réagir.

Le 12 juin dernier, raconte M. Gascard, s'est ouvert à l'Hospice général un concours pour la nomination du pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen. C'est la première fois que ces fonctions sont mises au concours. Les conditions de ce concours se ressentant quelque peu des habitudes autocratiques de l'Administration, je vous demande la permission d'en faire l'historique, aussi court que je pourrai.

Dans toutes les grandes villes : Paris, Lyon, Marseille, Reims, etc., l'administration des hôpitaux fait des efforts pour que ses pharmaciens soient le plus haut placés dans la hiérarchie scientifique, aussi cherche-t-elle à s'attirer les pharmaciens qui sont déjà professeurs à l'Ecole de pharmacie. A Rouen, c'est tout le contraire. MM. les administrateurs éliminent d'emblée les candidats qui seraient déjà professeurs et, pour combler ce vide, ils appellent les pharmaciens de 2e classe. Et à qui demande-t-on de formuler le programme du concours? Précisément à une Commission technique prise en partie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen, alors qu'on avait l'intention, sous roche, d'éliminer ses professeurs!

La Commission technique se met au travail, fait un rapport très détaillé qui paraît d'abord ne soulever aucune objection de la part de la Commission administrative. Les conditions du concours étaient celles-ci : Les candidats seront pharmaciens de 1re classe; il n'y aura pas de limite d'âge minima; les candidats peuvent être professeurs à l'Ecole.

Mais voici que, dans sa séance du 6 novembre 1889, l'administration change tout d'un

SBIU Santé

révélée? A son arrivée à l'Institution, j'ai consigné dans mes notes que l'oreille moyenne ne présentait aucune trace d'affection des caisses tympaniques et que la surdité était de cause cérébrale ou labyrinthique.

Il avait eu deux sœurs, l'une était morte à l'âge de 2 mois d'une maladie dont la nature n'a pu m'être indiquée, et la seconde à 3 ans par suite d'enflure, disent les parents. Qu'était cette enflure? Je serais porté à croire à une albuminurie, sans en être certain.

A son entrée à l'Institution, D... était complètement sourd, il était doué d'une intelligence très médiocre, et n'avait reçu aucune éducation. Il avait perdu le langage que les enfants peuvent avoir acquis à 2 ans 1/2, et ne se faisait comprendre que par quelques signes généraux.

Pendant huit ans, il a été assez bien portant, et je n'ai eu que rarement à m'occuper de lui. Il n'avait acquis qu'une éducation rudimentaire, et, en quittant l'Institution, il n'aurait pu que se livrer aux travaux des champs.

Au mois d'octobre dernier, il attira mon attention sur sa santé parce que ses pieds étaient enflés, et je constatai, dès le premier jour, que les urines contenaient une grande quantité d'albumine. Elles furent examinées tous les jours pendant plusieurs mois, mais malgré toutes les médications qui furent mises en usage, l'albumine ne disparut pas, tout au plus parut-elle varier de quantité.

Cette maladie de Bright s'était produite sans cause connue; on ne pouvait invoquer ni une affection éruptive, ni un rhumatisme, ni un simple refroidissement. Le cœur n'avait aucun bruit de souffle, et le foie n'était pas malade, les reins seuls étaient donc primitivement atteints.

A plusieurs reprises, au mois de novembre, au mois de décembre et de janvier, D... eut des convulsions épileptiformes suivies de coma qui se renouvelèrent à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures, et que le bromure de sodium sembla faire cesser chaque fois. Ne comprenant rien à ces accès, je fus porté à supposer que ce jeune homme était épileptique et que l'anasarque qui se généralisait pouvait produire une excitation céré-

---

coup d'idées et, sans la moindre précaution de politesse pour la Commission technique, elle rejette les conclusions qu'elle avait paru approuver et décide que les pharmaciens de 2e classe pourront concourir; elle exige un minimum de 28 ans et élimine les professeurs de l'Ecole; ces résolutions sont d'abord tenues secrètes; elles ne sont, plus tard, connues du public que par les affiches.

Il faut maintenant touver un jury! Comment faire? — Nous avons les pharmaciens de la ville! — Mais tous refusent, sauf un. Un membre ne peut pas constituer un jury. Malheureusement, car ce serait l'idéal des administrateurs. C'est alors que commence une course folle dans toutes les directions : Paris, Le Havre, Fécamp, Elbeuf, et peut-être Dieppe, Neufchâtel, Yvetot, Carpentras sont sollicités. L'Ecole de pharmacie de Paris refuse (et la Direction de l'enseignement supérieur approuve ce refus), Le Havre refuse. Elbeuf, flairant quelque chose de bizarre, refuse. La date du concours approche, et toujours pas de jury; la situation devient inquiétante. M. le Directeur des hôpitaux est envoyé en mission extraordinaire au Havre, d'où il rapporte, triomphant, deux noms, les noms de deux confrères qui n'étaient pas au courant de toute cette affaire, car, sans cela, ils auraient refusé comme les autres; il manque encore deux juges. Fécamp en produit un, et le cinquième, et président, est un docteur en médecine de Rouen (professeur à l'Ecole, il est vrai, mais agissant, dans cette affaire, en son nom propre).

Ce jury, si laborieusement constitué (juste la veille du concours), s'est, du reste, désagrégé après l'épreuve orale, mais passons.

©BIU Santé

brale et les grandes crises dont j'était témoin. Cette explication était cependant loin de me satisfaire.

Une attaque d'influenza, au mois de décembre, de moyenne intensité, n'aggrava pas sensiblement l'affection primitive, et l'albumine ne parut pas plus abondante dans l'urine.

Vers le mois de janvier, D... se plaignit d'avoir un brouillard devant les yeux. La vue baissa rapidement et, vers la fin de janvier, le malheureux n'y voyait plus du tout, c'est à peine s'il distinguait la clarté d'une bougie qu'on lui promenait devant les yeux. J'avais fait, dès l'apparition des troubles de la vue, l'examen ophthalmoscopique. Ayant cru apercevoir une infiltration séreuse des membranes internes de l'œil, j'avais expliqué la cécité par l'hydropisie brightique. Cet examen avait été, du reste, très difficile; n'ayant plus que le toucher pour me faire comprendre, je parvenais difficilement à faire garder à mon malade l'attitude convenable que je lui avais donnée, et il m'était impossible de lui faire diriger les yeux dans différentes directions pour éclairer convenablement toutes les régions du fond de l'œil.

Mon examen a dû certainement être imparfait, et je ne m'en serais peut-être pas contenté si la présence de l'albumine n'avait suffi, dans une certaine mesure, pour justifier la perte de la vue.

L'anasarque se développa graduellement d'une manière monstrueuse ; la bouffissure des membres, des parois du tronc et du visage devint hideuse et ne permit plus au malade, dans le courant du mois de mars, de se lever et de demander le vase. Les urines ne purent donc plus être examinées.

Pendant tout le mois le mars, le pauvre malade poussait des cris chaque fois qu'il ne succombait pas au sommeil. La main, qu'il portait à la tête, indiquait bien qu'il en souffrait, mais il était impossible de se rendre compte de la nature des douleurs qui lui arrachaient des cris.

L'alimentation était devenue très difficile ; le lait et le bouillon n'étaient plus acceptés depuis longtemps ; les œufs et la viande de boucherie inspiraient au malade une répulsion extrême.

Que de temps perdu, que de bruit, que d'agitation, que de paperasses couvertes d'encre, que de démarches aux quatre coins de la province pour trouver cinq juges, alors qu'il y en a vingt tout désignés à Rouen! Mais peu importe à l'administration.

Une dernière remarque. Pourquoi le concours n'a-t-il pas été affiché à Paris? Pourquoi, lorsque la loi permet aux pharmaciens d'exercer à 25 ans, l'administration exige-t-elle 28 ans? Cette clause antilibérale a fermé le concours à un candidat de mes amis, préparateur à l'Ecole de Paris, licencié ès sciences, lauréat de l'Ecole de pharmacie. Malgré tous ces titres, il n'a pu obtenir la dispense des quelques mois qui lui manquaient pour atteindre 28 ans.

*
* *

La Commission administrative de la ville d'Eu paraît aussi rétrograde que celle de Rouen; alors que celle-ci élimine de ses concurrents les professeurs de l'Ecole et admet les pharmaciens de 2e classe, la première nomme comme médecin-adjoint de l'hospice un officier de santé, alors qu'elle a sous la main des docteurs en médecine. Voici le fait :

Il y a quelque temps l'administration révoqua M. le docteur Lecomte (d'Eu) de ses fonctions de médecin de l'hospice de cette ville. Le docteur Michellet, médecin-adjoint, étant devenu titulaire, il a été nécessaire de nommer un adjoint. Il y avait à choisir entre M. le docteur Lecomte fils et M. X..., officier de santé. C'est ce dernier qui a été nommé.

©BIU Santé

Il fallut avoir recours à la charcuterie, qui était l'alimentation de D... Dans sa famille, on lui faisait goûter chaque jour le mets qu'on avait imaginé, il était ou accepté ou repoussé. Le vin et les grogs étaient pris avec avidité. Ce n'était guère le traitement de la maladie de Bright, mais il fallait soutenir les forces, et la théorie cédait à la nécessité.

D... est mort dans un état comateux qui a duré une semaine, que j'expliquais par l'hydropisie des ventricules cérébraux. Il a succombé pendant une courte absence que j'ai faite le 19 avril.

L'autopsie a été pratiquée par mon chef de clinique, M. Boyel. Il a oublié, malheureusement, de me conserver les globes oculaires, dont l'examen eût été intéressant.

L'autopsie, dont je ne vous donnerai pas tous les détails pour ne pas abuser de votre attention, m'a révélé une lésion du cervelet qui fait tout l'intérêt de cette communication.

Le cerveau était infiltré d'une sérosité très abondante et, malgré l'immersion immédiate dans un bain de bi-chromate de potasse, la putréfaction s'est déclarée et il n'a pu être préparé.

Le cervelet présente dans son lobe une perte de substance, au niveau de la circonférence, ayant une forme arrondie de 2 centimètres de diamètre. Dans le voisinage, quelques ecchymoses. En séparant en deux le lobe du cervelet par une section médiane, on constate un vaste foyer hémorrhagique occupant tout l'intérieur du lobe cérébelleux. Les caillots qui étaient organisés et fibrineux indiquaient que l'hémorrhagie s'était faite depuis assez longtemps.

Cette apoplexie cérébelleuse, que j'avais complètement méconnue, m'expliquait quelques-uns des symptômes que j'avais mis sur le compte des complications de la maladie de Bright.

A quel moment cette hémorrhagie a-t-elle pu se produire? Je suppose que c'est aux époques où le malade eut des convulsions épileptiformes, et que de nouvelles hémorrhagies ont provoqué chaque fois de nouvelles

---

Il paraît que, légalement, cette nomination est valable. La loi qui exige un docteur comme médecin titulaire d'un hospice permet de lui adjoindre un officier de santé, même lorsqu'il existe dans la même ville des docteurs en médecine. Il y a comme cela, dans notre arsenal de lois, des dispositions bizarres et contradictoires qui ne peuvent avoir la prétention que de prouver une chose : l'ignorance profonde des législateurs. En effet, cette disposition, innocente à leurs yeux puisqu'il a pu leur paraître que le médecin titulaire était responsable, ne saurait avoir pour effet d'abroger cette disposition légale beaucoup plus générale : « que certaines opérations sont interdites à l'officier de santé ». Qu'arrivera-t-il donc dans le cas où le médecin titulaire sera empêché ou par maladie ou par congé?

Si la Commission administrative ne veut pas réaliser à la lettre l'expression d'*attacher* son médecin titulaire à l'hospice, de deux choses l'une : ou des malades devront se passer des soins qui leur seront nécessaires, ou la Commission devra réclamer l'assistance de M. le docteur Lecomte aux opérations pratiquées à l'hospice par M. X.... Comme il n'est pas probable qu'elle accepte la seconde solution, elle manquera donc à ses devoirs envers les malades dont elle se charge, ou elle exposera M. X... à se voir traduire devant le tribunal pour exercice illégal de la médecine.

Il n'est donc pas si simple qu'on pourrait le croire de profiter des lacunes ou des contradictions de la loi pour pratiquer une injustice. Rien n'empêchait de nommer M. Lecomte fils; il ne s'est en rien mêlé aux actes invoqués contre son père ni avant ni depuis la révocation de celui-ci; bien plus, pressenti officieusement, il a déclaré

©BIU Santé

attaques. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que le malade revenait, après 12 ou 24 heures, à son état de santé relative habituel.

La lésion cérébelleuse, une fois produite, ne donnait lieu à aucun symptôme pouvant caractériser une lésion durable des centres nerveux.

Hillairet, dans le mémoire qu'il a pulié dans les *Archives*, en 1855, note l'hémiplégie dans le tiers des cas. Vulpian croit que les cas d'hémiplégie sont beaucoup plus rares, que des lésions uni-latérales du cervelet ne déterminent presque jamais l'hémiplégie, mais un affaiblissement du côté correspondant.

La faiblesse des membres, la titubation et le vertige sont notés dans la plupart des observations.

Chez mon malade, il n'y a pas eu d'hémiplégie ni de vertige, la faiblesse des membres existait également des deux côtés, et la titubation ou plutôt l'incertitude de la marche était plutôt attribuée au gonflement des pieds qu'à un trouble cérébral.

On a noté les vomissements comme un des symptômes les plus fréquents.

Pendant les quatre derniers mois de la maladie, D... avait pris le lait, la viande de boucherie, la volaille, les œufs, le poisson en profond dégoût. Il acceptait de la soupe aux choux et au lard, quelquefois du lapin.

Ces aliments, d'une digestion pour tout le monde plus difficile, étaient parfois rejetés, ce que l'on expliquait par des indigestions. On a attribué les vomissements dans l'hémorrhagie du cervelet à la compression des origines des pneumo-gastriques. Dans la pièce anatomique que vous avez sous les yeux, il est incontestable que ces origines sont atteintes, mais les vomissements ne se sont produits qu'à des intervalles irréguliers. Comment les expliquer alors par une lésion permanente?

On a noté, dans presque toutes les observations, des troubles de la vue, depuis les changements dans la dilatation ou la constriction de la pupille jusqu'à la cécité complète des deux yeux. Mon malade était complètement aveugle durant les deux derniers mois de la maladie. On a cherché à

---

qu'il accepterait les fonctions de médecin-adjoint. La Commission savait donc qu'en le nommant elle n'essuierait pas un refus désagréable. Quels motifs ont donc dicté ce choix malencontreux? Nous ne pouvons y voir qu'une mesquine poursuite d'un vaincu ou une démonstration de pure intransigeance bien inutile et bien maladroite, nous en sommes convaincus.

Souhaitons que la Commission administrative de l'hospice d'Eu revienne à de plus saines idées de logique, de libéralisme et de sollicitude pour ses malades.

Evidemment les faits qui viennent d'être rapportés militent en faveur des nouveaux projets de loi relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie, et qui tendent à la suppression des officiers de santé et des pharmaciens de 2e classe.

SIMPLISSIME.

POTION CONTRE LA TUBERCULISATION PULMONAIRE. — V. Gilbert.

Créosote	2	grammes.
Rhum	50	—
Sirop de tolu	30	—
Eau distillée	70	—

F. s. a. une potion dont on donne une cuillerée à soupe chaque jour, dans un demi-verre d'eau, aux personnes atteintes de phthisie pulmonaire. — N. G.

©BIU Santé

expliquer cette cécité par la compression exercée sur les tubercules quadrijumeaux ou sur les pédoncules antérieurs du cervelet, qui vont passer sous les tubercules pour s'entrecroiser sur la ligne médiane. Vulpian n'admet pas cette explication et croit à une influence sympathique du cervelet sur les foyers d'origine des nerfs optiques. Cette hypothèse équivaut à l'aveu de notre ignorance sur ce point.

Suivant Hillairet, la mort surviendrait rapidement, quelquefois d'une manière foudroyante, et la durée de la maladie serait d'un jour et demi.

Chez notre malade, la mort n'est survenue que lentement. A plusieurs reprises j'ai cru qu'elle était imminente, vu l'état du pouls et la prostration du malade, puis le pouls se relevait un peu et une existence plutôt végétative continuait.

Pendant le dernier mois, des cris incessants et déchirants indiquaient une souffrance que je ne pouvais localiser.

On a indiqué aussi les altérations de l'ouïe dans les affections du cervelet. Notre malade était devenu sourd à 2 ans 1/2 dans le courant d'une affection cérébrale. Y a-t-il eu un lien entre la surdité et une lésion cérébelleuse? Il faudrait admettre, dans ce cas, que cette lésion serait restée stationnaire pendant seize ans et demi.

Je dois poser ici une dernière question : L'affection du cervelet et la maladie de Bright, qui s'est caractérisée à l'autopsie par les lésions rénales que vous savez, ont-elles été deux maladies évoluant parallèlement, ou bien y a-t-il un lien entre ces deux affections? Peut-on admettre qu'une dégénérescence originelle du cervelet ait pu produire primitivement la surdité ; puis après avoir sommeillé pendant quelques années, déterminé l'albuminurie par des troubles de l'innervation rénale, enfin que cette dégénérescence ait pu provoquer des épanchements apoplectiques par l'usure des vaisseaux et amené les accidents ultimes observés pendant la dernière période de la maladie de D...?

Cette explication satisferait mon esprit, mais je n'ai pas la possibilité de vous en apporter des preuves.

Le but de cette communication a été de mettre en regard d'une lésion du cervelet bien déterminée et considérable l'observation d'un malade qui a été particulièrement intéressant par les difficultés que présentait le diagnostic, et dont les souffrances n'ont pu être expliquées que par les lésions révélées à l'autopsie.

THÉRAPEUTIQUE

Médication tonique et fébrifuge

La clinique, l'expérimentation et l'analyse ont prouvé que le quinquina est le tonique le plus puissant et le fébrifuge le plus sûr. Nous allons résumer ses divers modes d'action afin de mieux faire comprendre l'utilité de la nouvelle préparation que nous avons fait connaître, et montrer avec quelle facilité elle s'adapte aux diverses indications fournies par la pathologie.

Action tonique : Le quinquina est un agent thérapeutique anti-déperditeur et reconstituant. Il exerce une action modératrice sur les mutations intra-cellulaires, sur les combustions organiques et sur les phénomènes chimiques de la nutrition. Il diminue l'élimination de l'azote, retarde l'épuisement en diminuant les pertes éprouvées par les divers tissus de l'économie. Dans le même ordre d'idées, il relève l'appétit et les forces,

©BIU Santé

favorise la digestion, et c'est à ce titre, comme reconstituant stimulant de la nutrition et eupeptique, qu'il est prescrit dans l'anémie, la chlorose, les états adynamiques, les convalescences longues et dangereuses, les maladies graves; chez les affaiblis, les débilités, quelle qu'en soit la cause, et enfin dans tous les états valétudinaires qui ne constituent, le plus souvent, que le prélude, une sorte d'introduction à quelque maladie grave. Dans le cas de santé précaire et débile, si voisin de la maladie, le quinquina remonte la constitution et permet au convalescent de lutter contre l'infection microbienne et les divers états morbides.

Action fébrifuge : Le quinquina est administré dans toutes les fièvres et il a constitué, pendant longtemps, une des méthodes de choix dans le traitement de la fièvre typhoïde. Dans la fièvre intermittente et dans toutes les affections qui, de près ou de loin, se rattachent à l'infection palustre, fièvre rémittente, pernicieuse, et dans les névralgies à retour périodique, le triomphe du quinquina est assuré si l'administration est faite en temps opportun. Trousseau, dans ce cas, préférait la poudre à la quinine.

Dans la pyohémie, l'infection puerpérale, le typhus et la variole, le quinquina doit être prescrit; de même que dans l'érysipèle. Dans la pneumonie des vieillards et des alcooliques et la gangrène pulmonaire il agit surtout comme tonique.

Action antiseptique et préservatrice : Les propriétés antiseptiques et préservatrices du quinquina sont bien connues. Miquel a montré qu'il suffit d'un gramme de quinine dans 800 grammes d'eau pour empêcher le développement du bacille de la fièvre typhoïde et d'un gramme dans 5,000 grammes d'eau pour supprimer l'évolution du bacille du choléra. — Le quinquina tue les vibrions, infusoires et un grand nombre de bactéries. C'est comme antiseptique du milieu intérieur plutôt que comme fébrifuge qu'il agit dans la fièvre intermittente en enrayant le développement du microbe pathogène de cette affection. En relevant les forces, en stimulant l'appétit, en diminuant l'épuisement, le quinquina met l'organisme en état de résister aux agents infectieux; par son action antiseptique, il stérilise le terrain et le rend réfractaire à l'invasion microbienne.

Le quinquina, dont la composition est complexe, a une sorte de *vie thérapeutique*; aucun de ses principes constitutifs ne saurait être éliminé de parti pris. D'ailleurs, tous les médecins savent qu'on ne peut suppléer complètement à l'emploi des végétaux par celui de l'un de leurs alcaloïdes. C'était l'opinion de Trousseau, c'est aussi celle que soutenaient dernièrement à l'Académie de médecine MM. Dujardin-Beaumetz et Bucquoy. On sait aussi les difficultés, les répugnances que les praticiens rencontrent trop souvent auprès de leurs malades. Il fallait trouver une préparation contenant la totalité des principes actifs du quinquina, rigoureusement dosée, agréable au goût, facile à prendre, commode à transporter, se dissolvant vite et bien dans toute espèce de véhicule (les médicaments agissant mieux en solution que de tout autre façon). Tous ces avantages, le « *Quinquina soluble Astier* » *granulé* les réunit. Il est en petits cristaux qui se dissolvent instantanément dans l'eau, le vin, les tisanes, etc.; il représente exactement son poids de poudre de quinquina jaune royal et en contient tous les principes actifs, chaque cuillerée à café titre dix centigrammes d'alcaloïdes. Avec le « *Quinquina soluble Astier* » le médecin peut instituer sur des bases certaines soit un traitement tonique, soit un traitement fébrifuge.

Dose tonique : Une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe dans un verre à Bordeaux de vin, d'eau ou de tisane, avant ou après les deux principaux repas.

Dose fébrifuge ou antiseptique : Une cuillerée à café contenant 10 centigrammes d'alcaloïdes; le médecin n'a qu'à prescrire autant de cuillerées à café qu'il veut faire absorber de fois dix centigrammes de quinine. Avec le *Quinquina soluble Astier*, il évite l'action irritante de la quinine sur la muqueuse stomacale : en même temps le malade profite de l'action tonique des autres éléments du quinquina. Enfin, pour obtenir instantanément un litre de vin de quinquina, on n'a qu'à en mettre deux cuillerées à soupe dans un litre de vin préféré.

En résumé, le *Quinquina soluble Astier granulé* est une préparation commode, active, bien dosée, qui, ainsi que l'a écrit le docteur Gendrin, est appelée à rendre de grands services en thérapeutique dans les cas où l'usage du quinquina est indiqué.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 19 juin 1890.

Analyse du contenu d'un kyste. — M. Lecerf donne les résultats de l'analyse qu'il a faite du contenu d'un kyste de la glande de Bartholin, présentée par M. Polaillon. Cette matière était formée en majeure partie par de l'albumine. On y trouvait également des traces de mucine, de pigments et d'acides biliaires, et de graisse; elle renfermait du chlorure de sodium et des phosphates. L'examen microscopique a permis de constater la présence d'œufs de nématodes.

De l'intervention dans la présentation du siège, mode des fesses, par M. Ollivier. — I. *De l'intervention pendant la grossesse.* — Lorsqu'à huit mois de grossesse, l'accoucheur constate l'existence d'une présentation du siège, doit-il laisser les choses en l'état et s'exposer à voir l'enfant naître par le siège, ou bien doit-il transformer par la version par manœuvres externes la présentation du siège en une présentation du sommet? En 1886, la Société obstétricale et gynécologique de Paris, saisie de la question, se basant sur la faible mortalité infantile et sur la difficulté et les dangers de la version par manœuvres externes, décida que chez les primipares on pouvait tenter cette version, mais qu'elle était difficile et dangereuse; que chez les multipares, si elle était plus facile, elle était moins nécessaire. Les trois faits suivants démontrent la gravité de la présentation du siège et pour l'enfant et pour la mère :

Premier cas. — Extraction laborieuse, enfant naissant en état de mort apparente, ranimé.

Deuxième cas. — Extraction très laborieuse, durée des manœuvres une heure et demie, enfant mort.

Troisième cas. — Extraction très laborieuse, durée des manœuvres une heure, enfant mort, femme morte trois heures après l'accouchement.

Les statistiques confirment cette gravité pour l'enfant. On a dit que la version par manœuvres externes était difficile, elle est quelquefois extrêmement facile. On a dit qu'elle était dangereuse. Quels sont ses dangers? Une présentation transversale peut succéder à une présentation du siège. On n'en connaît pas d'exemple. L'utérus peut se rompre; il se rompt quelquefois spontanément. Pas d'exemple. Le placenta peut être décollé. On n'en connaît que de rares cas où on avait usé de violence.

Conclusion : *Il faut* pratiquer la version par manœuvres externes quand on trouve un siège à huit mois de grossesse, sauf dans les cas suivants : malformation de l'utérus, grossesse multiple, existence soupçonnée de circulaires serrées. Il faut agir doucement.

II. *De l'intervention dans le travail.* — Au début du travail, si la poche des eaux est intacte, le fœtus non engagé, il faut faire la version par manœuvres externes. On n'a pas fait la version externe, la dilatation est complète, le siège non engagé, la poche des eaux intacte ou rompue, il faut d'abord essayer d'aller chercher un pied, on la déléchira soit par la métbode de Barnes, soit par celle de Pinard-Mantel; si on réussit, on fera l'extraction immédiate, si on ne réussit pas, avant de faire l'extraction, si l'enfant ne souffre pas, si la santé maternelle ne s'altère pas, on attendra pour permettre l'engagement. S'il faut intervenir, on portera un lacs avec un porte-lacs sur l'aine antérieure et on fera l'extraction ; si on n'avait pas de lacs, on appliquerait le forceps. — Le siège est engagé, on se trouve forcé de terminer l'accouchement, la conduite variera selon la variété de position. Dans les variétés antérieures, on appliquera le lacs sur l'aine antérieure ; la direction de la traction est bonne, il n'y a pas de danger de fracture de fémur. Dans les variétés postérieures, on appliquera le forceps de Tarnier sur les cuisses de l'enfant, on tirera autant que possible pendant les contractions et on fera faire l'expression utérine. En cas d'insuccès, lacs. — Le siège est à la vulve, la fesse postérieure est arrêtée par le périnée, on emploiera la méthode bi-rectale.

Corps étrangers autour de la verge. — M. Dujardin-Beaumetz rapporte un cas d'étran-

©BIU Santé

glement de la verge par deux anneaux superposés, observé et opéré par M. le docteur Lardier de Rambervillers. Il s'agit d'un homme de 39 ans, qui avait passé deux anneaux l'un sur l'autre autour de la verge et qu'il avait introduits jusqu'à la racine de celle-ci. L'état du malade était excessivement grave; outre la rétention d'urine, il y avait un commencement de gangrène ; à l'aide du docteur Pernet et d'un horloger, M. Lardier put scier les anneaux, dont l'extérieur avait plus de deux millimètres d'épaisseur, et les enlever. Les eschares se cicatrisèrent et l'homme guérit parfaitement bien.

M. Gillet de Grandmont cite, à cette occasion, le cas d'un homme qui, dans un but de de mortification, avait passé dans le scrotum un fil auquel étaient suspendues vingt balles de plomb. Ce malade a succombé.

Les secrétaires des séances, MM. Guelpa et Lecerf.

COURRIER

Par décret, en date du 27 juin 1890, M. le docteur Rontin, maire de de Mézin, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 juin 1890, M. le docteur Friot (de Nancy) a été nommé officier d'Académie.

— Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Legueu et Regnauld.

— Le concours des chefs de clinique s'est terminé par les nominations suivantes :

Clinique médicale : M. Ménétrier. — Clinique des maladies des enfants : M. Martin de Gimard; chef adjoint, M. L. Guinon. — Clinique obstétricale : M. Potocki.

Hôpitaux de Rouen. — M. Derivaux vient d'être nommé pharmacien en chef des hôpitaux.

Concours sur l'organisation des secours a domicile. — Le Conseil municipal de Paris avait mis au concours le sujet suivant : De l'organisation des bureaux de bienfaisance, et du service médical et pharmaceutique pour le traitement des indigents.

La première place a été attribuée, *ex æquo*, à deux mémoires de MM. Nielly et Gory, licencié en droit.

La seconde place a été attribuée au docteur Balland.

La prime à partager également entre les auteurs des deux mémoires classés en première ligne s'élève à 1,200 francs. Une somme de 500 francs est attribuée à l'auteur du mémoire classé second. Les trois mémoires récompensés doivent être imprimés par les soins de l'Administration.

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.—Anorexie.— Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

SBIU 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. DUPLAY : Le mal perforant. — II. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — III. COURRIER.

Hôpital de la Charité. — Professeur DUPLAY.

Le mal perforant.

Messieurs,

Au n° 13 de la salle Trélat est couché un homme, âgé de 47 ans, exerçant la profession de tailleur, et qui est dans nos salles depuis le 24 juin.

En 1883, il y a par conséquent sept ans, il a remarqué à la face plantaire du pied droit, à son union avec le deuxième orteil, une petite ulcération entraînant une gêne médiocre et laissant écouler un liquide séro-sanguinolent peu abondant. L'ulcération augmenta peu à peu en largeur et surtout en profondeur les années suivantes et finit par atteindre l'os.

En 1887, il se produisit sur l'autre pied une ulcération exactement semblable située dans un point symétrique, c'est-à-dire au niveau du deuxième orteil gauche. Cette ulcération marcha moins rapidement et resta beaucoup moins profonde que l'autre.

L'année dernière, il survint des complications et le malade présenta une affection gangréneuse au pied gauche et une inflammation phlegmoneuse diffuse au pied droit. Il entra alors dans le service de M. Trélat : à droite, on lui fit des incisions, et, à gauche, on lui enleva la première phalange du gros orteil, qui était nécrosée. Le malade, allant mieux, put sortir et reprendre son travail, mais, dernièrement, les ulcérations le firent de nouveau beaucoup souffrir et nous dûmes de rechef l'admettre à l'hôpital.

En l'examinant, on constate à la face plantaire du pied droit une ulcération allant d'avant en arrière et bordée d'un amas épidermique considérable, d'une couche de cellules formant une sorte de corne. Cette ulcération laisse écouler un liquide peu abondant séro-purulent, teinté de temps à autre par quelques stries sanguinolentes. En l'explorant, on voit qu'elle a une profondeur considérable, car le stylet arrive directement sur les os. Il y a déviation d'une certaine étendue du deuxième métatarsien sans que l'on puisse fixer exactement cette étendue.

L'exploration reste absolument indolente et c'est là un fait important sur lequel nous reviendrons tout à l'heure.

A gauche, on trouve une ulcération arrondie, à bords calleux, située dans une position symétrique à celle du côté droit ; le fond de cette ulcération présente des bourgeons rosés, sans aucune tendance à la cicatrisation. La perte de substance est là beaucoup moins profonde et ne dépasse pas le tégument ; l'indolence est aussi absolue.

D'après cette description, il semblerait que le diagnostic est assez difficile. Cependant, pour beaucoup de chirurgiens, il suffit qu'il y ait une ulcération à la plante du pied pour qu'ils admettent l'existence d'un mal plan-

©BIU Santé

taire perforant. On a décrit sous ce nom toutes les ulcérations de la plante persistant plus ou moins longtemps; aussi est-on arrivé rapidement à une confusion extrême; car on rangeait sous le même titre les ulcères résultant de l'inflammation d'un cor et ceux développés à la suite des arthrites et des ostéo-arthrites relevant de la syphilis ou de la scrofule. Il faut bien savoir qu'il est nécessaire de réserver le nom de mal perforant plantaire à une ulcération accompagnée de troubles trophiques particuliers qui jouent le plus grand rôle dans la maladie. Ces troubles trophiques accompagnent toujours l'ulcération et font aussi bien partie de la maladie que cette ulcération elle-même.

Les altérations trophiques portent surtout sur la peau; elles ne sont pas limitées à la plante du pied et peuvent occuper toute son étendue et remonter plus ou moins haut sur la jambe. Chez un grand nombre de malades, il se produit des altérations très visibles de la peau. Chez les variqueux, par exemple, on observe une sorte d'eczéma chronique, sec, entraînant les changements de coloration et des altérations de sécrétion de l'épiderme. Chez notre malade, la moitié inférieure de la jambe et le pied sont atteints de cet eczéma. C'est surtout du côté de l'épiderme du pied qu'il faut chercher les troubles trophiques caractéristiques. Cependant la face dorsale de l'organe est aussi atteinte, et on y constate un état lisse et luisant de l'épiderme. A la face plantaire, l'hypersécrétion est considérable, et je vous ai déjà parlé de la couche cornée si épaisse qui entoure l'ulcération. Cela se voit chez tous les malades qui ont un mal perforant véritable.

Les productions épidermiques accessoires, comme les poils et les ongles, sont généralement très altérées. Il y a chute des poils de la face dorsale du pied et les ongles subissent toujours des altérations dans leur forme, leur épaisseur, leur direction, qui indiquent des troubles notables dans leur vitalité. Parfois on constate qu'ils sont très notablement amincis; d'autre fois, au contraire, ils s'épaississent beaucoup par suite de la formation de couches cornées, de lames qui s'accumulent les unes par dessus les autres et sont séparées par une striation transversale. Il y a aussi des changements dans la coloration de l'ongle qui devient jaunâtre ou brunâtre. Chez notre malade, on remarque la chute des poils de la face dorsale du pied et des altérations des ongles. C'est ainsi que l'ongle du gros orteil du pied gauche est épais, comme corné et parcouru par des stries profondes. Quelque-uns des ongles des autres orteils sont très amincis.

Parfois le malade ne présente pas d'autres signes. Mais souvent aussi on observe de grands changements du côté de la sécrétion de la sueur; cette dernière augmente dans des proportions considérables en même temps qu'elle prend une odeur spéciale fort désagréable. Chez certains malades, au contraire, la sécrétion sudorale se supprime complètement.

Tous ces troubles trophiques sont très importants, ainsi que vous pouvez le voir, et ce n'est que lorsqu'ils existent en même temps que l'ulcération que l'on peut dire qu'il y a eu mal perforant véritable.

Mais ce n'est pas tout. Il y a aussi des altérations très accentuées de la sensibilité, qui est abolie dans une étendue plus ou moins grande du membre inférieur qui présente des ulcérations. Chez quelques malades, la perte de sensibilité remonte presque jusqu'à la moitié de la jambe, mais, le plus habituellement, on ne peut la constater qu'au pied, et encore y a-t-il de grandes variétés selon les cas. Je vous ai déjà dit que l'ulcération de la

©BIU Santé

face plantaire était insensible, et cette insensibilité a été remarquée par les premières observations.

Le plus souvent la sensibilité est normale à la face dorsale et à la plus grande partie de la face plantaire en dehors de l'ulcération. Cependant, si l'on cherche soigneusement, on trouve en dehors, et même assez loin d'elle dans la majorité des cas, une zone plus ou moins étendue où l'on constate aussi une insensibilité complète. Cette zone suit un trajet nerveux : celui de la branche collatérale d'un nerf plantaire, par exemple. Chez notre malade, à droite, la jambe, la face dorsale et la plus grande partie de la face plantaire ont une sensibilité normale; mais, en dehors de l'ulcération, on trouve à la base du gros orteil une zone insensible qui a à peu près le diamètre d'une pièce de 2 francs; sur l'autre pied on constate des zones d'insensibilité réparties de la même manière. Chez notre malade, la sensibilité thermique est aussi diminuée non plus seulement autour de l'ulcération, mais sur le pied et la partie inférieure de la jambe.

Les troubles trophiques qui accompagnent les altérations de la sensibilité que nous venons de décrire ne se montrent pas seulement à la peau, mais existent aussi dans les parties profondes et atteignent, ainsi qu'il est facile de le constater en examinant l'ulcération, le tissu cellulaire, les muscles, les articulations et les os.

Le tissu cellulaire sous-cutané perd de son épaisseur et tend à se scléroser; il semble que les os reposent directement sur la peau par suite de la disparition du coussinet cellulo-adipeux tout spécial qui existe à la plante du pied et qui a pour but de faciliter la marche. Les parties plus profondes sont aussi atteintes; il y a non seulement des ostéites, des ostéo-arthrites qui se développent au niveau de l'ulcération et qui résultent de sa marche vers les parties profondes, mais aussi des altérations des os et des articulations situées assez loin de la perte de substance. Chez notre malade, nous observons une nécrose du deuxième métatarsien dont une petite partie seulement répond à l'ulcère; il y a de plus, chez lui, une ostéite des articulations des phalanges des orteils et des articulations métatarso-phalangiennes; ces ostéites conduisent à l'ankylose, qui peut se produire aussi dans les autres articulations du pied.

C'est seulement, je le répète encore, quand on trouve réunis à la fois les troubles trophiques superficiels et les altérations profondes que je viens de décrire que l'on peut admettre l'existence d'un mal plantaire perforant; autrement, il s'agit d'une ulcération d'une nature différente et d'une pathogénie très variable.

Je suis le premier à avoir démontré l'altération spéciale qui entraîne les manifestations secondaires dont je viens de vous parler. En 1873, avec Morat, je montrai que la lésion capitale était une lésion nerveuse, une dégénération des filets terminaux des nerfs. Cette lésion, qui se limite parfois au voisinage de l'ulcération, présente, dans d'autres cas, une extension considérable; elle va quelquefois jusqu'à la racine du membre. Sous son influence, on voit se produire les altérations de tous les tissus constituant le pied, et plus particulièrement de ceux de la face plantaire. Alors, on constate la sclérose du derme, la disparition du tissu cellulaire, qui tend aussi à se scléroser, et des ostéites condensantes se produisant parfois très loin de l'ulcération et aboutissant à la fusion osseuse. Chez notre malade, il est possible que les os du tarse soient atteints; une fois, il y a longtemps, en faisant une amputation de Lisfranc pour un mal perforant, je vins butter

©BIU Santé

sur une surface osseuse au niveau de l'articulation du premier cunéiforme; je pus annoncer qu'il y avait une disparition de l'articulation et l'examen de la pièce vint le démontrer.

Il est très important de savoir que les vaisseaux participent aux altérations des différents tissus : les artères présentent de la sclérose de leurs parois, de l'épaississement de la tunique interne, et ces différentes lésions amènent quelquefois l'oblitération complète du conduit vasculaire ; aussi est-il assez fréquent d'observer, comme complication, des gangrènes partielles ; notre malade a eu des plaques de sphacèle sur le pied gauche et on peut admettre qu'il présente des altérations artérielles, bien que, chez lui, il y ait, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, une autre cause de gangrène.

La démonstration de l'origine nerveuse du mal perforant vrai a été faite par des expériences poursuivies chez les animaux, ainsi que par quelques rares faits cliniques observés chez l'homme. M. Laborde a remarqué que chez des chiens, à la suite de la section du sciatique, il se produisait rapidement à la face inférieure de la patte une ulcération offrant tous les caractères du mal perforant. Chez l'homme, certains accidents ont pour ainsi dire réalisé une expérience physiologique. J'ai cité des cas où le nerf sciatique avait été coupé par une balle et d'autres où, pour des altérations diverses, on avait fait sa résection ; chez tous ces malades, il se développa des ulcérations revêtant absolument l'aspect du mal perforant plantaire. Le hasard a conduit dans nos salles un malade qui a subi une opération sur le nerf sciatique. C'est un homme de 53 ans, couché, 13, salle Velpeau, qui a été opéré il y a six ans, par moi, d'un névrome du sciatique poplité externe siégeant à peu près au niveau du creux poplité. L'altération était très étendue, et non seulement j'ai dû réséquer une assez grande longueur du nerf, mais il me fut impossible de songer à faire la suture. En dehors d'un grand nombre de symptômes divers sur lesquels je ne veux pas insister ici, il se produisit rapidement, chez mon opéré, une ulcération profonde siégeant au bord externe du talon ; actuellement, il a tous les troubles trophiques qui accompagnent le mal perforant vrai, notamment l'accumulation de nombreuses couches épidermiques autour de l'ulcère. Tous ces faits me semblent démontrer d'une façon absolument nette la réalité de l'origine nerveuse de l'ulcération qui nous occupe.

Mais, la lésion nerveuse une fois admise, quelle en est la cause primordiale? Assez souvent, il existe une lésion centrale ; dans certaines lésions de la moelle, dans l'ataxie surtout, il est assez fréquent de voir le mal perforant. Dans ces cas, la névrite périphérique des membres inférieurs se développe à la suite de l'altération des centres. Chez notre malade, nous avons cherché le tabès ; bien que, chez lui, nous n'ayons pas constaté les accidents les plus marquants de cette affection, il présente cependant un certain nombre de signes qu'il faut relever soigneusement ; c'est d'abord l'abolition absolue du réflexe rotulien, puis une diminution de l'acuité visuelle, assez marquée depuis deux ans. Enfin, sans que l'on en sache exactement la cause, il présente une atrophie considérable des interosseux de la main droite et des troubles de la sensibilité très nets dans les deux derniers doigts du même côté ; ces symptômes dépendent manifestement d'une lésion du nerf cubital.

Cet ensemble de signes nous permet de supposer que, chez notre malade, il y a une lésion centrale.

BIU Santé

On a aussi indiqué comme cause le diabète, et j'ai vu, en effet, dans un certain nombre de cas, la coïncidence des deux affections. M. Kirmisson, il y a quelques années, a publié un petit mémoire où il rapportait quatre observations de maux perforants chez des diabétiques. Il faut donc admettre la réalité du fait, bien qu'on ne puisse guère se l'expliquer. Notre malade est diabétique, il a, à certains moments, rendu 22 grammes de sucre et a, de plus, une polyurie notable. Je vous ai parlé des gangrènes qui pouvaient se produire dans le mal perforant; vous savez qu'elles sont aussi très fréquentes dans le diabète, mais que l'on ignore encore leur mécanisme intime.

Dans bien des cas, il n'y a pas de lésion centrale, pas de diabète, pas d'état diathésique quelconque qui puisse expliquer la dégénération des filets nerveux. Deux faits assez singuliers peuvent alors contribuer à expliquer le développement des troubles trophiques qui caractérisent le mal perforant plantaire vrai.

En premier lieu, tous les chirurgiens vous diront que, sauf les cas où il y a du diabète ou de l'ataxie, la maladie est très rare dans les hautes classes de la société. Elle se rencontre spécialement chez les gens d'une classe inférieure et frappe de préférence certaines professions. C'est ainsi que les malades qui en sont atteints marchent beaucoup et portent des chaussures dures, mal faites, sans prendre aucun soin de leurs pieds; les rouliers paraissent être atteints très fréquemment.

En second lieu, les malades qui ont eu des gelures, c'est-à-dire un refroidissement intense du pied, la gangrène étant mise à part, sont pour ainsi dire voués au mal plantaire perforant. Lorsque je m'occupais de cette question, un malade qui venait d'avoir une gelure succomba à une fluxion de poitrine; or, en faisant l'examen des nerfs du membre inférieur, je trouvai des lésions dégénératives absolument semblables à celles qui existent lorsque l'ulcération s'est produite.

En rapprochant ces faits, on doit se demander si les contusions multiples ne peuvent pas donner lieu à une sorte de névrite périphérique analogue à celle qui se produit sous l'influence du froid.

J'ai très peu à vous dire du pronostic et du traitement. Etant donnée la cause de l'affection, vous comprendrez que, si elle peut s'améliorer, elle ne peut guère guérir. Au repos, l'ulcération tend à se combler, mais sitôt que le malade marche, elle se reproduit avec la plus grande facilité. De plus, en dehors des arthrites, des ostéo-arthrites, des ankyloses, il peut se produire diverses complications : ce sont des gangrènes, avec ou sans diabète, et des sortes de phlegmons diffus. Cependant, bien que ces derniers présentent souvent une apparence de gravité extrême, il suffit parfois de placer le membre dans une position élevée pour les voir disparaître. Peut-être l'affection, au début, pourrait-elle s'amender ou même guérir. En effet, M. Morat, dans des nerfs très atteints, a trouvé des fibres nouvelles qui s'étaient régénérées; en réalité, on ne peut guère compter sur cette éventualité favorable. Le traitement de l'ulcération est simple, le repos en est la base; il suffit quelquefois pour mener à la formation d'une cicatrice, il est vrai très mince. Il faudra, en même temps que l'on mettra le malade au lit, abraser avec grand soin les couches cutanées qui entourent l'ulcère et appliquer ensuite des pansements humides.

Les complications n'offrent rien de bien spécial dans leur traitement, mais ce que vous devez bien savoir, c'est que, d'une façon générale, il faut

©BIU Santé

intervenir le moins possible, car souvent, lorsqu'on a amputé, on voit les ulcérations se reproduire rapidement un peu plus loin. Dans un cas où j'avais cru devoir faire un Lisfranc, j'ai vu, le malade étant encore au lit, une ulcération se développer à la surface du lambeau qui, comme vous le savez, était devenu la face dorsale du moignon. Il ne faut donc intervenir qu'à la dernière extrémité et n'enlever les séquestres que lorsqu'ils sont très mobiles.

Enfin, je ne serais pas éloigné de recourir à l'électricité; on l'a déjà employée sans grand succès, mais, maintenant, la technique s'est tellement perfectionnée qu'il y aurait lieu de faire de nouvelles tentatives.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

De la crâniectomie dans la microcéphalie (1). — M. Lannelongue communique la note suivante :

Je ne veux invoquer, au début de ce travail, ni des raisons de théorie pure, ni les enseignements de la physiologie ou de la clinique, pour justifier une opération dont l'entreprise a été suivie des plus heureux effets. Il me paraît préférable de faire connaître tout d'abord l'état du jeune sujet chez qui la tentative a eu lieu le 9 mai 1890.

C'est une petite fille, âgée de 4 ans, offrant les déformations crâniennes et les signes de la microcéphalie sous sa forme grave. Elle est née à terme, sans aucun accident, d'un père âgé de 38 ans, et d'une mère âgée de 35 ans, tous deux exempts de défectuosités physiques, et jouissant d'une bonne santé. On ne trouve aucune influence héréditaire pour expliquer l'état de cette fillette qui a cinq frères ou sœurs tous bien portants. La mère raconte que sa petite fille a toujours été beaucoup plus en retard que les autres. Jusqu'à trois ans, elle n'a pris que des aliments liquides; elle n'a jamais marché et elle ne se tient même pas debout. Depuis quelques semaines seulement, on lui fait balbutier quelques syllabes, toujours les mêmes. La salive s'écoule hors de la bouche, comme chez le nouveau-né.

Les apparences de cette fillette sont celles d'un enfant de deux ans, imparfaitement développé; elle est toute petite, chétive, et, quoique ses yeux soient brillants et très mobiles, elle ne paraît pas s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle et on ne parvient pas à captiver son attention. On la voit dans son lit pousser continuellement des cris inarticulés et balbutier des monosyllabes en s'agitant sans cesse et sans but.

Le corps tout entier est grêle dans toutes les dimensions; la taille est de 77 centimètres, la circonférence du thorax mesure 45 centimètres au niveau des mamelons; la charpente osseuse des membres est petite, les extrémités sont longues et effilées.

Lorsqu'on met l'enfant debout, elle tombe immédiatement et de tout son poids lorsqu'on cesse de la maintenir; si on veut la faire marcher, en la soutenant par les bras, on n'y parvient pas; mais les membres inférieurs s'agitent alors en exécutant des mouvements désordonnés et très précipités, toujours dans le même sens. Il n'y a, en effet, aucun déplacement antéro-postérieur du tronc et il faut la porter pour la faire aller en avant; mais l'enfant soutenue lève et abaisse alternativement les membres inférieurs avec une extrême rapidité et en piétinant sur place; cesse-t-on de la soutenir, elle s'affaisse immédiatement.

On ne constate chez ce bébé ni contractures, ni paralysies; la sensibilité générale paraît normale; les réflexes ne sont pas augmentés, il n'y a pas de trépidation épileptoïde.

La tête de cette enfant, d'un très petit volume, présente en outre une déformation remarquable. Le crâne est étroit, très aplati transversalement, saillant sur le vertex; c'est le type du genre scaphoïdien.

(1) Je me sers du mot *crâniectomie* qui n'a pas, je crois, encore été employé, le trouvant plus conforme à l'opération dont il s'agit que le mot trépanation.

©BIU Santé

La face présente un prognathisme assez accusé : elle est amincie en travers; le nez est développé et aquilin; le front est fuyant et très étroit. De tous les diamètres crâniens, un seul se rapproche de l'état normal : c'est l'antéro-postérieur ou occipito-frontal qui mesure 155 millimètres. Les autres, très amoindris, atteignent : le bi-pariétal, 199 mm.; le bi-auriculaire, 105 mm.; le bi-frontal, 86 mm.

Telle est la jeune personne, vrai type de microcéphalie avec idiotie, confiée accidentellement à mes soins. Je n'eusse certainement pas songé à intervenir sur elle, d'une façon quelconque, si je n'avais pas eu précédemment, au mois de mars 1890, l'occasion de faire l'autopsie d'un cas semblable provenant du service de mon collègue, M. Legroux. Mais avant d'en parler, qu'il me soit permis de rappeler les courants d'opinion qui existent actuellement sur cette question obscure de la microcéphalie.

Attribuant une importance prépondérante au crâne, Virchow crut devoir rapporter à une ossification prématurée des sutures la cause de l'arrêt de développement de cet organe. Le crâne fermé, sa capacité était désormais limitée, et l'évolution cérébrale, se trouvant entravée, était, elle aussi, frappée pour toujours d'un arrêt de développement. Doctrine séduisante, paraissant expliquer à merveille certaines déformations particulières du crâne, mais qui devait plier devant les faits et ne rester qu'à titre d'exception. C. Vogt (1), Broca (2), Montané (3), etc., présentaient d'abord des exemples peu nombreux, il est vrai, mais probants, établissant que les sutures sont constamment fibro-cartilagineuses, chez les jeunes microcéphales, et ce n'est qu'entre vingt et quarante ans qu'on observe une ossification prématurée portant exclusivement sur les sutures sagittale et squammeuse; dans la moitié des cas (Montané), quatre fois sur sept (Vogt).

Mais ces auteurs ont remarqué, avec beaucoup d'autres observateurs, et le fait demande à être relevé, que les sutures sont serrées normalement chez eux en même temps que les fontanelles sont elles-mêmes très rétrécies à la naissance.

Du moment que l'ossification prématurée des sutures n'était plus la règle, on devait penser, et P. Broca fut un défenseur convaincu de cette opinion, que la microcéphalie provenait d'un arrêt portant originellement sur le cerveau et non point sur le crâne. C'est le cerveau qui serait, en somme, l'organe essentiel du développement crânien, qui le commande, alors que celui-ci ne fait que le suivre en s'adaptant à sa forme.

La nouvelle doctrine n'est pas une hypothèse : Baillarger, Vogt, Broca, Ducatte (4), Bourneville (5), etc., ont décrit avec soin le cerveau des microcéphales qu'ils ont observés : ils ont enregistré l'apparence normale du cerveau, dont la forme, les dimensions, sont seulement rudimentaires et plus exiguës : les circonvolutions sont aplaties, plus unies, quelques-unes sont atrophiées et anormales : les espaces qui les séparent sont agrandis. Mais, en même temps qu'on produisait des faits pouvant faire croire que la microcéphalie était un retour atavique vers les Primates, des données d'un autre ordre montraient la question sous un point de vue différent; on avait depuis longtemps constaté une hydropisie ventriculaire ou méningée dans certains cerveaux de microcéphales; dans ces derniers temps, des études encore incomplètes, mais en cours d'élaboration, ont fait voir qu'il y a des altérations cérébrales proprement dites, des scléroses limitées ou diffuses, en voie d'évolution, Bourneville (6), Hill (7), Hutchinson (8), en ont cité des exemples.

(1) Vogt : *Mémoire sur les microcéphales ou hommes-singes*, Genève, Bâle, 1867.

(2) P. Broca : *Sur un cas excessif de microcéphalie*, Bull. Soc. anthropologique, Paris, 1876, 2e série, 2, XI, p. 85, et *Sur un microcéphale âgé de 2 ans et demi*, *ibid.*, 1880, 3e série, 2, III, p. 387.

(3) Baillarger : *Ossification précoce chez les microcéphales*, Bull. Acad. méd., Paris, 1855-1856, t. XXI, p. 954.

(4) Ducatte : *La Microcéphalie au point de vue de l'atavisme*, thèse, Paris, 1880.

(5) Bourneville et Wuillamié : *Note sur deux cas de microcéphalie*, Bull. Soc. anat., 1881, 4e série, 2, VI, p. 756.

(6) Bourneville : Bull. Soc. anat., 1881, 4e série, t. VI.

(7) Hill : *The anatomy of hydromicrocephalous brain*, J. anat. and phys., London, 1884-85.

(8) Hutchinson : *Brit. méd.*, 7, 2, XIX, p. 363, London, 1886, 2, I, p. 1018.

©BIU Santé

Elles coïncident d'habitude avec des altérations notables des parois osseuses du crâne, telles que l'hyper-ostose, une irrégularité d'épaisseur, un amincissement de cette paroi, des sutures plus serrées, des fontanelles anormalement rétrécies.

La microcéphalie ne représente plus, en réalité, un type clinique exclusif, elle correspond à des variétés propres par la nature des altérations primitives qui l'engendrent. Mais la question, présentée sous cette forme, est encore à l'étude et, en attendant que des notions plus précises l'aient éclairée, on doit se borner à admettre que le cerveau est d'habitude plus ou moins atteint et que le crâne offre des altérations d'une époque contemporaine ou postérieure.

Dans ces conditions, j'ai pensé qu'on pouvait peut-être modifier une évolution cérébrale compromise ou retardée et chercher à lui donner un nouvel essort, en écartant, dans une certaine mesure, la résistance du crâne, principalement dans la région où le cerveau possède les centres qui exercent la plus grande influence sur la vie de relation.

Les résultats obtenus sont assez significatifs dès à présent pour qu'il soit utile de les divulguer avec le procédé opératoire suivi.

Le crâne a été ouvert, non pas à la manière des trépanations ordinaires, mais dans un lieu d'élection, le long de la suture sagittale, et on pourrait prolonger le débridement crânien, le long des sutures voisines ou au delà de la suture frontale. Je pratiquai donc, sur ma malade, à un travers de doigt de la ligne médiane, une longue et étroite ouverture crânienne, parallèle à la suture sagittale et partant de la suture frontale pour pour aboutir à la suture occipitale. En un mot, je fis au côté gauche du crâne, qui était d'ailleurs notablement plus déprimé que du côté droit, une brèche, c'est-à-dire une perte de substance de neuf centimètres de longueur et de six millimètres en travers. On pratique aisément la tranchée dans les os, une fois qu'on a enlevé avec le trépan une petite rondelle, en se servant de pinces coupantes solides, fabriquées par M. Collin.

La dure-mère ne fut intéressée en aucun point et l'hémorrhagie des parties molles ayant été immédiatement arrêtée, il n'y eut pas, à proprement parler, d'écoulement sanguin par les canaux veineux du diploé, ni par les artères méningées.

On procéda ensuite à une réunion exacte de toute la plaie, sans drainage, en évitant de ramener le périoste au devant de la fissure osseuse. On jugea utile également, durant le cours de l'opération, de ne pas placer la plaie des téguments immédiatement au-dessus de la rigole osseuse, mais en dehors d'elle.

La cicatrisation fut obtenue en quelques jours, sans traces de pus, et la température ne dépassa jamais l'état normal.

Il convient de dire qu'il s'écoula, pendant l'opération, un liquide séreux, sortant en très fines gouttelettes de la surface de la dure-mère; le même suintement a continué sous le premier pansement, pendant quatre à cinq jours. Ce fait me fit hésiter et faillit me déterminer à inciser la dure-mère.

Un nouveau cas de microcéphalie s'étant présenté à nous a été l'objet d'une seconde opération de crâniectomie le 20 juin; elle a été pratiquée avec le concours de M. Poirier, chef des travaux anatomiques de la Faculté, et le manuel opératoire a été un peu modifié. Le sujet est un type d'idiotie plus accentué que le précédent. Le projet opératoire devait consister à débrider en plus le frontal du côté gauche, en même temps que le pariétal du même côté. Ces deux débridements pratiqués exactement comme chez Valentine Plossard, il restait entre eux un pont correspondant à la suture fronto-pariétale; mon collègue, M. Poirier, me décida à le faire sauter et la chose eut lieu sans ouvrir la dure-mère. La perte de substance de la paroi osseuse du crâne mesurait, dans ce cas, quatorze centimètres de longueur. Les suites immédiates de l'opération ont été des plus simples, c'est-à-dire sans réaction fébrile et sans suppuration.

La crâniectomie a été faite chez mon premier sujet le 9 mai et, à la date du 15 juin, on a constaté des résultats que je me suis refusé à consigner moi-même, laissant ce soin à mon interne, M. Dupré; les élèves du service et des médecins étrangers ont pu et peuvent encore les contrôler.

« L'état de Valentine Plossard, dit M. Dupré, a beaucoup changé et s'est notablement « amélioré depuis l'opération qu'elle a subie. L'enfant est beaucoup plus calme. Les cris « presque incessants qu'elle poussait ont cessé dès le lendemain de l'opération. Elle

©BIU Santé

« paraît s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle, joue, rit et semble très heureuse « qu'on s'occupe d'elle. Elle comprend, essaie de parler et prononce quelques mots.

« Aujourd'hui, elle se tient debout, toute seule, sans qu'on la soutienne. Elle ne piétine « plus sur place, elle marche et fait des pas très réguliers, en titubant un peu quand « elle se presse, comme tous les enfants qui commencent à marcher. A ce point de « vue surtout, les progrès sont réels et l'amélioration indiscutable.

« Enfin, elle ne bave plus; ses sécrétions nasales sont normales.

« En somme, les phénomènes d'excitation cérébrale caractérisés par les cris inces- « sants et par la trépidation des membres inférieurs dans la station verticale, l'enfant « étant soutenu, ont complètement disparu.

« Le développement de l'intelligence paraît se faire progressivement, et en tenant « compte de l'éducation que l'enfant reçoit dans la salle, il est incontestable qu'elle a fait « des progrès rapides et réels depuis l'opération. L'enfant aujourd'hui mange à table.

« L'état local est parfait, la cicatrice est mobile et non adhérente. On sent un peu en « dehors d'elle une dépression linéaire peu profonde et étroite, correspondant à la « perte de substance de la boîte crânienne. »

Il est à remarquer que, quelle que soit l'influence exercée par l'acte opératoire, une part du résultat doit être attribuée à l'éducation de l'enfant. C'est la seconde partie du traitement, et elle en est le complément nécessaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juillet. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Ténotomie pour le torticolis musculaire. — Traitement des salpingo-ovarites.

M. Jalaguier rapporte les résultats qu'il a obtenus par les *ténotomies* du muscle sterno-cléido-mastoïdien qu'il a faites récemment.

Deux fois il a pu ne couper que le chef sternal; il a fallu dans les autres cas sectionner les deux faisceaux, pour pouvoir obtenir le redressement. Cinq fois, il a employé la méthode sous-cutanée. Une seule fois, il a commencé à opérer de la même façon et a dû terminer à ciel ouvert, la déviation étant impossible à faire disparaître autrement. Il s'agissait d'une enfant de 15 mois que M. Jalaguier a pu revoir quelque temps après la guérison. Le résultat fonctionnel était bon, malheureusement il s'était produit une très large cicatrice.

Dans tous les autres cas, M. Jalaguier a trouvé l'opération très facile à faire et jamais il n'a eu d'accidents à déplorer. Il faut d'abord isoler le tendon avec le doigt et couper ensuite de la superficie sur la profondeur en se servant d'un ténotome bien affilé; la section dans le sens contraire peut être dangereuse. La blessure des vaisseaux est bien plus rare qu'on ne l'a dit; il est facile de s'en tenir à distance en sectionnant à 1 centimètre au-dessous de la clavicule.

Il est évident qu'il y a des cas particuliers où la ténotomie à ciel ouvert est spécialement indiquée. Ces cas mis de côté, on aurait tort d'abandonner l'opération de Volkmann, qui ne laisse pas de cicatrice visible. On devra toujours, du reste, commencer par cette méthode, quitte, si l'on ne réussit pas, à terminer à ciel ouvert.

Les appareils de Sayre sont excellents. Il faut les enlever vers le quinzième jour et compléter la guérison par les manipulations et le massage.

M. Lucas-Championnière est, au contraire, un chaud partisan de la ténotomie à ciel ouvert, ainsi que l'on peut s'en assurer en lisant son Manuel de chirurgie antiseptique. La méthode sous-cutanée n'a pour ainsi dire plus de raison d'être, car l'autre procédé, exécuté suivant les règles de l'antisepsie, n'offre de dangers d'aucun genre. La ténotomie sous-cutanée n'a pas plus de raison d'être pour les torticolis que pour les pieds-bots. Les résultats sont bien plus parfaits quand on opère à ciel ouvert. Du reste, quelle que soit l'habileté du chirurgien qui fait la ténotomie sous-cutanée, il est bien difficile d'être toujours sûr de ne pas blesser de vaisseaux, ce qui entraîne des épanchements sanguins considérables.

©BIU Santé

M. Lucas-Championnière ne s'explique pas que l'on défende encore la méthode sous-cutanée.

M. Berger est le premier à reconnaître que la ténotomie à ciel ouvert n'offre aucun danger, si l'on a soin de faire une opération strictement antiseptique. Malheureusement, cette opération, si antiseptique qu'elle soit, est toujours suivie du développement d'une cicatrice. Cette dernière est très désagréable sur le cou d'une jeune fille, et on ne manque pas de la reprocher au chirurgien. C'est simplement à cause de la crainte de la cicatrice que M. Berger préfère encore la méthode sous-cutanée, et il cite à l'appui un cas de Velpeau.

M. Lucas-Championnière fait remarquer qu'il ne faut pas comparer les cicatrices qu'obtenait Velpeau avec celles que l'on obtient aujourd'hui. Du temps de Velpeau, les plaies suppuraient; actuellement, on sait les réunir par première intention, et les cicatrices sont beaucoup moins visibles.

Pour M. Kirmisson, il faut certainement tenir compte de la possibilité de la cicatrice ultérieure. Cependant, la ténotomie à ciel ouvert peut seule, dans beaucoup de circonstances, détruire exactement toutes les expansions fibreuses dont la rétraction entraîne la déviation de la tête. D'autre part, le ténotome, cheminant à l'aveugle, est certainement exposé à blesser les gros vaisseaux de la région, et M. Segond, récemment, a eu à opérer un cas difficile qui lui a causé de grandes inquiétudes. En résumé, bien que la ténotomie sous-cutanée soit encore à conseiller dans des cas particuliers, celle à ciel ouvert doit être regardée comme constituant un réel progrès et donne des résultats nets et rapides.

M. Berger fait remarquer que les cas simples sont en plus grand nombre qu'on ne le croit.

M. Quénu a fait, il y a huit jours, une ténotomie à ciel ouvert, chez un enfant de 2 ans 1/2, pour un torticolis déjà développé depuis longtemps. L'incision de la peau au-dessus de la clavicule le conduisit sur des faisceaux fibreux très gros qui entouraient le faisceau claviculaire, accroissaient le volume et la largeur du tendon. La section de ces parties ne permit pas le redressement, il fallut couper le chef sternal, volumineux aussi. A ce moment, M. Quénu ouvrit une assez grosse veine qui donna beaucoup de sang; l'hémorrhagie fut rapidement arrêtée par une ligature et les choses marchèrent ensuite régulièrement. S'il avait opéré par la méthode sous-cutanée, le même accident serait arrivé et il y aurait eu une hémorrhagie grave, car il n'aurait pu voir le vaisseau et y arriver facilement.

M. Bouilly distingue, dans les collections purulentes se développant dans la région utérine, un certain nombre de variétés. Il laisse de côté celles qui relèvent d'une suppuration des ligaments larges, de la péritonite enkystée du cul-de-sac de Douglas, des hématocèles péri-utérines; celles dont il veut s'occuper se développent souvent assez lentement et résultent de la suppuration de la trompe et de l'ovaire. Leurs caractères cliniques sont bien connus et ont été décrits nombre de fois. Il se forme des poches remplies de pus donnant lieu à des tumeurs fluctuantes situées dans une position très élevée, bien au-dessus des culs-de-sac vaginaux; cette position élevée est très importante et force à rechercher les tumeurs avec grand soin, car elles ne bombent pas au fond du vagin. M. Bouilly a traité ces tumeurs non par la laparotomie, mais par l'incision vaginale. Il rapporte les observations de six cas.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme qui présentait dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction dure, un peu vague, assez douloureuse. L'état général était mauvais. L'exploration vaginale ne lui donnant que peu de renseignements, M. Bouilly fit une laparotomie qui resta forcément exploratrice; en effet, les adhérences des parties les unes avec les autres étaient si intimes qu'il ne put songer à enlever les annexes par la voie sus-pubienne. Quelques mois plus tard, la tumeur était devenue nettement fluctuante et une ponction vaginale permit de s'assurer de la présence du pus. L'ouverture de la ponction fut alors agrandie au thermo-cautère et la cavité lavée et drainée. Il y eut une hémorrhagie secondaire considérable qu'il fallut tamponner,

©BIU Santé

puis la guérison survint sans autre complication. L'hémorrhagie avait été le résultat de la chute d'une eschare tenant à l'action du thermo-cautère.

La deuxième malade de M. Bouilly avait, outre une collection tubo-ovarique gauche, un corps fibreux intra-utérin; des hémorrhagies abondantes avaient entraîné un épuisement complet. L'ouverture par le vagin amena la guérison complète.

Dans le troisième cas la malade, jeune femme de 31 ans, avait des métrorrhagies très abondantes et des pertes muco-purulentes. M. Bouilly constata l'existence d'une salpingo-ovarite avec endométrite. Il fit le curettage avec les précautions antiseptiques d'usage et n'eut pas à s'en féliciter, car l'opération fut suivie d'accidents inflammatoires qui apparurent du côté non suppuré, en même temps qu'il y avait de vives douleurs de l'autre côté. Il dut inciser la collection par le vagin et la drainer.

Une autre fois la malade avait une salpingo-ovarite double suppurée d'un seul côté; le côté une fois opéré, les accidents disparurent rapidement; mais il se fit alors dans l'ovaire et la trompe opposés une poussée inflammatoire assez longue à guérir.

Le cinquième cas se rapporte à une dame mariée depuis peu de temps, qui eut des accidents très violents du côté du péritoine; il se forma un abcès qui s'ouvrit dans le rectum, et, en même temps, l'état général était très mauvais ; il y eut des phénomènes de septicémie et une collection tubo-ovarienne se forma à gauche. On recourut à l'incision vaginale avec lavage et drainage. Actuellement il persiste une fistule.

Le dernier cas concerne une jeune femme souffrant depuis longtemps de divers symptômes de tubo-ovarite; cette dernière prit une marche rapide à la suite d'un long voyage. Le traitement habituel amena rapidement une guérison complète.

M. Bouilly ne pense pas qu'il y ait lieu d'appliquer à tous les cas le traitement qu'il a employé dans les observations ci-dessus. Il faut, pour qu'il soit justifié, que l'état de la malade soit grave, que l'on puisse atteindre la collection purulente par la voie vaginale, qu'il y ait une poche unique et large facile à ouvrir par l'incision, que la collection soit bien isolée, enfin que les lésions ne soient pas bilatérales ; dans ce dernier cas, il vaudrait mieux faire l'ablation des annexes.

Le manuel opératoire se rapproche de celui que l'on emploie dans les abcès pelviens qui pointent du côté du vagin. La malade une fois endormie, on fait déprimer la paroi abdominale de manière à faire descendre la collection qui est élevée. Puis après avoir placé une valve de Sims sur la paroi postérieure du vagin, on enfonce un trocart dans le cul-de-sac postérieur; on le laisse en place pour guider, on agrandit l'ouverture à l'aide d'un bistouri, et on dilate l'incision avec une longue pince. Il faut ensuite pratiquer des lavages jusqu'à ce que le liquide sorte clair, drainer et appliquer un tampon antiseptique. La guérison définitive survient ordinairement en dix-huit ou vingt jours et il ne reste qu'un petit cordon induré.

M. Polaillon rappelle que M. Laroyenne a préconisé un mode de traitement analogue pour les salpingites. Il se sert d'un perforateur spécial ressemblant à un lithotome avec lequel il ponctionne et ouvre les collections. Il a obtenu des succès, tandis que M. Polaillon a observé une fistule consécutive. Probablement il s'agissait d'une poche multiple. Le traitement doit être réservé à des collections uniques, à parois molles et flasques.

M. Routier a opéré de cette manière une malade qui avait, à gauche, une tumeur fluctuante, et, à droite, des douleurs.

M. Reclus pense que, même quand il reste une fistule, l'état général se relève. L'hémorrhagie est redoutable.

Dans ce cas, M. Quénu a eu une fistule qui a persisté très longtemps. C'est aussi ce qui est arrivé à M. Monod.

— M. Routier présente une dent canine qui était inclinée dans un kyste dentaire opéré. L'autre canine n'est pas visible, mais il n'y a pas de kyste de ce côté.

©BIU Santé

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté de médecine de Paris vient de procéder à la présentation des candidats aux deux chaires vacantes de médecine opératoire et de clinique chirurgicale.

Ont été présentés : 1° pour la chaire de médecine opératoire, en première ligne, M. Tillaux par 29 voix et 1 bulletin blanc ; en deuxième ligne, M. Paul Berger par 29 voix et 1 bulletin blanc; en troisième ligne, M. Monod par 18 voix contre 12 à M. Terrillon.

2° Pour la chaire de clinique chirurgicale, en première ligne, M. Le Dentu par 22 voix contre 7 à M. Terrier et 1 bulletin blanc ; en deuxième ligne, M. Terrier par 22 voix contre 7 à M. Nicaise ; en troisième, M. Nicaise.

Concours du Bureau central (médecine). — Voici la liste des candidats déclarés admissibles au Bureau central (médecine) :

MM. Bourcy, Duplaix, Galliard, Gilles de la Tourette, Havage, Le Gendre, Mathieu, Robert, Richardière, Thibierge.

Etaient *ex æquo* par leur points avec les deux derniers admissibles :

MM. Duflocq, Gallois, Lermoyer, OEttinger, Widal.

Une Faculté de médecine à Marseille. — Dans sa séance de jeudi, le Conseil des ministres a commencé à étudier les propositions qui ont été faites au gouvernement, relativement à la création d'une Faculté de médecine à Marseille ; le Conseil n'a pris à ce sujet aucune décision et a renvoyé la fin de son étude à une séance ultérieure.

Hôpital français à Londres. — Le nouvel hôpital français de Londres, a été inauguré officiellement, jeudi dernier, par l'ambassadeur français.

Nomination. — M. le docteur P. Givre (de Lyon) vient d'être nommé membre titulaire de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

Nécrologie. — Mardi dernier, M. le Président de l'Académie de médecine a annoncé la mort de M. Arm. Goubaux, ancien directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de médecine (section de médecine vétérinaire), décédé à l'âge de 70 ans.

Ancien élève des plus distingués de l'Ecole d'Alfort, M. Goubaux est l'auteur d'un grand nombre de travaux spéciaux fort appréciés : « Expériences sur les injections de perchlorure de fer dans les artères » (Académie des sciences, 1854). — « Mémoire sur la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques », en collaboration avec Follin (prix de l'Académie des sciences, 1856), in Mémoire de la Société de biologie, 1856. — « Torsion du vagin et de l'utérus chez les femelles de l'espèce bovine (Société central d'agriculture de France, 1859). — « Recherches expérimentales sur les embolies du système vasculaire du poumon », en collaboration avec M. Colin (Académie de médecine, 1863), etc., etc.

A céder, bonne clientèle à huit heures de Paris, chemin de fer de l'Est. — Fixe : 3,000 francs, en dehors de la clientèle d'environ 7,000 francs. — S'adresser aux bureaux du Journal.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

GRANULES ANTIMONIAUX du docteur Papillaud. — Affections cardiaques.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Quinquaud : Prophylaxie et traitement de la trichophytie. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — III. Thèses de doctorat. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Quinquaud.

Prophylaxie et traitement de la trichophytie.

Messieurs,

Je vais vous exposer aujourd'hui la prophylaxie et le traitement de la teigne tondante.

Mais auparavant, je veux attirer votre attention sur un petit point relatif aux symptômes de la trichophytie. La maladie revêt un certain polymorphisme dans sa manière d'être, par suite des diverses espèces de trichophytes qui lui donnent naissance. Il vous est arrivé de voir des lésions spéciales aux bras, aux poignets ou sur le reste du corps, un peu indécises pour le diagnostic et ressemblant beaucoup, souvent, à de l'eczéma, tandis qu'à la face les altérations de la peau revêtent l'aspect d'une mentagre colossale. Il s'agit toujours de trichophytes, mais ces trichophytes viennent d'espèces animales différentes, de la vache, du veau, par exemple, et entraînent une grande irritation des surfaces sur lesquelles ils se développent. Ces différents aspects de la maladie ne tiennent pas aux terrains sur lesquels elle évolue, mais à la nature du trichophyte qui lui donne naissance et qui provoque des dermites spéciales, qui, je le répète encore une fois, peuvent être très intenses, pustuleuses, diffuses et rappeler l'impetigo.

Occupons-nous maintenant, Messieurs, de la prophylaxie de la teigne tondante.

Un premier point très important est qu'il ne faut jamais admettre, pour les établissements d'instruction, un enfant sans certificat de médecin. En effet la teigne peut, dans certains cas, être relativement peu apparente et un médecin compétent peut seul affirmer qu'elle n'existe pas. Une fois l'enfant admis, il faudra avoir soin de tenir les cheveux courts et cela non-seulement chez les garçons, mais encore chez les filles. Les inspections médicales devront être fréquentes et on comprendra facilement le motif si l'on réfléchit que la teigne se développe rapidement. Les coiffures des enfants devront toujours être faciles à laver et on aura soin de nettoyer la tête à l'eau chaude tous les deux jours. Enfin chaque enfant devra avoir sa brosse et son peigne. Ces soins peuvent vous paraître minutieux, mais ils sont absolument indispensables dans les établissements fréquentés par un grand nombre d'enfants de la classe ouvrière, établissements dans lesquels la teigne se développe avec la plus grande facilité. Tout enfant qui aura eu la teigne devra être visité tous les quinze jours, et cela au moins pendant trois mois.

Quand un enfant sera atteint, il faudra l'exclure immédiatement de

©BIU Santé

l'école, et cette exclusion ne devra être prononcée que par le médecin inspecteur.

Mais l'enfant malade peut être dans un orphelinat ou un internat, de telle sorte qu'il soit impossible de l'envoyer au dehors. Dans ce cas, on l'isolera dans un local spécial et qui lui sera exclusivement réservé. Cet isolement doit être le plus parfait possible, et l'enfant ne devra pas jouer avec ses camarades ni se mêler à eux au préau.

On a voulu remplacer l'isolement par des onctions, des coiffures imperméables ou du collodion. Ce sont là des précautions illusoires sur lesquelles il ne faut pas compter.

Ici, Messieurs, à l'hôpital Saint-Louis, on a créé un établissement excessivement utile pour les teigneux; c'est une école spéciale qui leur est exclusivement réservée et dans laquelle ils restent toute la journée et déjeunent même. On évite ainsi que ces enfants, que leurs parents ne peuvent surveiller, courent toute la journée dans les rues et ne communiquent la maladie aux camarades avec lesquels ils jouent. Mais, Messieurs, cette école est généralement toujours remplie ainsi que celles qui existent dans un ou deux autres hôpitaux, et il faut souvent que les enfants qui sollicitent leur admission attendent huit ou dix mois. Aussi a-t-on décidé de créer un hôpital de teigneux qui sera construit suivant les règles les plus parfaites de l'hygiène et rendra les plus grand services pour le traitement de la trichophytie.

La réinfection du teigneux se fait très souvent par les objets qui lui appartiennent; il y a donc une grande utilité à les désinfecter. Aussi ai-je introduit l'usage constant de l'étuve afin d'arriver à détruire les spores et ai-je obtenu des résultats très satisfaisants. L'emploi de l'étuve m'a été suggéré par les réinfections fréquentes que j'observais et surtout par l'étude expérimentale de la façon dont les spores se comportent vis-à-vis de la chaleur. Sous son influence, l'achorion est tué en vingt minutes à 60°. Au contraire, les spores et le mycelium du trichophyte meurent entre 50° et 55°. La spore de l'achorion a donc une vitalité un peu plus grande. Je me sers, pour la désinfection, de l'étuve des bains. Pendant que les enfants se baignent, ce qui arrive deux fois par semaine, on désinfecte leurs vêtements : il y a là une applica tion des plus utiles des étuves, car on ne perd plus les objets contaminés et on les rend absolument inoffensifs. En ville, si l'on n'a pas d'étuve, on pourra recourir à l'eau bouillante ou exposer les objets à une température voisine de 80°. L'application de la chaleur doit être prolongée pendant une vingtaine de minutes, quatre à cinq minutes ne suffisent pas.

La désinfection par les antiseptiques n'est pas suffisante; les spores ne meurent pas lorsqu'elles sont mises en contact avec l'acide phénique, le bichlorure ou l'iodure d'hydrargyre. Si l'on a cru qu'elles succombaient, c'est que l'on a mis dans le tube à culture, en même temps que les spores, une certaine quantité d'antiseptique entraînée par elles. Dans un milieu imprégné d'antiseptique, elles germent mal, mais elles finissent cependant par germer lorsqu'on les laisse assez longtemps à la température qui leur est favorable, c'est-à-dire entre 30° et 33°.

Quand on a soin de laver les spores sortant de l'antiseptique, leur germination est seulement un peu plus lente qu'à l'état habituel.

Enfin, je terminerai ces indications sur la prophylaxie de la trichophytie en vous rappelant que la destruction des objets contaminés n'est pas néces-

©BIU Santé

saire lorsque l'on a soin de les laisser à l'étuve pendant un temps suffisant.

Le traitement de la trichophytie, tel que je vais vous l'exposer, est compliqué et difficile. Par contre, il permet d'obtenir des résultats très satisfaisants, car, en l'employant, on est sûr d'abréger la durée de la maladie dans des proportions notables. On vous dit encore, dans vos livres classiques, que la teigne tondante guérit quand elle le veut bien, spontanément, et que le traitement est inutile ou du moins peu utile. De là à conclure au laisser-faire et au laisser-passer, il n'y a qu'un pas, et on en arriverait facilement à se borner à l'expectation armée, à de simples soins de propreté.

Faut-il penser que cette affirmation est erronée? Oui pour la majorité des cas, bien qu'elle ait un fond de vérité. Il y a longtemps que l'on a vu dans les cliniques la teigne tondante guérir spontanément, et, avant l'épilation, mon maître Bazin disait déjà que la teigne pouvait guérir toute seule. Cela est vrai, les simples soins de propreté peuvent suffire à guérir la teigne, mais cela ne se voit que quand elle est légère, récente, qu'elle n'a pas pénétré dans les follicules pileux, qu'elle revêt l'apparence circinée. En coupant les cheveux courts, en faisant de fréquents lavages, en pratiquant des lotions savonneuses, on guérit les teignes superficielles. Quand il s'agit de trichophyte circiné, d'herpès circiné, dans les régions où il y a peu de poils, les pommades à l'acide chrysophanique, à la chrysarobine à 2 p. 100 suffisent pour faire rétrocéder la maladie et la guérir sans qu'elle passe par le sycosis ou la folliculite trichophytique.

Quand il s'agit de teigne tondante vraie, avec placards grisâtres, état lichénoïde, pénétration du parasite dans le follicule, alors le traitement est tout autre, parce qu'il est extrêmement difficile de détruire complètement la spore. Cependant, même à cette période, la maladie peut guérir sans alopécie, et quelquefois même cette alopécie se produit simplement par le fait du traitement. Les irritants violents, huile de croton et autres agents de même espèce, sont absolument à rejeter, parce qu'ils peuvent amener une alopécie définitive par une véritable folliculite, une dermite. Le traitement par les irritants légers est absolument suffisant.

Quand j'ai pris le service des teigneux de l'Ecole, je n'étais pas très fixé sur les différents médicaments employés et, pendant un an, j'ai poursuivi mes recherches de ce côté. Il était très nécessaire de s'en occuper, car, il y a deux ans, sur 160 teigneux, il n'en est sorti que 14 guéris. Avec cette proportion, combien de temps aurait-on mis pour guérir tous ceux de l'Ecole? Le traitement ordinaire étant très long, je suis parvenu à en formuler un autre que je m'en vais maintenant vous exposer.

Tout d'abord, il faut couper les cheveux très courts avec des ciseaux, le rasoir étant mauvais à cette période de la maladie. Puis on rugine avec soin les placards arrondis couverts de squames et de spores. La rugine est un instrument légèrement tranchant très utile pour enlever le trichophyte, dont les spores pénètrent beaucoup moins profondément que celles de l'achorion. Ce n'est pas le seul bénéfice qu'on retire de la rugination : elle détermine une légère dermite, une inflammation superficielle qui diminue beaucoup la vitalité des spores. Il faut ruginer plusieurs fois, à des intervalles de cinq à huit jours, et faire de deux à quatre reprises. Dans l'intervalle qui sépare une rugination de l'autre, on fait deux fois par jour des lotions avec ce que j'appelle la lotion mixte, dont voici la formule :

©BIU Santé

Bi-iodure d'hydrargyre	20	centigrammes.
Bichlorure d'hydrargyre	1	gramme.
Alcool à 90°	40	grammes.
Eau	250	—

On a ainsi un liquide à la fois antiseptique et parasitaire. A la suite du grattage, on aura soin de savonner la tête d'une façon complète deux fois par jour.

Au bout d'un certain temps, les spores contenues à la surface du derme, et même en partie dans les cheveux, disparaissent autant qu'avec l'épilation. La manière de procéder de Bazin était bonne, mais elle n'était pas suffisante; l'épilation enlève bien les poils, mais il reste des spores dans les squames superficielles de l'épiderme.

Le cinquième ou le sixième jour après une rugination, lorsque le savonnage et les lotions avec la lotion mixte ont été faits régulièrement, on emploie différentes pommades dont la meilleure est dite celle aux trois acides :

Vaseline	100	grammes.
Acide chrysophanique, Acide salicylique, Acide borique	àà 2	—

Il faut avoir soin d'enduire le cuir chevelu tout entier; en effet, même une teigne tondante qui a duré très peu de temps, un mois, par exemple, a des foyers multiples sur le cuir chevelu et est déjà disséminée; c'est là un fait capital pour la pratique. La teigne tondante réduite à une seule plaque ne peut être guérie simplement par le traitement de cette plaque. Lorsque l'on fait couper les cheveux très court, on voit de petits foyers avec quelques squames; il faut donc faire les lotions et appliquer la pommade sur toute l'étendue de la tête. Lorsque cette pommade est mise, il faut recouvrir le cuir chevelu par un bonnet de caoutchouc, si le malade le peut, ou par un bonnet de toile. Il faut appliquer une bande pour empêcher la pommade de venir irriter les yeux. On peut, du reste, au lieu de se servir d'une bande, maintenir le bonnet à l'aide de la colle-zinc ou de la colle-bismuth.

Au bout de vingt-quatre heures, on renouvelle l'application de pommade, en ayant bien soin de ne pas enlever celle que l'on avait mise la veille; l'application du topique est ainsi prolongée pendant quarante-huit heures. Un des effets de ce long contact est de soustraire le cuir chevelu à l'abord de l'oxygène. Cela est important, car il en résulte un amoindrissement de la vitalité des spores, qui, du reste, ne peut disparaître totalement. L'amoindrissement de vitalité existe aussi pour l'achorion, mais d'une façon moins marquée.

Après ces quarante-huit heures, on fait, pendant les quatre jours suivants, des lotions savonneuses, et en même temps, matin et soir, on se sert de la lotion mixte. Peu après, on recommence de nouveau une application de pommade pendant quarante-huit heures et on continue ainsi à alterner. Le traitement est prolongé de cette façon pendant vingt ou vingt-cinq jours. Dans les intervalles de l'application de la pommade, il faut pratiquer les lotions biquotidiennes sans interruption, car, quand on laisse la teigne sans traitement pendant huit jours, il y a réinfection par germination.

Cela ne forme pas tout le traitement, parce que, dans l'intérieur du follicule, dans les parties profondes des poils, il peut y avoir des spores. Dans

©BIU Santé

ce cas, il faut absolument recourir à l'épilation. Mais à quel moment faut-il commencer cette épilation? Au début de la maladie, on n'enlève pas le follicule, on n'enlève pas le bulbe, par suite de la fragilité des poils, et alors les résultats sont incomplets. Au vingt-septième jour, au trentième jour, le traitement a suffisamment agi pour que les cheveux aient repoussé et ne se cassent plus sous la pince; on peut alors recourir avec succès à l'épilation et le moment où l'on peut l'employer est, du reste, indiqué par la disparition de la teinte ardoisée. On répétera deux fois cette épilation et, en somme, le traitement comprendra deux ou trois ruginations espacées et deux épilations.

La teigne tondante tend à disparaître spontanément vers 20 ans; cependant elle donne aux enfants un aspect désagréable; elle est très contagieuse et il faut la traiter complètement. Elle peut guérir, ainsi que les chiffres que j'ai recueillis vont vous le prouver. Le traitement est appliqué ici à Saint-Louis depuis deux ans. Or, l'année dernière, nous avons guéri à peu près 125 enfants qui sont sortis avec des cheveux. Cette année nous pouvons déjà enregistrer 70 guérisons. Le traitement que je viens de vous exposer est donc réellement efficace.

A quel moment faut-il cesser l'épilation? Quand la teinte grisâtre a disparu; s'il s'agit d'individus blonds, quand l'état granulé, lichénoïde n'est plus appréciable et que les cheveux repoussent brillants et éclatants.

Lorsque la trichophytie revêt l'aspect du sycosis ou de la folliculite agglomérée, on conseille très souvent d'appliquer des cataplasmes à cause de la violence de l'inflammation; c'est là un très mauvais traitement, car la maladie augmente sous le cataplasme et s'étend rapidement. Il faut recourir à l'épilation, à l'application de compresses de gaze phéniquée, trempées dans la lotion mixte et recouvertes de taffetas gommé. Si la maladie est tenace, on pourra compléter le traitement par quelques scarifications. Par ces moyens, la guérison survient en une vingtaine de jours.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juillet. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Un travail intitulé : « Recherches sur la toxicité de l'urine pendant la grossesse », par MM. les docteurs Laulanié et Chambrelent;

2° Une note sur la dilatation cœco-colique, par M. le docteur Reignier.

MM. Van Beneden (de Louvain) et West (de Londres) sont nommés associés étrangers.

— M. Péan lit un mémoire sur le traitement des suppurations qui siègent dans l'utérus et ses annexes. Les suppurations simplement utérines guérissent par les cautérisations, le nettoyage, et la dilatation de l'utérus suffit pour la suppuration légère des trompes. Les suppurations des trompes petites et enkystées seront traitées par la castration tubo-ovarienne; on fera la castration utérine vaginale quand la poche salpingitique sera volumineuse, bilatérale, adhérente.

Un phlegmon du ligament large limité peut être traité par l'incision vaginale; s'il est diffus, ouvert dans la vessie et le rectum, on fera l'hystérectomie vaginale d'emblée. De même, on traitera par la castration utérine vaginale les pelvi-péritonites diffuses.

M. Verneuil rejette, au point de vue physiologique et pathologique, la similitude entre l'homme et l'animal, même quand celui-ci est un mammifère. Cependant l'ana-

©BIU Santé

logie existe dans une certaine mesure, et les physiologistes ont pu élucider les causes de mort par le chloroforme, surtout les syncopes cardiaque et respiratoire, l'action toxique de l'agent. Mais ces inconvénients de la mort étaient connus des chirurgiens avant de l'être des physiologistes.

L'expérience du lapin, qui tombe en syncope par l'excitation qu'exerce le chloroforme sur la pituitaire au début de la chloroformisation, ne répond pas à ce que l'on observe chez l'homme, car chez ce dernier elle est souvent mortelle, tandis que chez le lapin on peut la répéter sans danger.

Vulpian admettait aussi que les expériences sur la chloroformisation poursuivies chez les animaux n'étaient pas toutes applicables à l'homme.

M. Verneuil ne pense pas que, quoi qu'en disent les physiologistes, il soit utile de donner aux malades de l'atropine, de la morphine, de la cocaïne et même de la codéine. M. Franck n'est pas le seul à blâmer l'association de la morphine et du chloroforme, les chirurgiens l'avaient fait avant lui, et, il y a un mois, un cas de mort est survenu dans ces conditions. M. Laborde lui-même repousse l'emploi simultané de l'atropine et du chloroforme; cette association a causé la mort de deux malades. Quant à la narcéine, il faut attendre et encore devra-t-on être très prudent chez l'homme.

Les mélanges titrés ne justifient pas les espérances que l'on a mises en eux, et MM. Dastre et Perrin ont reconnu qu'ils ne pouvaient pratiquement répondre à tous les cas. Tous les malades n'ont pas besoin de la même quantité de chloroforme dans le même temps, et il faut que le chirurgien puisse régler l'administration selon le cas en face duquel il se trouve.

Une fois les accidents survenus, la physiologie nous donne-t-elle les moyens de les combattre? En aucune façon, et les chirurgiens, sur ce point, sont bien plus avancés que les physiologistes. Outre la respiration artificielle, la trachéotomie, la faradisation, nous employons l'inversion, la flagellation rythmique de l'épigastre, la traction de la langue, le nettoyage de la bouche et du pharynx encombrés de mucosités.

Pour chaque malade à endormir, le chirurgien doit déterminer les indications et les contre-indications; ces dernières ne peuvent être apprises que par l'expérience clinique qui nous permet seule d'étudier ce qui se passe chez les alcooliques, les hystériques, etc.

— M. Galezowski expose le moyen de conserver un globe atrophié sans l'énucléer. On y arrive en faisant le débridement circulaire de l'œil atrophié, que M. Galezowski décrit de la manière suivante :

« J'incise d'abord la conjonctive et la capsule de Tenon dans les quatre points correspondants aux muscles droits de l'œil; j'incise ensuite à l'angle interne de l'œil la capsule de Tenon, puis je saisis avec le crochet à strabisme le muscle droit interne, que j'attire le plus possible en avant. A ce moment j'introduis les ciseaux courbes, je débride et je coupe tout ce qui peut se rencontrer entre le globe oculaire et la capsule de Tenon. A l'aide d'un second crochet semblable, j'accroche le nerf optique et, en l'attirant en avant, je le coupe.

« Dans le second temps de l'opération, j'excise tous les tissus en arrière du globe, en saisissant d'abord et en attirant en haut les muscles droit externe, supérieur et inférieur, que je me garde bien de couper.

« Puis je nettoie l'œil, je lave avec une solution antiseptique et je fais une suture sur l'angle interne et une sur l'angle externe de la conjonctive.

« L'opération terminée, on fait la compression de l'œil. »

— M. Laboulbène fait une communication sur les cysticerques du tænia saginata dans les muscles des bovidés (Voir aux *Comptes rendus de l'Académie des sciences*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 juillet 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Exostoses ostéogéniques multiples. — Bégayement hystérique. — Les traitements et la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris.*

M. Legroux présente une petite fille qu'on avait amenée à l'hôpital pour une chorée

©BIU Santé

légère. Cette enfant porte un nombre considérable d'exostoses de croissance disséminées sur tout le squelette ; quelques-unes sont symétriques; leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une noix ; elles sont inégales, rugueuses.

Ces exostoses ont commencé à se montrer vers l'âge de trois ans; elles siègent surtout au niveau des épiphyses; et, si l'on en trouve çà et là sur la diaphyse de quelques os, on peut dire que primitivement elles s'étaient montrées sur l'épiphyse et qu'elles ne l'ont abandonnée que progressivement avec l'accroissement de l'os.

On trouve à la partie supérieure des humérus une saillie considérable symétrique, sur laquelle la peau glisse facilement; rien au voisinage de l'articulation du coude; exostoses sur la partie inférieure du cubitus et du radius; à la main, elles rappellent les nodosités d'Héberden; au fémur, saillie considérable à la partie inférieure; une autre sur un métatarsien; la crête iliaque, le côté droit d'une vertèbre lombaire, la clavicule, les septième, huitième et neuvième côtes au niveau de l'insertion de leur cartilage, le bord interne de l'omoplate présentent des exostoses semblables; enfin, quand on remue ce dernier os, on sent frotter contre le gril costal une saillie analogue qui occupe sa face antérieure. Rien à la tête.

Cette petite malade n'a pas de passé pathologique; elle n'offre aucune déformation rachitique ni aucune trace de syphilis héréditaire ou de tuberculose. Sauf ces exostoses, le squelette est normal; les tibias sont bien droits, le sternum et la cage thoracique sont bien conformés; enfin ces exostoses sont symétriques, ce qui écarte l'idée d'une syphilis osseuse; la dentition est d'autre part absolument normale.

Quelle est donc la cause de ces exostoses? On a signalé l'hérédité dans certains cas; mais elle ne peut être invoquée chez cette petite malade.

M. Cadet de Gassicourt a observé deux cas analogues, mais bien moins remarquables, pour lesquels aucune cause ne peut être invoquée; il n'y avait dans les deux cas aucune tare héréditaire.

M. Féréol observe actuellement un jeune homme qui présente une douzaine d'exostoses de croissance; l'une d'elles, siégeant au petit doigt, et qui était très gênante, fut réséquée par M. Richet; mais la déformation qui en résulta est tout aussi incommode, et, de plus, l'exostose a repoussé à côté. Deux autres, siégeant à l'épaule et au péroné, se sont graduellement et spontanément atrophiées.

L'étiologie est ici également très obscure; mais la mère et les deux frères du malade sont morts tuberculeux; y a-t-il une relation entre la tuberculose et ces exostoses ?

M. Legroux : Quoique la syphilis ne puisse être accusée, on a donné de l'iodure de potassium à la petite malade, à titre de résolutif.

M. Laveran a vu, dans les conseils de revision, un grand nombre de sujets présentant des exostoses, mais jamais aussi considérables que celles de la malade de M. Legroux. Quand elles sont trop nombreuses, on réforme le conscrit.

— M. Ballet présente un malade atteint de bégayement hystérique. C'est une manifestation assez rare et fort peu connue, cependant M. Ballet en a déjà présenté un cas à la Société.

Il s'agit d'un instituteur de province qui reçut un coup assez violent sur la tempe gauche; cependant, pas de fracture, pas de commotion cérébrale. Trois jours après, crise épileptiforme. Le malade se remit; mais, huit jours plus tard, il eut une autre crise bizarre caractérisée par un trouble de la parole que le médecin désigna sous le nom d'aphasie; puis survinrent des phénomènes cérébraux psychiques, de telle sorte qu'en résumant l'histoire de ce malade : coup sur la tête, crises épileptiforme, aphasie, troubles cérébraux, le médecin avait conclu à une commotion cérébrale avec peut-être hémorrhagie et avait pensé à une intervention chirurgicale.

Dès que M. Ballet entendit le malade, il reconnut un hystérique. Le bégayement hystérique, en effet, présente, à côté de particularités individuelles, des caractères constants et typiques : la parole est lente, les syllabes sont ou très longues ou très courtes et précipitées; celles qui commencent les mots sont quelquefois répétées deux ou trois

©BIU Santé

fois. Le malade de M. Ballet présente, d'une manière frappante, ces modifications de la parole.

C'est donc un hystérique qui, trois jours après avoir reçu un coup sur la tête, a eu une crise d'hystérie, et qui a été pris ensuite de bégayement hystérique; ce bégayement n'a d'abord duré qu'une vingtaine de minutes, puis il a reparu trois jours après ; puis enfin, depuis un mois, s'est installé définitivement.

Les stigmates hystériques ne sont pas très accusés; à peine un léger rétrécissement du champ visuel.

Quant aux troubles psychiques qu'a présentés le malade, ils consistent en un état d'inquiétude constante; à chaque instant, le malade a peur de mourir, de devenir fou : en passant près d'un cours d'eau, il est pris d'anxiété et craint d'y tomber; en voiture, il est tourmenté de la peur de verser. En somme, il y a là un commencement de folie du doute; or, la folie du doute n'est point une manifestation de l'hystérie; c'est l'expression d'une dégénération héréditaire. Chez ce malade, cette dégénération est assez nette; il a, de plus, une sœur qui a été prise également de folie du doute et même de folie du suicide. C'est donc un dégénéré pris de folie du doute à la suite d'un traumatisme qui a déterminé en même temps deux accidents hystériques, la crise et le bégayement.

M. Féréol : Pourquoi ne pas rattacher ces accidents à la commotion cérébrale, puisque ce malade n'a pas les stigmates de l'hystérie? Il ne faut pas attribuer à celle-ci tous les phénomènes que l'on ne peut expliquer.

M. Ballet : Si l'on présentait un malade atteint de contracture hystérique, sans autres stigmates, on pourrait faire la même objection. Mais les caractères de la contracture hystérique sont assez nets et, aujourd'hui, assez connus pour qu'on puisse établir le diagnostic, même en l'absence d'autres signes. Il en est de même pour le bégaiement. M. Ballet l'a rencontré avec tous ses caractères chez quatre autres malades qui présentaient, en outre, des stigmates grossiers de l'hystérie; MM. Charcot et Cartaz l'ont signalé comme accident accessoire à l'attaque d'aphasie hystérique. Enfin, le malade que l'on vient de voir a eu une crise hystérique et présente un rétrécissement du champ visuel. Son bégayement est donc un bégayement hystérique.

M. Guyot : Pourquoi parler d'hérédité à propos des troubles mentaux qu'a présentés ce malade? Ce n'est point parce que sa sœur a eu des troubles analogues que l'on doit admettre l'hérédité.

M. Ballet : Certains phénomènes psychiques offrent des caractères assez nets pour que l'on puisse affirmer l'hérédité. L'agoraphobie, l'onomatomanie, la folie du doute sont des signes d'hérédité dégénérative; pourquoi ne pas l'admettre dans le cas présent, alors surtout que le frère et la sœur offrent tous deux ces mêmes signes?

L'hérédité, d'ailleurs, est souvent bien difficile à rechercher et à reconnaître. Certains individus ne sont pas des fous véritables, mais des originaux, des détraqués. Or, l'originalité est, au point de vue de l'hérédité, aussi grave qu'un accès de manie aiguë. M. Ballet a pu le constater chez deux malades, deux frères, qui furent pris presque en même temps de délire de persécution. Il n'y avait pas de fous dans la famille, mais des originaux, des déséquilibrés. Ces malades ne sont pas d'ailleurs des aliénés véritables; neuf fois sur dix, l'agoraphobie, la folie du doute sont des phénomènes transitoires qui, même à leur période d'état, n'enlèvent pas la conscience aux malades; ceux-ci sont alors des « fous lucides », d'après l'expression de Trélat.

— M. Merklen lit, au nom d'une commission composée de MM. Féréol, Gérin-Roze, Rendu, Troisier, Moizard, Juhel-Rénoy et Merklen, un rapport sur les traitements et la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris.

De 1882 à 1888, le chiffre de la mortalité était de 14,1 p. 100, bien inférieur à celui des années précédentes, de 1866 à 1882 (17 à 19 p. 100). En 1889, la diminution a encore été assez sensible : la commission a reçu 21 statistiques comprenant 916 cas et 114 décès, soit une mortalité de 12,45 p. 100.

©BIU Santé

Deux méthodes thérapeutiques ont été suivies : 1° médication symptomatique ; 2° méthode de Brand.

Traitement symptomatique :

410 cas	59 décès	mortalité	14,39	p. 100	en	1888
653 —	74 —	—	11,33	—		1889
1,063	133 —	—	12,51	—		

Traitement systématique par les bains froids :

57 cas	2 décès	mortalité	3,50	p. 100	en	1888
266 —	30 —	—	11,28	—		1889
323	32 —	—	9,90	—		

Si l'on retranche les cas observés dans les hôpitaux militaires et dans les hôpitaux d'enfants, où la mortalité de la fièvre typhoïde est moins élevée, on a :

Traitement symptomatique :

334 cas	52 décès	mortalité	15,56	p. 100	en	1888
529 —	70 —	—	13,23	—		1889
863	122 —	—	14,13	—		

Traitement par les bains froids :

19 cas	0 décès	mortalité	0,00	p. 100	en	1888
263 —	28 —	—	10,64	—		1889
282 —	28 —	—	9,92	—		

Les traitements symptomatiques qui ont été employés peuvent se ranger en trois catégories :

1° Combinaison des antipyrétiques, des lotions froides et des toniques ;

2° Combinaison de la quinine et des bains tièdes ;

3° Traitement éclectique : quinine dans les cas moyens, bains froids de 20° à 30°, et le jour seulement, dans les cas graves.

On voit d'après cette statistique que le traitement par les bains froids a donné des résultats un peu meilleurs que les traitements symptomatiques ; mais l'on est encore loin du chiffre de Brand (1 p. 100). Cela tient peut-être à ce que les bains froids n'ont pas été employés indistinctement dans les formes graves et bénignes ; de plus, on ne les donne presque jamais assez tôt : « Toute fièvre typhoïde, baignée avant le cinquième jour, guérira sans complications », telle est la loi de Brand.

Faut-il donc faire du bain froid une méthode générale de traitement ? Comme l'a dit M. Peter, le bain froid est « une suprême ressource dans un suprême danger ». Il ne peut donc s'imposer comme une méthode systématique ; les résultats ne sont d'ailleurs pas suffisants pour faire oublier ceux qu'ont obtenus M. Jaccoud en associant les antipyrétiques, les lotions froides, les toniques, et M. Bouchard avec la quinine et l'antisepsie intestinale. Il faut constater cependant que depuis 1882 la mortalité de la fièvre typhoïde diminue dans les hôpitaux et l'on doit attribuer à l'hydrothérapie une bonne part de cette diminution.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1890.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mercredi 4 juin. — N° 216 (*). M. Janet (Jules) : Les troubles psychopathiques de la miction. Essai de psycho-physiologie normale et pathologique. (Président, M. Guyon.) — N° 217 (*). M. Wickham (Louis) : Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et

©BIU Santé

de certaines formes du cancer. Maladie de la peau dite maladie de Paget. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 5. — N° 218. M. Paulin (Jean) : Du pied-bot phlébitique. (Président, M. Le Fort.) — N° 219. Corbisier (Charles) : Etude du mécanisme de la mort dans l'insuffisance aortique. (Président, M. Peter.) — N° 220. M. Monmarson (Emile) : Aperçu historique et critique sur les diathèses. (Président, M. Debove.) — N° 221. M. Bar (Louis) : Essai sur les nodosités sous-cutanées rhumatismales. (Président, M. Cornil.)

Du 6 au 10. — Pas de thèses.

Mercredi 11. — N° 222. M. Louazel (H.) : Contribution à l'étude de la maladie de Morvan. (Président, M. Charcot.) — N° 223. M. Ponchon (Arthur) : Quelques considérations d'ordre pratique sur les pleurésies purulentes. (Président, M. Potain.)

Jeudi 12. — N° 224. M. Lancelin (Paul) : Contribution à l'étude de la valeur séméiologique de la loi de Rommelaere. (Président, M. Laboulbène.) — N° 225. M. Ragoneau (Joseph) : Les tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne et les laryngites striduleuses. (Président, M. Laboulbène.) — N° 226. M. Bergeret-Jeannet (Alfred) : Contribution à l'étude de la fonction rénale. (Président, M. Mathias-Duval.) — N° 227. M. Crèvecœur (Charles) : Considérations générales sur la pathogénie du rhumatisme articulaire chronique. (Président, M. Debove.) — N° 228. M. Legrand (Louis) : Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la vessie. (Président, M. Duplay.) — N° 229. M. Aubert (Henri) : Du traitement des cancers du rectum par la méthode sacrée, méthode dite de Kraske. (Président, M. Duplay.)

Du 13 au 24. — Pas de thèses.

Mercredi 25. — N° 230. M. Saintu (Octave) : Etude critique de l'application du curettage de l'utérus au traitement des salpingites. (Président, M. Fournier.) — N° 231. M. Salmeron (Francisco) : De l'hystérie alcoolique. (Président, M. Hayem.) — N° 232 (*). M. Baudouin (Marcel-Ed.) : Hystéropexie abdominale antérieure et opération sus-pubienne dans les rétro-déviations de l'utérus. (Président, M. Guyon.) — N° 233. M. Vaudey (J.-G.) : Plaies et ligature de la veine jugulaire interne. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 26. — N° 234. M. Soulakis (Constantin) : Recherches expérimentales et cliniques sur le monochloral et le bichloral-antipyrine. (Président, M. G. Sée.) — N° 235. M. Poirrier (J.) : Contribution à l'étude du purpura alcoolique. (Président, M. Proust.) — N° 236. M. Cazes (Frédéric) : De la tension artérielle dans quelques états pathologiques. (Président, M. Peter.) — N° 237. M. Wallerand (Henri) : Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de langue noire pileuse. (Président, M. Debove.)

FORMULAIRE

POUDRES ANTIFERMENTESCIBLES. — Dujardin-Beaumetz.

Salicylate de bismuth		
Magnésie anglaise	ää	10 grammes.
Bicarbonate de soude		

Mêlez et divisez en 30 cachets médicamenteux.

Salicylate de bismuth		
Napthol A	ää	10 grammes.
Magnésie anglaise		

Mêlez et divisez en 30 cachets médicamenteux.

Un de ces cachets au déjeuner et un au dîner, aux personnes atteintes de dilatation de l'estomac, chez lesquelles il existe de l'insuffisance rénale, et dans tous les cas où l'on doit chercher à régulariser les fermentations secondaires qui se produisent dans l'estomac et dans l'intestin. — N. G.

©BIU Santé

COURRIER

Souscription au monument du docteur Philippe Ricord. — 1re *liste :*

Professeur A. Fournier	300 fr.
Docteurs Horteloup	300
— Péan	300
— Mauriac	300
— Bouchut	100
— H. Roger	100
MM. Pasteur	20
— Ritt	200
— Boswiell	200
— Perdrigeon	500
Docteur Léon Labbé	20
Mme Hippolyte Blot	100
M. Deslandes Vinay	500
Docteurs Ernest Besnier	20
— Moutard-Martin	10
— Godin	10
— Siredey	20
— Bucquoy	20
— Luys	20
— G. Richelot	20
— Schwartz	20
— Terrillon	20
— Desormeaux	10
— Jalaguier	10
— Terrier	20
— Ch. Monod	20
— Marchand	5
— Polaillon	20
Professeur Lannelongue	80
Docteurs Laborde	20
— Charpentier	20
Professeur Proust	20
Docteurs Bottentuit	20
— Genest	20
— Hervieux	20
— Worms	30
M. Bozerian	20
Docteurs Hérard	20
— Féréol	20
— Barthélemy	25
Professeur Charcot	20
Docteurs Fauvel	10
— Paul Berger	20
— Galezowski	50
— Nélaton	20
— Peyrot	20
— P. Reynier	20
— Brun	10
— Routier	10
— Périer	20
— Duchaussoy	10
Internes en médecine de l'hôpital du Midi	20 fr.
Docteur Gruby	30
L. Ricord	100
Docteurs de Ranse	20
— Lacronique	5
Général Cambriels	5
Docteurs Landolt	20
— Thibierge père	5
— Thibierge fils	20
— Le Pileur	20
— Morel-Lavallée	10
— Leven	20
— Ménière	20
— Millard	30
— Turner	5
— de Langenhagen	20
— de Beauvais	10
— Théophile Anger	20
— Machelard	10
M. Raoul Mathieu	50
Docteurs Fisher	10
— Nivert	50
— Vio Bonato	20
— Desnos	10
M. P. (de Nogent-s.-M.)	10
Général Péan	50
Société de secours aux blessés de terre et de mer	500
Docteurs Auguste Voisin	20
— E. Duval	20
Zambaco Pacha	100
Mme Heine	2,000
M. M.	100
Théodore J.	50
Docteur Bonnefond	20
Mme veuve R.	10
Mmes S. et B.	10
Cohen	20
Amiral et docteur Caubet	20
Docteur Sandras	5
A.	10
Docteur Hameau	20
B.	20
MM. O. D.	100
Docteurs E. Wickham	20
— R. Wickham	20
René Dulong	30
L. T.	10
C. d'A	25
C.	20

©BIU Santé

B.	20 fr.	Docteur Dubacquié.	20 fr.
A. Batta.	50	Tissier.	20
Gold.	100	D. B.	50
Docteur Benjamin Anger.	10	Professeur Haslund (de Copenhague).	25
E. B.	20	Docteurs Renaut.	10
M.	5	— Gannal.	20
S. Ch.	20	— Bonnafont.	20
Veuve D.	50	— Balzer.	20
Léon Saleta.	20		
A.	50	Total de la 1re liste.	8.220 fr.
T.	10		
G. B.	20		

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois de mai dernier, 146 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur.

Sur ce nombre :

37 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement.

91 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire.

18 ont été mordues par des animaux suspects de la rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 137 fois; chats, 8 fois. Dans un cas, la morsure a été faite par un homme atteint de la rage.

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra son 19e Congrès à Limoges, du 7 au 14 août prochain, sous la présidence de M. A. Cornu, membre de l'Institut, professeur à l'Ecole polytechnique.

Pendant la session aura lieu l'inauguration de la statue de Gay-Lussac, due au ciseau de Millet et érigée par souscription publique.

En dehors des travaux habituels du Congrès, des conférences publiques, le comité local a organisé des visites industrielles (fabriques de porcelaine), des excursions dans le Limousin et les régions avoisinantes (Aubusson, Guéret, Brive, Périgueux, Angoulême).

S'adresser pour tous renseignements au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, à Paris.

Université de Poitiers. — Le Conseil municipal de Poitiers a émis le vœu que les établissements d'enseignement supérieur de Poitiers soient réunis sous la dénomination d'Université et obtiennent du gouvernement tous les droits et prérogatives attachés à ce titre.

Pour réaliser ce désir, il invite l'administration à réaliser un emprunt de 500,000 francs, voté par le Conseil municipal, et à s'entendre avec le ministère de l'instruction publique pour toutes les mesures qu'il conviendrait de prendre, afin de faire de Poitiers un grand centre universitaire.

Société de médecine de Paris. — Séance du 12 juillet 1890. — *Ordre du jour* : Communications diverses.

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

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé*. Un verre à liqueur aux repas (*très agréable.*)

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Polaillon : Sur l'avantage de faire l'uranoplastie en deux séances. — III. Bibliothèque : Leçons de gynécologie opératoire. — Traité de petite chirurgie gynécologique. — IV. Revue des journaux : Injection de chlorodyne dans la diarrhée grave. — Baromètre « carreau-de-vitre ». — V. Sociétés et Congrès. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — Société de médecine pratique. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

Personne ne sera étonné de me voir prendre parti pour mon maître, M. Verneuil, contre les physiologistes. Toute question d'école à part, je crois que tous les chirurgiens penseront comme lui..... et moi, à savoir qu'en matière de chloroformisation, comme en bien d'autres, il est abusif de vouloir conclure de l'animal sain à l'homme malade; — que l'expérience des chirurgiens qui ont administré le chloroforme à des centaines, à des milliers de malades, vaut bien celle des expérimentateurs qui n'ont opéré que sur un nombre beaucoup plus restreint d'animaux; — que la quantité de chloroforme absorbable n'est pas la même pour tous les malades : « Elle varie même pendant les différentes périodes de l'anesthésie. C'est au chirurgien à régler l'absorption des vapeurs chloroformiques, et on ne peut atteindre ce but avec des mélanges titrés d'avance et toujours les mêmes. »

Toutes ces données ont été apprises aux chirurgiens par l'observation clinique; ils savent également que les chloroformés meurent par syncope

FEUILLETON

CAUSERIE

Vous savez, chers lecteurs, que le choléra est en Espagne, et que le gouvernement français, pour nous mettre à l'abri de ses ravages (c'est du choléra que je veux parler), a fait installer aux différents passages des Pyrénées des postes sanitaires chargés d'arrêter tout ce qui pourrait servir de véhicule aux microbes. Jusque là, rien de mieux. Ceci, bien entendu, ne pouvait laisser indifférente la presse dite politique; aussi a-t-elle fait feu des quatre membres pour savoir par tous les détails le pourquoi et le comment de l'épidémie, surtout en ce qui concerne les mesures prises pour nous en préserver; tout cela est encore très bien : reporters de se mettre en route, d'aller interviewer Pierre et Paul, le professeur un tel, le docteur un tel autre, etc. Il n'y a que le choléra lui-même qu'on n'a pas osé interpeller; c'est dommage, car on aurait eu de première source les renseignements sur ses faits et gestes, sa virulence, ses intentions futures à notre égard, etc.; bref, tout comme s'il se fût agi de la retraite de M. de Bismarck.

Tant et si bien que le *Figaro* lui-même, par la personne de M. Chincholle, qui n'ayant plus à s'occuper du boulangisme, et pour cause, a voulu se rattraper sur le choléra, le *Figaro*, dis-je, s'est mis en campagne et est allé trouver un de nos jeunes savants les plus compétents dans la question, et lui a demandé son avis sur elle.

©BIU Santé

cardiaque ou respiratoire, et il y a longtemps que Bouisson, Chassaignac, Robert, Maurice Perrin ont indiqué les moyens de remédier à ces accidents. Les expériences des physiologistes n'ont rien ajouté à nos connaissances à cet égard.

Il y a bien le lapin que M. Laborde a posé sur le bureau de l'Académie, mais ce lapin, sidéré par quelques bouffées de chloroforme, n'était pas en état de syncope; l'arrêt de la respiration n'était pas, chez lui, mortel, ni même de longue durée, il n'était que momentané. On éloignait de lui la compresse au chloroforme et il revenait à lui. La syncope cède-t-elle donc aussi facilement chez le sujet qu'on va opérer?

Les injections de morphine et d'atropine, préconisées comme souveraines contre les accidents de la chloroformisation, n'ont pas empêché la mort d'arriver récemment dans un cas qui a mis toute la police sur pied, et ce n'est probablement pas le seul. Qui maintenant osera les pratiquer?

Quelque intéressantes que soient les recherches expérimentales, je les crois incapables de m'aider à résoudre la question suivante :

Un sujet déjà âgé, mais encore très robuste, porte une tumeur qui le fait cruellement souffrir. Pour apaiser ses douleurs, il se fait depuis huit ou dix mois, chaque jour, de douze à quinze injections de chlorhydrate de morphine de 1 centigramme chacune. Enfin, la vie lui paraissant intolérable, il accepte une opération radicale. L'aide chargé du chloroforme, très habitué à le manier, sait qu'il existe un certain danger en pareil cas; il suit attentivement, pendant toute l'opération, qui dure environ une heure, vu la région dans laquelle est située la tumeur, les modifications de la respiration et du pouls; l'anesthésie est arrivée assez vite et, malgré la petite quantité de chloroforme donnée, lui paraît plus profonde que chez les autres malades. La respiration est très régulière, mais un peu précipitée; par contre, les battements du cœur sont lents et très faibles; pendant le dernier quart d'heure, on sent à peine le pouls, aussi ne donne-t-on que de loin en loin quelques gouttes de chloroforme à respirer. L'opération s'achève sans grande perte de sang; le pansement terminé, on reporte le malade dans son

---

M. Vaillard a répondu aux questions de M. Chincholle de la façon la plus précise et la plus rassurante à la fois : « Le nom seul des docteurs Charrin et Netter, qui ont la mission de protéger notre frontière, est une garantie de santé..... Toutes les mesures prises sur la frontière d'Espagne sont des plus sages. Quand on pense qu'un ambassadeur même n'est point parvenu à se dérober aux instructions données, on peut être sûr de la façon dont elles sont observées..... Le passage est interdit aux malades, et tout le linge traverse, avant d'entrer chez nous, les étuves Geneste et Herscher, mortelles aux bacilles. »

Donc, MM. Charrin et Netter, et les étuves Geneste et Herscher qu'ils ont fait installer dans des postes spéciaux, vont nous garantir du choléra d'Espagne. C'est bien cela que vous avez compris, n'est-ce pas, chers lecteurs. Eh bien, ce n'est pas ainsi que M. Chincholle comprend la chose. Après avoir disserté longuement sur la manière dont agissent les bacilles du choléra et fait causer M. Vaillard sur leurs dangers et les précautions prises contre elles, il conclut de cette façon : « J'affirme que la présence de MM. Geneste et Herscher sur la ligne frontière, les pleins pouvoirs dont ils sont munis et les précautions qu'ils ont prises doivent rassurer complètement la France. »

Mais, reporter trop pressé que vous êtes, vous prenez MM. Charrin et Netter pour des étuves, dans l'espèce. Ce ne sont pas MM. Geneste et Herscher qui ont été munis de pleins pouvoirs, ni qui ont pris des précautions pour nous mettre à l'abri du choléra, ce sont MM. Netter et Charrin, avec l'aide des étuves construites par MM. Geneste et Herscher.

©BIU Santé

lit, on l'entoure de boules d'eau chaude, on le réveille, il parle, puis retombe dans son sommeil. Le pouls reprend de la force, la respiration reste régulière; le chirurgien et ses aides s'en vont, laissant l'opéré aux soins d'une garde expérimentée. Notez qu'on n'a pas dépensé, en tout, 40 grammes de chloroforme. Au bout de deux heures, le malade dort toujours, puis le sommeil fait place au coma, le pouls et la respiration se ralentissent, et malgré la flagellation, l'exposition au grand air, etc., la mort survient au bout de quatre heures, petit à petit.

L'expérimentation sur les animaux pourrait-elle nous dire pourquoi cet opéré est mort et ce qu'il aurait fallu faire pour éviter l'issue fatale? Non, car on n'a jamais rendu des animaux aussi chroniquement morphinomanes avant de leur administrer le chloroforme, comme on l'a fait dans ce cas, c'est-à-dire lentement et à très petites doses. Fallait-il, s'appuyant sur cette idée qu'il ne faut pas sevrer brusquement les morphinomanes, continuer les injections de morphine après l'opération? Un des aides revenu en toute hâte l'a pensé et a fait une injection, qui n'a rien empêché, peut-être parce qu'elle a été insuffisante. Fallait-il, comme ce fut l'avis d'un de nos maîtres, administrer la caféine? Fallait-il faire autre chose? Nos classiques sont muets sur ce point. On sait que l'administration du chloroforme est dangereuse chez les morphinomanes comme chez les alcooliques, mais c'est tout.

Donc, en résumé, la meilleure expérience, en matière de chloroformisation chirurgicale, est celle qui s'acquiert au lit du malade. Je mets en fait que si les aides chargés du chloroforme ne surveillaient pas, au cours d'une opération, avec un soin minutieux et exclusif, le pouls et la respiration, et s'ils ne réglaient pas sur les modifications des fonctions cardiaque et respiratoire l'administration de l'anesthésique, les accidents mortels seraient beaucoup plus fréquents. Il faut avoir chloroformisé certains malades cachectiques, épuisés par la souffrance ou la suppuration, pour savoir combien sont précaires à certains moments les battements du cœur et les mouvements respiratoires. Un moment d'oubli, une distrac-

---

Oh! ces reporters!... quand je vous dis qu'un beau jour ils feront parler le choléra lui-même.

***

Le retour de MM. Netter et Charrin nous a permis d'avoir, sans nous déranger pour interviewer ces messieurs, des renseignements précis sur la manière dont les postes sanitaires ont été installés.

Certains journalistes, qui voient toujours les choses en noir, croyant que les postes sanitaires n'étaient installés qu'à Hendaye et à Cerbère, faisaient remarquer avec beaucoup de raison que le choléra ne venait pas uniquement par le chemin de fer, et qu'il y avait, dans les Pyrénées, bien d'autres endroits par où gens, bêtes et objets contaminés pouvaient pénétrer chez nous.

Cette Lapalissade n'avait été émise que par manque de réflexion. Ceux qui l'ont lancée auraient dû s'informer d'abord, et parler ensuite. Ils auraient ainsi appris que Hendaye et Cerbère, points de notre frontière par où les chemins de fer français pénètrent en Espagne et réciproquement, étant les deux points les deux plus dangereux, ont été tout d'abord occupés et organisés par MM. Netter et Charrin. De là, ces messieurs ont étendu leurs mesures de protection sur les passages voisins, jusqu'à ce que, de proche en proche, toute la ligne des postes fût organisée de la Méditerranée à l'Océan. Ce n'était pas une petite besogne. Les points de pénétration sont encore assez nombreux. Outre

©BIU Santé

tion, et tout serait fini. Voilà ce que n'apprennent pas les expériences sur les animaux et ce que l'expérience clinique seule permet de concevoir.

L.-H. P.

Sur l'avantage de faire l'uranoplastie en deux séances.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 14 juin 1890,

Par M. POLAILLON.

Tous ceux qui ont pratiqué l'opération de l'uranoplastie par le procédé en double pont (dit de Baizeau) savent combien les incisions latérales, qui intéressent les artères palatines, donnent des hémorrhagies gênantes et quelquefois graves. J'ai pensé que, en faisant l'opération en deux séances, on se mettrait à l'abri de cet inconvénient, sinon de ce danger.

Dans une première séance, après avoir anesthésié la muqueuse palatine en la badigeonnant avec une solution concentrée de cocaïne, je pratique les incisions latérales très près de la gencive, et même en empiétant sur elle. Je donne à ces incisions toute la longueur voulue, et je commence à décoller le pont de muqueuse, de dehors en dedans, dans l'étendue de quelques millimètres. Les vaisseaux produisent-ils l'écoulement sanguin, qui est si gênant pour poursuivre l'opération, je les comprime pendant quelques minutes, et je remets au lendemain la suite de l'uranoplastie. Le patient n'a presque pas souffert, et il attend sans trouble la seconde séance de l'opération.

Dans cette seconde séance, j'endors le malade par le chloroforme. Je complète le décollement, déjà commencé, sur les deux ponts de muqueuse en rasant de très près les os de la voûte palatine. Puis j'avive les bords de la division et je suture les deux lambeaux rapprochés, comme dans le procédé ordinaire.

Chez une jeune fille de 20 ans, que j'ai présentée à la Société de chirurgie, j'ai obtenu, par cette manière de procéder, un résultat très satisfaisant. Je

---

les voies ferrées, on va de France en Espagne ou d'Espagne en France par des routes ainsi classées :

1° Routes entièrement carrossables, presque aussi dangereuses que les voies ferrées, bien que le transit y soit moins actif. Aussi dangereuses n'est pas le mot pour le moment. Si le choléra était au Nord de l'Espagne, les routes carrossables seraient aussi dangereuses que les voies ferrées; mais comme il en est actuellement encore très éloigné, le danger est beaucoup moindre. Gens, bêtes et objets contaminés peuvent bien essayer de pénétrer en France par le chemin de fer; mais, vu la distance, il n'est guère probable qu'ils y pénètrent actuellement en voiture. Néânmoins, des postes sanitaires ont été immédiatement installés sur ces routes, près de la frontière, et les instructions relatives à leur fonctionnement sont les mêmes que celles des postes de chemins de fer.

2° Routes carrossables jusqu'à 10, 20, 30 et même 40 kilomètres de la frontière, puis cessant de l'être aux approches des montagnes, pour faire place à des chemins plus ou moins étroits ou dangereux, où le transport se fait à dos de mulet ou d'homme. Aux plus accessibles de ces routes on a installé des postes fonctionnant comme les précédents; pour les autres, on s'est contenté de la préparation; des locaux ont été loués et appropriés; les étudiants en médecine de Bordeaux et de Montpellier qui ont offert leurs services et qui doivent les occuper sont désignés dès maintenant, de sorte qu'à la première alerte, c'est-à-dire si le choléra venait à envahir les villages espagnols situés près de la frontière, les étudiants, prévenus par le télégraphe, n'auraient qu'à se rendre au poste qui eur est assigné d'avance, et prêt à fonctionner.

©BIU Santé

mets sous les yeux de la Société une photographie faite par un de mes élèves, M. Georges Luys, photographie d'après laquelle on peut bien se rendre compte de l'étendue considérable de la division congénitale qu'il fallait restaurer.

Le 2 mai, je fis les deux incisions latérales sur la muqueuse palatine, depuis les dents canines jusqu'au voile du palais, et je commençai à décoller le pont de muqueuse dans l'étendue de quelques millimètres. L'écoulement sanguin, qui paraissait devoir être abondant, fut bien vite arrêté par la compression.

Le lendemain, 3 mai, la malade fut endormie par le chloroforme. Le décollement complet des deux ponts de muqueuse ne produisit presque point d'écoulement de sang. L'avivement put alors s'accomplir très complètement sans être gêné par l'hémorrhagie. Neuf points de suture en fil d'argent furent placés d'avant en arrière pour rapprocher exactement les bords de la fissure jusqu'à la luette.

Je n'ai enlevé les premiers fils qu'au sixième jour. Les autres points de la suture furent enlevés un à un les jours suivants. Je crois devoir faire remarquer ici qu'il est prudent d'ôter les fils plus tardivement qu'on ne le fait généralement d'après l'enseignement classique. En coupant les fils dès le deuxième ou le troisième jour, on s'expose à avoir une réunion incomplète peu solide qui cède dans quelques endroits et même dans toute son étendue.

Chez mon opérée, le succès a été complet et la voûte palatine avait repris sa concavité normale. Elle était, en outre, très solide,

BIBLIOTHÈQUE

Leçons de gynécologie opératoire, par MM. Vulliet et Lutaud. 2e édition. Paris, Maloine, 1890.

Les auteurs qui ont inauguré en France l'enseignement pratique de la gynécologie

3° Chemins non carrossables, souvent mal tracés, servant uniquement aux contrebandiers. Là, rien à faire, d'abord parce qu'il est aussi difficile d'obliger les contrebandiers à venir se soumettre à l'inspection des médecins qu'à celle des douaniers, et ensuite parce qu'il faut au moins deux jours pour franchir, par ces voies, la distance qui sépare un lieu habité en Espagne d'un lieu habité en France, et qu'un contrebandier atteint du choléra ne se hasarderait pas à faire le voyage. S'il était atteint des accidents cholériques en route, il y crèverait comme un chien, et s'il ne tombait malade qu'après être arrivé en France, les postes sanitaires en seraient bien vite avertis. Donc peu de dangers de ce côté, le seul qui, à la vérité ne puisse être garanti d'une manière absolue. Cependant ce qui s'est passé en 1884 ou 1885, alors que le choléra était dans le nord de l'Espagne, nous rassure pleinement, puisque même alors l'épidémie ne put franchir la frontière.

Il faut faire cependant une exception pour deux ou trois villages qui se trouvent très voisins de chaque côté de la frontière, non loin d'Hendaye, et dont les habitants, en relations journalières entre eux, ont présenté quelques cas de contagion dans la dernière épidémie. Mais alors on a établi les postes sanitaires en arrière des villages français, qui ont été traités au point de vue cholérique comme s'il eussent été espagnols.

Je n'ai pas ouï dire qu'il eussent grandi depuis lors.

*
* *

Ma *Causerie* sur le Congrès international des sciences médicales à Berlin a été, comme

©BIU Santé

opératoire ont réuni dans cette seconde édition de leur livre la description des méthodes le plus récemment introduites dans la thérapeutique gynécologique.

On y trouvera l'exposé des procédés de Terrier et de Léopold pour la fixation de l'utérus, du procédé de Nicoletis modifié par M. Richelot pour le traitement des déviations utérines, de celui de Lawson-Tait pour la périnéorrhaphie, etc. L'étude du massage gynécologique a reçu de nouveaux développements et l'on sait que cette pratique se répand de plus en plus en France.

Rappelons que MM. Lutaud et Vulliet ont eux-mêmes élargi le domaine de la gynécologie; nous n'avons qu'à citer le procédé de dilatation utérine de M. Vulliet, son pessaire dérivé de celui de Hodge contre le prolapsus utérin, de son curvateur utérin.

L'ouvrage se termine par d'intéressantes leçons sur le traitement de la stérilité. — P. Ch.

TRAITÉ DE PETITE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE, par Paul-F. MUNDÉ. Traduit sur la deuxième édition anglaise, par S. LOUWERS. — Bruxelles, Manceaux, 1890.

Cet ouvrage n'accorde qu'une place secondaire aux grandes opérations de la chirurgie des femmes, il donne au contraire les plus grands détails sur la manière d'examiner les malades, l'ordre qu'il faut observer dans l'exploration des organes génitaux et la manière de pratiquer l'examen du vagin, du rectum, de l'utérus, etc. L'auteur insiste avec raison sur les procédés à employer pour assurer la désinfection des organes que l'on veut explorer.

Nous recommandons spécialement les chapitres consacrés à l'étude du traitement topique intra-utérin. Les applications médicamenteuses intra-utérines exigent une pratique spéciale qui est loin d'être familière à tout le monde; les détails minutieux dans lesquels entre Mundé permettront à tous les médecins de recourir à ce traitement souvent indispensable. Citons aussi les pages relatives aux pessaires, à leur mode d'emploi, à leurs indications et contre-indications.

Quelques opérations de gynécologie courante sont expliquées avec soin. Telles sont les opérations pour la déchirure du col, celles pour les déchirures du périnée, la rectocèle, la cystocèle et le prolapsus de l'utérus et du vagin.

Ajoutons qu'un grand nombre de figures illustrent l'ouvrage et éclairent les descriptions des procédés de la manière la plus heureuse. — P. Ch.

---

il fallait s'y attendre, sévèrement jugée. Les uns ont applaudi des deux mains, les autres d'une main seulement, d'autres m'ont blâmé. Ceux qui ont pesé le pour et le contre doivent être bien perplexes. Il me semble entendre la conversation de Panurge au sujet de son mariage.

— Dois-je aller à Berlin, n'y dois-je pas aller? Si je n'y vais pas, on dira que je veux empêcher que les Congrès futurs aient lieu; car les médecins français ne sont pas allés au Congrès de Washington, et, à force de s'abstenir, on dira que ce n'est plus la peine de se réunir.

— Eh bien, allez-y.

— Voire. Mais, si j'y vais, on dira que je suis un être dépourvu de dignité, que je souffre sans vergogne les insultes à nous décernées par les Allemands en général et par MM. Virchow et Du Bois Reymond en particulier, et que je passe sur elles l'éponge de l'oubli. — Alors n'y allez pas.

— Mais si je n'y vais pas, j'ai l'air de dédaigner, de délaisser une institution française; car en somme le premier Congrès international des sciences médicales a eu lieu à Paris, en 1867, et depuis lors tous les autres ont été organisés sur le modèle de celui-là. Dans quelques années, par la force des choses et l'épuisement des capitales, dont le nombre est forcément restreint, on reviendra à Paris; il faut donc entretenir avec les médecins étrangers de bonnes relations entre chaque session et surtout à chaque session. — Alors, allez-y.

— Mais, si j'y vais, il faudra que je serre la main aux Allemands, et j'avoue que cela

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Injection de chlorodyne dans la diarrhée grave. — Le docteur Cimbali (de Rome) fait remarquer, dans la *Riforma médica*, que les formes graves de certaines maladies — par exemple, la fièvre entérique, la pneumonie, la malaria, etc. — se compliquent parfois d'une espèce de diarrhée incoercible, qui n'est pas seulement un tourment pour le malade, mais encore constitue une véritable aggravation. Cette diarrhée profuse, qui ne donne pas moins de vingt à trente garde-robes par jour, s'observe en général dans les dangereuses formes adynamiques des maladies infectieuses et est d'ailleurs l'indice d'une profonde infection. Il est impossible de la modérer soit par les astringents, soit par les excitants les plus énergiques. Toutefois, dans plusieurs cas, il a obtenu des succès de l'emploi des injections de *chlorodyne*. Il injecta quinze grains de chlorodyne; si cette injection est insuffisante, on peut la renouveler cinq ou six heures après, à moins qu'on n'ait devant soi une de ces diarrhées qui sont l'avant-coureur immédiat de l'agonie. En général, après la première injection, le nombre des garde-robes diminue promptement et le malade éprouve un grand soulagement. Deux ou trois injections dans les vingt-quatre heures suffisent pour les arrêter, ou au moins pour les modérer. (*The ther. Gaz.*, 15 mai 1890). — R.

Baromètre « carreau-de-vitre ». — Dans le *Rep. Annal. chem.*, M. Rueckert, rappelant les propriétés bien connues des sels de cobalt et de nickel, qui, pour des changements de couleur, indiquent le degré d'humidité de l'air, recommande les combinaisons suivantes, qui peuvent être étendues sur les carreaux de vitre d'une fenêtre, sur un papier recouvrant la muraille, ou sur tout autre corps convenable :

I. Chlorure de cobalt, une partie; gélatine, 10 parties; eau, 100 parties;
II. Chlorure de cuivre, 1; gélatine, 10; eau, 100;
III. Chlorure de cobalt, 1; gélatine, 20; eau, 200; oxyde de nickel, 75; chlorure de cuivre, 25.

Ces combinaisons sont incolores quand le temps est humide; quand il est clair, le n° I donne une couleur bleue, le n° II, une couleur jaune, et le n° III, une couleur verte. (*Weekly medical Review*, 26 avril 1890). — R.

---

m'est pénible. Je sais bien que si j'étais Lyonnais, cela me serait encore pénible, car les Allemands, dans la dernière guerre, ont bel et bien massacré le personnel d'une ambulance lyonnaise, absolument comme s'il s'était agi de simples francs-tireurs. Mais, Lyonnais ou Parisiens, c'étaient des compatriotes, et qui sait si je ne vais pas me trouver en contact avec un des barbares qui ont accompli ou laissé accomplir ce massacre. — Alors, restez chez vous!

— Mais, si je reste chez moi, on dira que nous avons tort, nous autres Français, de ne pas accepter la main qu'on nous tend, les avances qu'on nous fait, ce qui serait de bonne politique; car, enfin, les Allemands ont envoyé des invitations personnelles à tous les médecins français de marque (et même de contre-marque, pardon du jeu de mots).

— Eh, bien allez-y comme savant, donnez une poignée de main scientifique et gardez votre main politique; votre main gauche en avant, et gardez votre main droite dans votre poche.

— Vous plaisantez, il n'y a pas moyen de causer sérieusement avec vous. Cependant il y a du vrai dans ce que vous dites. M. Virchow, que vous n'aimez guère, l'a dit aussi; il n'y aura dans les réunions du Congrès rien qui puisse froisser les sentiments politiques, religieux ou patriotiques; tout pour la science!

— .... Bon, bon! je vois que vous avez envie d'y aller; allez-y; mariez-vous.

— Mais non, pas du tout. Je pense que les médecins français doivent adhérer au Congrès médical de Berlin, mais qu'ils n'y peuvent pas aller.

©BIU Santé

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Sommaire : Traitement des névralgies du trijumeau. — Syphilome lingual simulant l'épithéliome. Poison du cancer. — Sur la rage.

Au vingt-neuvième Congrès des médecins suisses, M. Nægely (d'Ermatrugen) a rapporté les résultats qu'il a obtenus par un nouveau traitement des *névralgies du trijumeau*. Depuis déjà quelque temps il avait montré que l'on peut couper des quintes de coqueluche en portant brusquement le maxillaire inférieur en avant et en haut. Or on peut mettre fin à des névralgies tenaces du trijumeau en élevant l'os hyoïde et le larynx pendant soixante-dix à quatre-vingts secondes; l'effet est instantané. Le médecin doit se placer en face du malade, élever les grandes cornes de l'os hyoïde avec les deux pouces, mettre les index sur les oreilles et les autres doigts sur la nuque. On peut faire cesser ainsi des hémicrânies, des névralgies orbitaires, des nausées d'origine nerveuse, etc. Tantôt la douleur disparaît avec une seule séance, tantôt il en faut plusieurs. M. Nægely ne propose pas d'explication scientifique. Quoi qu'il en soit, il a déjà traité avec succès plus de cinquante cas, et on peut toujours essayer de sa méthode, qui n'offre aucun inconvénient.

***

Dans une des dernières séances de la Société de dermatologie, M. Hallopeau a rapporté une observation intéressante de *syphilome lingual à forme végétante simulant l'épithéliome*. Il se produisit des végétations volumineuses et indurées, malgré un traitement antisyphilitique prolongé et intensif.

Il résulte de cette observation que les syphilomes de la langue continuent parfois à s'accroître et à proliférer malgré un traitement énergique, et qu'ils peuvent siéger à la fois dans les parties profondes et dans les parties superficielles de l'organe. Le syphilome, qui revêt la forme de tumeurs végétantes ou d'excroissances papillomateuses, s'accompagne parfois d'adénopathie.

Nous rapportons la discussion qui a suivi la communication de M. Hallopeau, car elle complète les leçons de M. Fournier sur les syphilomes de la langue, qui ont paru ici même. M. Fournier, à la Société de dermatologie, a en effet insisté sur ce fait que les lésions scléreuses s'accompagnent fréquemment de leucoplasie. Or, cette dernière pré-

---

— Diable, voilà qui est subtil! S'ils y adhèrent, pourquoi n'iraient-ils pas? S'ils n'y vont pas, pourquoi y adhéreraient-ils?

— Mais justement pour proclamer l'utilité des Congrès internationaux des sciences médicales, afin de pouvoir soutenir l'institution, ne pas la laisser tomber, et la retrouver dans toute sa vigueur quand on reviendra en France.

— Allons, rassurez-vous, jeune homme. L'institution est assez solide sans vous; il y a déjà 5,000 adhérents au Congrès de Berlin. 5,000, entendez-vous, chiffre officiel. Qu'y ajoutera votre unité? Une unité, et c'est tout, et dans le nombre, une unité de plus ou de moins..... Réfléchissez encore, avant d'aller à Berlin.

***

Je redemande la parole pour un fait personnel. Simplissime a pour collaborateurs beaucoup d'amis qui s'intéressent à ses *Causeries* et qui lui envoient des anecdoctes, faits divers, etc., découpés de ci de là, afin qu'il les arrange à sa façon; ce sont des morceaux de lièvre destinés à être mis en civet. ... ou en gibelotte. Quand au fragment de journal on veut bien ajouter la source, je ne manque pas de l'ajouter; quand il n'y a rien, je ne puis dire d'où vient ce que je dis et que j'ai l'air d'avoir pris subrepticement. De là vient que j'ai reçu ces jours-ci des réclamations à ce sujet. Il n'y a pas de ma faute, et je prie mes honorables correspondants, qui, je crois, sont des amis, de ne pas me garder rancune d'un oubli forcé et involontaire.

Simplissime.

©BIU Santé

cède souvent le cancer. Comme elle existe aussi dans la syphilis, elle ne peut servir pour le diagnostic différentiel. Ce dernier est très difficile, car les langues scléreuses ne guérissent pas; il n'y a de régression appréciable que lorsque le traitement est appliqué dès le début de la maladie.

Pour M. Ozenne, le malade de M. Hallopeau pourrait rentrer dans les cas d'hybridité cancéro-syphilitique qu'il a étudiés dans sa thèse. L'atténuation des symptômes cancéreux est la règle dans les cas de ce genre, et l'influence nuisible du traitement vient encore à l'appui de cette opinion.

M. E. Besnier a surtout insisté sur deux points : 1° L'existence de végétations papillomateuses considérables; on voit ces végétations dans les syphilides et dans la tuberculose. — 2° La coexistence des leucoplasies, qu'il a appelées stomatites épithéliales, avec des lésions syphilitiques. Il est certain que les leucoplasies se voient dans des conditions très différentes chez les fumeurs, chez les arthritiques à mauvaises dents, chez les syphilitiques. Actuellement, on ne connaît pas de caractères distinctifs entre ces différentes variétés.

M. Lallier a fait remarquer que le malade avait des dents en très mauvais état. Cela suffit peut-être à expliquer l'aggravation de son état sous l'influence du traitement mixte. Le traitement local de la bouche aurait peut-être empêché les accidents.

Pour M. Mauriac, l'ulcération pourrait être d'origine dentaire, tandis que pour M. Hrady il y aurait à la fois stomatite mercurielle et syphilis linguale; des quantités très minimes de mercure suffisent à produire la stomatite mercurielle, et M. Hardy l'a vue se développer après l'administration de 25 centigr. de calomel.

M. Fournier a décrit plusieurs types de leucoplasie buccale : 1° Avant le cancer, il se forme de grosses pellicules faciles à détacher de la muqueuse; MM. Mauriac, Debove, Trélat ont décrit ce type; 2° dans la syphilis, la leucoplasie n'est pas suivie d'une altération aussi grave de l'organe, et il est probable qu'elle diffère dans sa nature de la première variété; 3° enfin, chez les fumeurs, chez les individus qui ont de mauvaises dents, la leucoplasie est incomplète.

Enfin, d'après M. Vidal, les lésions histologiques permettraient de distinguer les unes des autres les diverses variétés de leucoplasie; dans la leucoplasie syphilitique, l'altération du derme serait plus profonde que dans la leucoplasie cancéreuse où les lésions épithéliales seraient très importantes.

Cette discussion montre à quel point le diagnostic des tumeurs linguales est hérissé de difficultés. On ne saurait donc s'entourer de trop de précautions avant de conclure, car les signes sur lesquels on est le plus habitué à s'appuyer pour admettre le cancer, leucoplasie précédant la tumeur, végétation, aggravation sur l'influence du traitement spécifique laissent encore prise au doute.

A la même Société, M. Fournier a lu une note de M. Cathelineau d'après laquelle le mercure existe dans les viscères du fœtus, lorsque la mère a été soumise au traitement mercuriel. C'est dans le foie et la rate que l'on en rencontre le plus.

***

Dans une communication faite dans la dernière séance de l'Académie des sciences de Vienne et résumée par la *Semaine médicale* (1890, 28). M. Adamkiewicz a relaté les résultats d'expériences d'où il découle que le tissu cancéreux frais contient une matière toxique qui tue les animaux en quelques heures. Ce poison agit sur le système nerveux et détermine la mort par paralysie du cerveau. La température de l'ébullition et des substances désinfectantes, telles que l'acide phénique, font disparaître l'activité de ce poison. Les divers microbes trouvés dans les tissus cancéreux ne paraissent pas le produire. Si on l'inocule sur des terrains propices, ceux-ci deviennent également toxiques. Les propriétés toxiques du cancer ne se trouvent dans aucun tissu vivant physiologique ou pathologique; elles se rencontrent seulement dans le cancer atypique, c'est-à-dire dans le carcinome et le cancroïde, mais non dans le sarcome et l'adénome. L'action

©BIU Santé

toxique est si prompte qu'on pourrait l'employer comme réaction pour déterminer la nature d'un néoplasme malin. Les tissus cancéreux du cadavre présentent la même action toxique.

* * *

Lorsqu'une personne est mordue par un animal qui ne présente aucun signe de rage au moment de la morsure, mais qui devient enragé dans les trois ou quatre jours qui suivent, cette personne court-elle un danger? Telle est la question que se sont posée MM. Roux et Nocard. (*Annales de l'Institut Pasteur*, mars, 1890. — *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1890, p. 96.)

Pour arriver à une solution à l'abri de toute discussion, les auteurs ont cherché à déterminer à quel moment le virus apparaît dans la bave des animaux enragés. Dans ce but, ils donnaient la rage aux chiens en leur injectant dans la chambre antérieure de l'œil un peu d'émulsion du bulbe d'un animal rabique et surveillaient attentivement la température des animaux. Dès que la température s'élevait (ce qui, comme l'ont montré MM. Hugyès, Babès et Ferré, est la première manifestation morbide précédant de quelques jours l'apparition des symptômes rabiques), on recueillait la bave des chiens inoculés et on l'injectait à des cobayes ou à des chiens.

Ces expériences ont montré que la présence du virus rabique dans la salive des animaux enragés est précoce. En effet, après l'inoculation dans l'œil, la bave peut être virulente trois jours au moins avant l'apparition de tout changement dans les allures du chien; le résultat peut, très vraisemblablement, être étendu aux morsures de la tête.

MM. Roux et Nocard en concluent qu'un chien peut présenter tous les signes extérieurs de la santé, manger, être gai et caressant comme à l'ordinaire et porter déjà, dans sa gueule, le virus rabique. Si ce chien mord ou lèche une personne, il pourra lui communiquer la maladie, alors qu'il ne semble pas l'avoir lui-même.

Schaffer (*Médecine moderne*, 1890, 4) a fait l'étude microscopique de six cas de rage. La moelle présente des foyers de ramollissement dans la substance grise et des stries jaunes d'ocre de dégénérescence dans les cordons blancs (liquide de Muller). Gamaleia avait déjà vu ces lésions. Dans les cas de morsure des extrémités inférieures, c'est la moelle lombaire qui est surtout altérée, tandis que c'est le segment cervical dans les morsures des extrémités supérieures.

Schaffer a noté des aspects de dégénérescences variés des cellules des cordons antérieurs, dont deux formes nouvelles : la dégénérescence hyaline et la dégénérescence fibrineuse. Dans la substance blanche il a vu souvent la dégénérescence des gaînes, la fragmentation de la myéline, l'hypertrophie du cylindre-axe. Ces lésions se rencontrent surtout dans les cordons postérieurs. Il y a une altération semblable du cylindre-axe du nerf périphérique en rapport avec les morsures et une infiltration de leucocytes dans ces nerfs.

Les vaisseaux sanguins médullaires sont atteints par place de gonflement de l'endothélium, la tunique adventice est parfois épaissie et hyaline; il y a souvent des caillots, des hémorrhagies périvasculaires.

En somme, Schaffer admet l'existence d'une myélite aiguë rabique, diffuse, prédominant dans la substance grise.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 juin 1890. — Présidence de M. Abadie.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit les journaux et revues de la quinzaine; — *L'épidémie de grippe-influenza à Constantinople* (1889-90), par le docteur Limarakis, directeur du Dispensaire des dames grecques de Péra; — *Du rôle physiologique et thérapeutique de l'azote gazeux dans les eaux des Pyrénées*, par le docteur Duhourcau (de Cauterets), 1890; — *L'oxaline*

©BIU Santé

rénale étudiée à Contrexéville, par le docteur Debout d'Estrées. Paris, 1890; — *Contribution à l'étude du cancer en Normandie*, par le docteur Arnaudet (de Cormeilles), membre correspondant; les *Annales*, t. LV (1889-90) et le *Bulletin* (an. V, nos 9 et 10) de l'Académie nationale de médecine de Rio-de-Janeiro.

— M. Abadie fait une communication sur la *syphilis oculaire sénile*, avec présentation du malade. (Sera publiée.)

M. Duroziez : M. Abadie croit-il que la médication qui lui a donné de si beaux résultats doive être limitée à la syphilis? Qu'il n'y aurait pas lieu de l'appliquer à d'autres affections? Les Anglais emploient le mercure, *avec fureur*, dans le rhumatisme. Il semble donc qu'en dehors de la syphilis, il y ait encore de nombreuses indications pour les mercuriaux.

M. Abadie : Je n'ai eu en vue, dans le cas particulier, que la syphilis; nous serions entraînés trop loin si nous voulions discuter toutes les indications du mercure.

— M. Christian communique une observation d'ataxique chez lequel une fracture complète de la jambe a rapidement guéri. (Sera publiée.)

M. Reliquet : J'ai observé une fracture spontanée chez un ataxique qui avait une rétention d'urine. Un jour, je venais de le sonder, et tout s'était bien passé. Peu après, le malade, en se retournant dans son lit, se fractura la cuisse à la partie moyenne.

M. Duroziez : Il y a certainement, chez les ataxiques, des lésions profondes de la nutrition. Cependant, quand on considère la brusquerie de leurs mouvements et la fréquence de leurs chutes, on peut s'étonner que les fractures soient si rares chez eux.

M. Abadie : L'ataxie est une maladie très complexe; on ne peut pas demander que chaque ataxique présente les mêmes troubles fonctionnels ou les mêmes altérations organiques.

Élection d'un trésorier. — M. Gillebert-Dhercourt est élu trésorier par 11 voix sur 12 votants.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 3 juillet 1890.

Hémorrhagie vaginale chez une enfant de 3 ans. — M. Duchaussoy communique l'observation d'une petite fille de 3 ans, ordinairement bien portante, qui fut prise subitement, sans cause appréciable, d'une très abondante hémorrhagie par la vulve. Par les moyens ordinaires, eau glacée intus et extra, repos et potion hémostatique, on arrêta la perte de sang. Le lendemain, avec le spéculum d'Itard, il put constater en arrière de l'hymen et sur sa face postérieure l'existence de tumeurs érectiles de couleur rouge violet sans battements apparents. D'abord, il a dilaté l'ouverture avec l'éponge préparée, et, ensuite, il a écrasé avec des pinces hémostatiques les parties saillantes d'apparence fongueuse et injecté trois seringues de Pravaz d'un mélange de deux parties d'eau et d'une partie de perchlorure de fer. Le pansement fut fait avec de petites compresses de 1 centimètre carré, pliées en pile sur la tumeur érectile, après avoir été imbibées de perchlorure de fer pur, et un tamponnement avec du coton hydrophile trempé dans une solution d'acide borique. Deux mois après, toute trace de tumeur érectile était complètement disparue.

— M. Gillet de Grandmont lit un travail de M. Lapeyre (de Loches) sur trois cas d'endométrite traités par les crayons au chlorure de zinc, où les résultats furent des plus favorables.

Lecture d'un autre travail aussi de M. Lapeyre (de Loches), dans lequel il rapporte le cas d'une cigarette ayant séjourné quatre mois dans les bronches. Elle avait déterminé de la pneumonie avec des troubles divers consécutifs; enfin l'expulsion eut lieu et la guérison s'en est suivie.

©BIU Santé

— M. le docteur Henri Picard présente quatorze calculs du poids total de 100 grammes retirés par la taille hypogastrique de la vessie d'un vieillard de 87 ans.

Malgré cet âge si avancé et un cœur présentant de fréquentes intermittences, malgré deux hernies inguinales énormes, l'opération ne présenta aucune difficulté. La température ne dépassa jamais 37°,2, et la plaie ayant été liée en masse sans suture de la vessie, cette dernière, qui avait dû livrer passage à un calcul de 4 centimètres sur 5, était complètement cicatrisée le neuvième jour. Le onzième jour, le malade put sortir. Il est mort trois semaines plus tard d'une brûlure que l'infirmière maladroite lui fit avec de la solution forte d'acide phénique.

— M. de Backer présente des pierres poreuses chargées de médicaments divers, qu'on peut fumiger.

De l'association de la cocaïne et de l'extrait thébaïque pour combattre les vomissements dans la tuberculose pulmonaire et dans diverses maladies chroniques. — M. Tison : Il arrive très souvent que les tuberculeux vomissent tous leurs aliments, car leur estomac ne veut rien supporter. Je me suis très bien trouvé dans ces circonstances de leur administrer des pilules contenant chacune 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne et 1 centigramme d'extrait thébaïque. En général, il est bon d'en faire prendre une dix minutes avant l'ingestion des aliments et des boissons. Cinq à six pilules par vingt-quatre heures suffisent à arrêter les vomissements. Quand on descend à trois, l'efficacité laisse à désirer. C'est une observation que j'ai faite plusieurs fois sur un tuberculeux arrivé à la dernière période.

Je me suis également très bien trouvé de cette médication dans un cas de gastrite hystérique chez un homme. Ce malade, qui ne pouvait supporter aucun aliment, a pu manger sans vomir après trois jours de l'administration de ces pilules.

Cette médication m'a encore réussi dans d'autres maladies chroniques accompagnées de vomissements.

M. Toledano : M. Tison a-t-il eu l'occasion d'appliquer son traitement contre les vomissements des femmes enceintes?

M. Tison : Non; je ne l'ai appliqué que contre des vomissements dans les maladies chroniques.

Le secrétaire des séances, Dr G. Guelpa.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion de la Fête du 14 JUILLET, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 15 Juillet.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Amagat, député du Cantal, et Milhet-Fontarabie, sénateur de La Réunion.

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Duplay : La surdité par bouchon cérumineux. — II. Bibliothèque : Traité de petite chirurgie gynécologique. — Dyspepsie et catarrhe gastrique. — III. Revue des journaux : Le bromure d'or dans le traitement de l'épilepsie. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital de la Charité. — Professeur Duplay.

La surdité par bouchon cérumineux.

Messieurs,

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un homme qui présente une affection bien simple, que vous trouverez même peut-être trop banale et que cependant vous devez bien connaître, car vous aurez souvent l'occasion de la rencontrer dans votre pratique. Le malade que vous avez vu hier à notre consultation est un valet de chambre qui a habituellement une bonne santé et qui n'a jamais rien présenté du côté des oreilles. Il y a huit jours, après avoir fait ses ablutions pour sa toilette du matin, il fut pris d'une surdité brusque et complète des deux oreilles. Cet état persistant, son maître, qui est un de mes collègues, me l'envoya bientôt en me demandant confidentiellement s'il devait rester sourd.

En examinant le malade, je trouvai que la surdité était très notable des deux côtés. Il fallait élever très fort la voix pour se faire entendre, et le bruit du mouvement d'une montre n'était pas perçu à un demi-centimètre; par contre ce bruit devenait très net pour le malade quand on appliquait la montre sur les os du crâne et les oreilles. Retenez bien ce fait, Messieurs, car il a une grande importance pour le pronostic. Le malade avait des bourdonnements d'oreilles, mais pas de douleurs véritables.

Il était nécessaire de pratiquer un examen spécial. En appliquant un spéculum et en éclairant convenablement, je vis aussitôt qu'il y avait dans la moitié profonde du conduit une masse jaunâtre, sans reflets, un peu inégale, répondant absolument à l'aspect bien connu du bouchon cérumineux. Cette masse remplissait complètement le conduit et adhérait assez fortement aux parois.

Le diagnostic de l'affection s'imposait : il s'agissait évidemment d'accidents entraînés par la présence de ce bouchon cérumineux. Malgré tout, il y a très souvent des erreurs commises dont la principale cause est que l'on ne pense pas à regarder, à cause de l'étrangeté des symptômes. Cependant il est très pénible et très fâcheux pour le médecin, lorsqu'il a porté un pronostic mauvais et qu'il a traité longtemps son malade, de voir un confrère le guérir par une simple injection d'eau chaude. De plus l'erreur de diagnostic peut, comme vous le comprenez facilement, être extrêmement préjudiciable au malade.

Il est donc utile d'entrer dans quelques détails sur l'histoire des bou-

©BIU Santé

chons cérumineux. Ils sont formés, il n'y a pas besoin d'insister sur ce fait, par le produit de sécrétion des glandes spéciales du conduit auditif. Il y a deux espèces de bouchons : tantôt leur surface est dure comme de la pierre, probablement par suite de l'évaporation de l'eau; tantôt, au contraire, ils sont mous. Cela dépend beaucoup de la nature de la sécrétion; lorsque le bouchon est formé de cérumen, de quelques lamelles épidermiques, de quelques poils et des corps étrangers qui flottent dans l'air, il reste mou. Dans certaines professions où les poussières sont très abondantes, le bouchon se colore en noir, par exemple, lorsqu'il est riche en particules de charbon. La sécrétion exagérée du cérumen se rencontre très fréquemment chez certains individus qui présentent du reste des sécrétions exagérées de toutes les glandes sébacées. La sécrétion exagérée peut être d'origine réflexe, et il n'est pas rare de rencontrer le bouchon cérumineux chez des malades atteints de pharyngite chronique, d'obstruction de la trompe ou d'autres affections de la caisse.

Cette concomitance avec des maladies profondes de l'oreille est très importante dans la pratique, et nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

Quelquefois il y a encore d'autres causes pour expliquer l'accumulation du cérumen dans l'oreille. Chez certains individus,en effet, il y a des conditions particulières qui favorisent cette accumulation du produit et empêchent une excrétion au dehors. Beaucoup de gens sont vexés lorsqu'on leur fait remarquer qu'ils ont un bouchon de cérumen dans l'oreille et insistent sur les soins de propreté qu'ils prennent ordinairement; il n'y a cependant pas de leur faute, car les individus les plus propres peuvent être atteints. L'accumulation du cérumen dépend alors des dispositions particulières du conduit auditif qui est recourbé, sinueux et empêche les nettoyages et l'évacuation spontanée au dehors.

Enfin la production du bouchon peut encore dépendre d'une maladie heureusement assez rare, l'exostose du conduit auditif qui, comme on le comprend facilement, retrécit aussi beaucoup le calibre normal.

Il se produit encore un bouchon dans une maladie toute spéciale, affection particulière du fond du conduit et de la membrane du tympan, que l'on appelle myringite desquamative ou encore kératose obturante, nom que je me permettrai de trouver un peu baroque. L'oblitération du conduit dans ce cas se produit très facilement par suite de la grande quantité de productions épidermiques du conduit et de la membrane. L'accumulation de ces productions donne naissance à une sorte de bouchon qui diffère du bouchon cérumineux par sa constitution et son aspect. Quand il s'agit de cérumen, on a une masse jaunâtre ou brunâtre plus ou moins foncée. Quand il s'agit de masses épithéliales, le bouchon a une couleur blanche, quelquefois très claire et présente des reflets qui peuvent faire croire au médecin inexpérimenté qu'il se trouve en face de la membrane du tympan. Le produits épithéliaux adhèrent très souvent intimement aux parois de conduit et sont alors très difficiles à enlever.

Les symptômes qu'entraîne la présence des bouchons sont extrêmement variables. *A priori,* il semble qu'une maladie constituée par l'accumulation lente de cérumen ou de produits épidermiques doit donner lieu à des symptômes lentement progressifs augmentant peu à peu et que, de jour en jour, l'ouïe doit s'affaiblir. C'est là une opinion erronée qu'ont beaucoup de médecins, et en réalité les choses se passent habituellement d'une façon toute différente, car presque toujours le début est très brusque. Tant qu'il

©BIU Santé

existe un petit pertuis creusé à travers la masse obturante, les ondes sonores s'en contentent et arrivent à la membrane du tympan. Mais une cause très minime suffit souvent à boucher cette petite ouverture, et alors le trajet se ferme complètement et la surdité est complète.

Les causes accidentelles d'obturation brusque ne sont pas très nombreuses et presque toujours les choses se passent d'une façon identique. Notre malade nous dit qu'il s'est lavé la figure à grande eau et qu'il est devenu sourd. Dans les cas de ce genre, une goutte de liquide s'introduit au fond du conduit, tasse le cérumen ou gonfle les cellules épidermiques et ferme la petite ouverture qui restait encore. Aussi, lorsqu'un malade, qui n'avait pas antérieurement de troubles du côté de l'oreille, vient vous raconter qu'il est brusquement devenu sourd après s'être lavé la tête, on peut presque faire le diagnostic. Ce mode d'évolution trouble beaucoup de médecins, qui ne comprennent pas qu'une maladie de ce genre puisse débuter brusquement. Ce début brusque peut naturellement encore s'observer à la suite d'un bain froid quelconque. Parfois, il suffit d'un état hygrométrique prononcé de l'atmosphère; c'est ainsi que, après un grand bain chaud pris dans une petite pièce, le bouchon peut se gonfler au contact de l'atmosphère saturée d'humidité. D'autres fois, et cela a une grande importance en médecine légale, l'accident se produit à la suite d'un coup ou d'un traumatisme quelconque; on a vu des gens ayant perdu l'ouïe subitement, après une calotte reçue sur l'oreille, demander des dommages et intérêts, croyant être atteints d'une affection très grave. Dans ces cas, un ébranlement violent du corps déplace le corps étranger, le tasse et bouche brusquement le pertuis.

L'erreur dans laquelle tombent beaucoup de praticiens, paraîtra encore bien plus excusable, si je vous rappelle quelques-uns des symptômes des bouchons cérumineux. Le plus souvent, outre les bourdonnements d'oreilles, le malade présente des lourdeurs de tête, des étourdissements, des tendances aux lipothymies et fréquemment des vomissements. Tous ces symptômes s'expliquent par un excès de compression du liquide labyrinthique et on peut dire qu'ils accompagnent tous les corps étrangers en général. Vous comprendrez facilement, Messieurs, que lorsqu'un malade est devenu subitement sourd à la suite d'un traumatisme et qu'il présente en même temps des maux de tête, des vertiges, etc., en peut croire à une hémorrhagie cérébrale, à une affection des centres nerveux. J'ai eu occasion de voir des malades ayant été traités pendant plusieurs mois, et cela par des sommités médicales, à l'aide de purgatifs, de vésicatoires, tandis qu'ils n'avaient rien autre chose qu'un bouchon cérumineux.

Il suffit le plus souvent de regarder dans l'oreille pour faire le diagnostic. Quelquefois, cependant, une fois l'examen fait, on peut être trompé lorsque l'on n'est pas très habitué et croire que l'on a constaté l'aspect normal de la membrane tympanique. C'est que, comme je vous l'ai déjà dit, les bouchons épidermiques ont une couleur blanchâtre, une surface lisse, un reflet lumineux, et que cet ensemble de caractères peut simuler la membrane pour un œil peu exercé. Dans le doute, il faut procéder à l'examen au moyen d'un stylet que l'on mènera tout doucement et en ayant soin de le suivre à l'aide du spéculum jusque sur ce que l'on croit être la membrane du tympan. Ou bien on tombera sur une masse molle que l'on pourra gratter sans provoquer de douleurs et dont on pourra détacher des fragments formés de lamelles épidermiques ou de cérumen; ou bien, au con-

©BIU Santé

traire, on rencontrera un corps dur comme la pierre, résonnant sous le stylet comme la surface d'un caillou. Dans les deux cas, on pourra toujours éloigner l'idée qu'il s'agit de la membrane tympanique.

Le pronostic de la maladie est, en général, très bénin et, dans l'immense majorité des cas, on pourra la guérir sans causer la moindre gêne au patient. Cependant, il ne faut pas trop se hâter d'annoncer au malade qu'il n'y a rien à redouter par la suite, car, même après l'enlèvement du bouchon, il arrive parfois que le patient reste sourd. Y a-t-il des symptômes qui permettent d'affirmer des lésions des parties profondes de l'oreille, qui permettent de dire que la caisse ou l'oreille interne sont atteintes, que, par conséquent, le pronostic est beaucoup moins bon que dans les cas simples? En premier lieu, il faudra rechercher les commémoratifs avec le plus grand soin et se tenir en garde, si l'on constate qu'il y a depuis longtemps des troubles fonctionnels du côté de l'oreille. En second lieu, nous possédons un procédé d'exploration dont les résultats sont très précieux et nous permettent presque d'affirmer ou de nier l'existence de lésions du côté des parties profondes. Je veux parler de l'examen de la perception du son sur les os du crâne. La théorie du fait est assez difficile à expliquer et je ne m'y arrêterai pas, me contentant de vous en donner les applications cliniques. Lorsque les deux oreilles sont prises, que la montre ou le diapason ne sont pas entendus à distance, mais que leur son est net ou exagéré, lorsqu'on les applique sur les os du crâne, il est à peu près certain que les parties profondes sont saines. Si, une seule oreille étant prise, le malade entend mieux par les os du crâne du côté malade que du côté sain, on peut encore porter un pronostic favorable. Chez notre homme, l'audition par les os du crâne était exagérée; aussi j'ai pu annoncer que le simple enlèvement du bouchon serait suivi d'un résultat très favorable.

Malgré tout, Messieurs, et bien que ce que je vous dis soit vrai dans la majorité des cas, il ne faut pas trop vous avancer, car vous verrez certains malades rester sourds après l'enlèvement du bouchon, bien que la façon dont ils entendaient la montre ait fait admettre l'intégrité de l'oreille interne.

En relevant l'ensemble des cas, on peut admettre que près de la moitié des malades dont l'oreille présente un bouchon cérumineux recouvre complètement l'ouïe quand le conduit est débouché.

Le traitement est le plus ordinairement très simple, et vous avez vu que j'ai mis à peine quelques minutes pour guérir complètement le malade. Je vous mets absolument en garde contre la pratique qui consiste à enlever les bouchons cérumineux par des instruments; c'est là un mode de traitement barbare et dangereux qui expose à des accidents. Dans l'immense majorité des cas, les injections forcées suffisent, et vous avez vu hier que deux dans chaque oreille, ont suffi pour faire tomber la masse cérumineuse. Tantôt le bouchon tombe d'un seul bloc, tantôt il est éliminé par petits fragments qui tombent successivement. Quand on fait l'injection, il faut se rappeler que, ainsi que je vous l'ai déjà dit, un certain nombre d'individus présentent une grande courbure du conduit auditif; il faut avoir grand soin alors de le redresser pendant l'injection en faisant tirer en haut en arrière sur le pavillon de l'oreille. L'instrument dont je me suis servi est la seringue à hydrocèle; tout autre instrument ayant une force de projection assez grande serait aussi bien, et l'on peut ainsi se servir d'un irrigateur Aiguisier.

©BIU Santé

Chez certains malades, les injections échouent ou du moins il faudrait chez eux un temps considérable pour arriver au résultat cherché. Cela tient à la dureté et le plus ordinairement à l'adhérence du bouchon aux parois. Dans ces cas, même quand on a un bouchon dur, résonnant au stylet, on peut arriver à réussir par les injections quand on a soin de prescrire d'abord pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures des bains d'oreille avec l'eau chaude où la glycérine étendue de moitié d'eau. On remplit l'oreille de liquide le plus souvent possible et on le laisse agir un certain temps. Malgré tout, il arrive quelquefois que les bouchons résistent, et cela se voit surtout pour ceux qui sont composés de produits épidermiques le plus souvent très adhérents; on pourra alors recourir à l'instrument, mais procéder toujours avec une prudence extrême. A l'aide du spéculum et d'un stylet, on tâchera de détacher le pourtour du bouchon sans chercher à l'enlever complètement, de crainte de le tasser; après quelques tentatives, on recommence les injections et on réussira alors dans la grande majorité des cas.

Après l'ablation du bouchon, il faut prendre quelques précautions pour éviter les accidents que le malade attribuerait certainement à notre intervention. Souvent, en effet, le patient entend trop; les bruits extérienrs ont une grande intensité, le fatiguent; il sera très facile de remédier à cet inconvénient en plaçant dans l'oreille un tampon de coton. Cette obturation avec le coton a encore un autre avantage; elle met, en effet, le fond du conduit à l'abri du contact de l'air, et cela a une grande importance, surtout dans les temps froids, car le tympan, qui était depuis longtemps à l'abri des variations de la température extérieure a une grande tendance à s'enflammer et il peut s'ensuivre le développement d'otites ou de myringites.

Enfin on préviendra la reproduction d'un bouchon à l'aide de soins hygiéniques très faciles à prendre; il suffira, en effet, tous les huit ou dix jours, d'instiller dans l'oreille quelques gouttes de glycérine pour ramollir les produits de sécrétion qui pourraient s'être accumulés et que l'on enlèvera ensuite à l'aide d'une injection.

BIBLIOTHÈQUE

Dyspepsie et catarrhe gastrique. — Thérapeutique des maladies des voies digestives, par le docteur C.-L. Coutaret (de Roanne). — Paris, Masson, 1890.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, le nombre des malades atteints de troubles gastriques augmente dans des proportions considérables, et les médications que l'on emploie ne réussissent que d'une façon médiocre.

Pour M. Coutaret, ces dyspepsies rebelles, ces catarrhes gastriques tiennent à une affection spéciale qu'il appelle diathèse rhumatoïdale et qui, « engendrée par l'action prolongée du froid humide, du salpêtre et des moisissures, affecte spécialement les muqueuses, les muscles lisses, les artères aortiques, et présente, sans métastases aiguës et dangereuses, des alternances singulières et durables, entre des complications de même ordre, qui délaissent brusquement un système pour évoluer sur un autre ».

A cette dyspepsie spéciale M. Coutaret oppose la dyspepsie simple qui est sous la dépendance de troubles du fonctionnement de l'estomac causés par une hygiène vicieuse. Tandis que cette dyspepsie simple serait guérie par les alcalins, la maltine et l'eau de Vichy, le catarrhe gastrique cèderait uniquement à la médication acidule, à la pepsine et aux eaux de Saint-Nectaire.

M. Coutaret est parfaitement au courant des travaux anciens et récents relatifs à la

©BIU Santé

physiologie et à la pathologie de l'estomac et a réuni dans un certain nombre de chapitres une grande quantité de documents disséminés un peu partout.

On ne peut, en outre, refuser à son ouvrage la qualité d'être écrit d'après de nombreux documents cliniques. Les doctrines de l'auteur, quoiqu'un peu dissemblables de celles admises par l'Ecole, se recommandent donc à l'attention de tous.

TRAITÉ DE PETITE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE, par Paul F. MUNDÉ, professeur de gynécologie à New-York, traduit par G. LAUWERS, docteur à Courtrai. — Bruxelles, A. Manceaux, 1890.

Un grand nombre d'ouvrages nouveaux ont été publiés dans ces dernières années sur la chirurgie gynécologique et les procédés opératoires se multiplient de jour en jour. Ce qui fait le mérite de l'ouvrage de M. Mundé, c'est qu'il n'a choisi dans ces procédés que ceux qui sont définitivement entrés dans la pratique et qu'il les a alors décrits avec assez de détails pour qu'il soit possible à tous de les employer. En dehors des grandes opérations, telles que l'hystérectomie, l'ovariotomie, il y a pour le praticien assez d'occasions d'intervenir pour qu'il puisse tirer le plus grand profit de la lecture de l'ouvrage. Nous recommanderons spécialement les chapitres relatifs au tamponnement du vagin, à la dilatation et au curage de l'utérus, que l'auteur, parfaitement au courant des pratiques de l'antisepsie, a traités de la façon la plus moderne. Un grand nombre de figures en partie schématiques facilitent la lecture de ce traité dont l'analogue n'existe malheureusement pas en France. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Le bromure d'or dans le traitement de l'épilepsie. — D'après les recommandations de Bourneville, Dauge et Gaubert, au sujet de l'emploi du bromure d'or dans le traitement de l'épilepsie, plusieurs médecins russes ont fait l'essai de ce médicament dans diverses affections du système nerveux. Le professeur Merzhéëvski, ayant sous sa direction un cas très rebelle d'hystérie, qui avait résisté à tous les modes de traitement généralement employés, eut recours au bromure d'or, d'abord à la dose d'un quart de grain, puis à celle d'un demi-grain, et en obtint des résultats nettement favorables ; la malade se sentit beaucoup mieux et les attaques hystériques devinrent de beaucoup plus modérées et moins fréquentes. Le docteur Rozenbach, après avoir appliqué sans succès le bromure de potassium dans une demi-douzaine de cas d'hystérie, prescrivit le bromure d'or; dès la première semaine de cette médication les accès furent moins fréquents. Au début de l'emploi du médicament, la sensibilité de la bouche se montra émoussée, mais ce fut le seul symptôme de bromisme. Le docteur Danillo, de son côté, a donné le bromure d'or dans huit cas d'épilepsie, faisant prendre d'abord quatre pilules d'un cinquième de grain, et ensuite de douze à seize pilules par jour. Il ne s'est point produit de symptômes de bromisme, sauf un peu d'anesthésie de la bouche. Dans cinq cas, il y a eu plus ou moins d'amélioration; dans un cas, les attaques descendirent au degré de « petit mal »; dans un autre, chez une jeune fille de 14 ans, les attaques, qui se produisaient une et deux fois chaque semaine, s'arrêtèrent complètement, et, après quatre mois, elles n'avaient pas reparu; dans trois cas, les attaques devinrent moins intenses et moins fréquentes. Chez les autres malades, sur les huit, le bromure d'or ne parut exercer aucune influence.

Le docteur Scherbach a publié récemment dans le *Vrach* un compte rendu de ses études de laboratoire sur le même sujet, en vue d'apprécier la valeur de la dose du médicament et d'en comparer l'action avec celle des autres bromures les mieux connus. Le médicament a été administré sous trois formes : par la voie veineuse, par l'injection hypodermique, par les voies digestives. On a constaté que les accès épileptiques artificiellement produits ont pu être arrêtés par l'introduction dans les veines de 0 gr. 003 par kilogramme du poids de l'animal; une dose plus forte — 0 gr. 09 à 0 gr. 16 — a été

©BIU Santé

nécessaire dans l'administration hypodermique; et, par l'estomac, les attaques n'ont pas pu être entièrement prévenues à moins de un à deux grammes par kilogramme du poids de l'animal. En somme, il a paru que le bromure d'or était décidément plus actif à poids égal que les bromures les plus habituellement employés, et cela probablement dans la proportion de dix à un. Il est soluble dans l'eau, et la solution se conserve très bien si elle n'est pas exposée à la lumière. (*The ther. Gaz.*, 15 mai 1890). — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juillet. — Présidence de M. Moutard-Martin.

MM. Marchand (de Fécamp) et Loir (de Lyon) sont élus correspondants nationaux.

M. Guérin, tout en reconnaissant que les physiologistes ont fait faire des progrès à l'étude de la chloroformisation, ne croit pas qu'ils soient au bout de leurs travaux, car ils ne sont pas plus sûrs que le chirurgien de ne pas avoir de mort quand ils donnent le chloroforme.

M. Guérin considère l'expérience de l'arrêt du cœur que l'on obtient chez le lapin, en faisant faire une inspiration de chloroforme, comme expliquant les arrêts du cœur du début de la chloroformisation. Il n'y a pas seulement simple irritation et réflexe nasal, car les formes de rhinite qui entraînent des accès de faux asthme par spasme de la glotte ne causent pas d'arrêt du cœur. Ces points sont à étudier, et la physiologie des réflexes naso-pharyngiens n'est pas suffisamment connue.

Quoi qu'il en soit, les syncopes du début de la chloroformisation sont amenées par ces réflexes. M. Guérin, pour les empêcher, a l'habitude de faire comprimer le nez du malade auquel il donne le chloroforme par deux doigts de la main qui tient la compresse; l'anesthésique n'est alors inhalé que par la bouche.

On peut empêcher l'action toxique qui survient à la fin en faisant respirer le chloroforme mélangé d'air. Les intermittences du cœur, les cardiopathies en général sont des motifs à craindre des accidents. Enfin, il ne faut pas explorer la région malade avant l'anesthésie complète pour éviter de provoquer des douleurs.

Pour M. Labbé, la clinique a forcément la première place dans l'étude de la chloroformisation. Les accidents que l'on peut observer sont soit des accidents d'ordre réflexe au début, soit des accidents toxiques à la fin. Dès 1882, M. Labbé a dit que l'on devait donner le chloroforme à doses infiniment petites, de la façon la plus continue possible, sans la moindre intermittence, autant du moins qu'on le peut. Cette méthode eut d'abord peu de succès, mais elle est plus répandue maintenant. On évite de cette manière les accidents réflexes du début, qui sont les plus redoutables. Il faut, pour opérer l'anesthésie, mettre devant les narines, sans surprendre le malade, une compresse où il n'y a que quelques gouttes de chloroforme, et il faut continuer tout le temps avec des doses aussi faibles. La méthode des mélanges titrés est malheureusement impraticable, mais celle que préconise M. Labbé s'en rapproche le plus qu'il est possible; 15 à 20 grammes par heure suffisent pour l'anesthésie.

Jamais il ne faut commencer l'opération avant l'insensibilité complète qu'annoncent la résolution musculaire, et surtout la perte du réflexe cornéen.

Les accidents de la période d'intoxication ne se produisent pas, puisque le sang ne renferme jamais que très peu d'anesthésique.

Les malades suivent beaucoup mieux la méthode des petites doses continues. M. Labbé considère l'emploi adjuvant de la morphine ou de l'atropine comme inutile.

Quand il se produit un accident pendant la chloroformisation, il faut agir aussi vite que cela est possible, sans perdre une seconde, par l'inversion du corps et la respiration artificielle. Cette dernière est des plus utiles, et il faut avoir en elle une confiance illimitée.

©BIU Santé

Malgré tout, des accidents mortels peuvent arriver et aucun chirurgien ne peut être sûr de n'avoir pas de morts.

M. Verneuil partage les idées de M. Labbé. Les doses massives et intermittentes ne sont guère employées.

— M. Boucheron signale qu'il y a déjà longtemps qu'il a proposé de combattre les ophtalmies sympathiques survenant dix, quinze, vingt ans après la blessure de l'œil par la section des nerfs optiques et ciliaires faite en arrière du globe oculaire.

— M. Lagneau continue la lecture de son travail sur les *moyens de remédier à la faiblesse de la natalité en France*. (Nous résumerons ce mémoire lorsqu'il sera entièremen publié.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Syringomyélie et maladie de Morvan. — Syphilis médullaire précoce. Ostéite et périostite typhiques. — Exostoses ostéogéniques multiples.*

M. Joffroy : La syringomyélie et la maladie de Morvan peuvent se manifester par les mêmes symptômes; telle est la conclusion que MM. Joffroy et Achard ont pu tirer récemment d'une observation avec autopsie. Dans la dernière séance de la Société de biologie, M. Déjerine a fait quelques objections à cette conclusion; il invoquait d'abord la dissociation de l'anesthésie, considérée comme exceptionnelle dans la maladie de Morvan, tandis qu'elle est la règle dans la syringomyélie. Mais cette dissociation a été plusieurs fois constatée dans la maladie de Morvan, du moins au début. D'autre part, la syringomyélie peut s'accompagner d'altérations de la sensibilité au simple contact, M. Déjerine l'a rappelé lui-même, et l'observation de M. Joffroy en est un exemple. Il n'y a donc pas sous le rapport des troubles sensitifs, une distinction formelle entre les deux affections.

De même les panaris, constants dans la maladie de Morvan, se sont aussi parfois rencontrés dans la syringomyélie. Dans le cas de M. Joffroy, les panaris multiples et les déformations consécutives ont été remarquables.

Cliniquement, on ne peut donc séparer ces deux maladies, dont les types extrêmes sont réunis par des formes de transition. On trouve en outre bien des symptômes communs à la syringomyélie et à la maladie de Morvan : parésie et atrophie musculaire, scoliose, troubles trophiques divers.

L'état des nerfs périphériques, invoqué par M. Déjerine à l'appui de la doctrine dualiste, ne fournit pas même les éléments d'un diagnostic anatomique. S'il existait, en effet, dans deux cas examinés à ce point de vue par M. Gombault, des altérations parenchymateuses et surtout interstitielles avec lésions considérables des petits vaisseaux, ce sont des altérations analogues, sinon d'égale intensité, que M. Joffroy a observées dans son cas.

Enfin la fréquence de la maladie de Morvan en Bretagne, sur laquelle M. Déjerine se fonde pour rapprocher cette lésion de la lèpre et la rapporter à une névrite périphérique, ne peut établir une distinction entre les deux affections; l'étiologie de la syringomyélie est aussi mal connue que celle de la maladie de Morvan. Cette dernière a en outre été rencontrée à Paris, à Reims, en Allemagne, et les faits de Roth (de Moscou) et de Czerny, diagnostiqués syringomyélie, présentent de bien grandes analogies avec la maladie de Morvan.

On ne peut donc conclure, avec M. Déjerine, que ces deux affections sont indépendantes. La syringomyélie est une affection à symptomatologie complexe, variable suivant le siège et l'étendue des lésions spinales, et selon qu'il s'y joint ou non des névrites périphériques; elle peut donner lieu au complexus symptomatique défini par Morvan; mais on n'est pas autorisé à admettre actuellement que, dans tous les cas, la syringomyélie soit l'unique lésion de la maladie de Morvan.

M. Gombault a trouvé, dans le cas qu'il a examiné, des lésions de la moelle et des

©BIU Santé

nerfs. Dans la moelle, il y avait sclérose des cordons postérieurs; de plus il constata une une cavité; mais celle-ci était peut-être due aux manœuvres de la préparation; on ne pouvait donc être affirmatif sur la nature de cette altération.

Quant aux nerfs, ils présentaient de la névrite nodulaire et les lésions étaient bien plus considérables que sur les préparations que M. Joffroy a présentées. Mais peut-être n'y a-t-il là qu'une différence de degrés. Ces lésions nodulaires caractérisées par une prolifération très active du tissu conjonctif entourant les tubes nerveux gonflés et les dissociant ne sont pas l'apanage exclusif des myélites périphériques; on peut les rencontrer aussi dans les névrites d'origine centrale.

— M. Gilbert présente l'observation d'un homme qui, au dixième mois de l'infection syphilitique, a été pris d'accidents médullaires. Dans un travail sur les manifestations médullaires précoces de la syphilis, fait en collaboration avec M. Lion et publié dans les *Archives générales de médecine*, M. Gilbert a cité 56 cas analogues relevés dens la littérarature médicale; 44 avaient trait à la syphilis médullaire pure, 12 à la syphilis encéphalo-médullaire. Ces manifestations sont deux fois plus fréquentes dans la première année que dans la seconde et apparaissent surtout vers le sixième mois de la syphilis. Elles se montrent principalement dans les syphilis mal traitées et à marche rapide, mais quelquefois aussi dans les syphilis normales et méthodiquement traitées; elles frappent presque exclusivement le sexe masculin : sur les 56 cas cités, quatre fois seulement il s'agissait d'une femme.

Ordinairement, on ne peut trouver aucune cause occasionnelle : froid, humidité, excès vénériens; cependant, le malade de M. Gilbert a accusé des fatigues, du froid et une émotion morale vive; or, comme peu après il présenta de la paralysie vésicale, on aurait pu se demander tout d'abord s'il ne s'agissait pas d'une paralysie hystérique. Mais, quelques jours avant, il s'était plaint de rachialgie. Cette rachialgie, dorsale ou lombaire, rarement sacrée, est ordinairement un des premiers accidents médullaires. D'ailleurs, en quarante-huit heures, le tableau pathologique se compléta : paraplégie, diminution des réflexes, paralysie du rectum, abolition de la sensibilité thermique; la sensibilité au contact, à la douleur, au chatouillement était seulement émoussée; perturbation vasomotrice marquée par une demi-érection de la verge, un œdème des membres inférieurs avec suppression de la sécrétion sudorale dans les parties paralysées. Le diagnostic de syphilis médullaire précoce s'imposait. Mais les lésions étaient difficiles à déterminer; la méningo-myélite syphilitique peut, en effet, appartenir à l'une des quatre formes suivantes : 1° hyperémique, 2° embryonnaire, 3° scléreuse, 4° gommeuse, dont les dissemblances cliniques sont inconnues.

Cela était d'ailleurs peu important au point de vue pratique. Le traitement mixte fut prescrit au malade et continué pendant deux mois; les résultats n'ont pas été satisfaisants; si, en effet, quelques mouvements des membres inférieurs peuvent être exécutés, si la paralysie vésicale a cessé, par contre les muscles s'atrophient et donnent la réaction de dégénérescence, le tremblement fibrillaire augmente, les réflexes s'exagèrent. Ces méningo-myélites syphilitiques sont ordinairement incurables.

M. Renault : Dans le cas que rapporte M. Gilbert, on ne trouve aucun symptôme qui différencie la myélite syphilitique de la myélite ordinaire; l'existence du chancre antérieur a seule fait faire le diagnostic. Souvent, cependant, grâce à une observation attentive, on découvre quelques particularités qui dévoilent la myélite syphilitique.

Chez un malade que M. Renault a présenté il y a quelques jours à la Société de dermatologie, les accidents furent d'abord ceux d'une myélite ordinaire; puis, tout à coup, il présenta du ptosis du côté gauche et fut pris d'accès de dyspnée, de palpitations, de lipothymies indiquant une altération bulbaire; ces accidents se sont produits au moment où on s'y attendait le moins; on peut, au contraire, toujours les prévoir dans une myélite ascendante. Donc, dans quelques cas, sans autres signes de l'infection, on peut diagnostiquer la nature syphilitique d'une myélite, et cela sans recourir au traitement, puisque, d'ailleurs, celui-ci ne réussit pas toujours.

M. Gilbert : Cela peut être vrai pour les syphilis médullaires tardives, mais non pour

©BIU Santé

les syphilis médullaires précoces dans lesquelles des accidents analogues à ceux que M. Renault vient de rapporter n'ont jamais été signalés. Dans le chancre ou les manifestations secondaires, il est impossible de faire de diagnostic, sauf quand le traitement réussit. A l'autopsie, le diagnostic est facile, car on trouve des gommes et des scléroses dont la nature n'est pas douteuse.

M. Ollivier : Pendant longtemps on a cru que les accidents nerveux appartenaient seulement à la période tertiaire de la syphiis. Les faits rapportés par M. Gilbert font justice de cette erreur. Il est très important de faire de bonne heure le diagnostic des syphilis médullaires. Dans la moelle, en effet, les exsudats et les gommes n'ont pas, comme dans le cerveau, la place de se développer et produisent très tôt des lésions irrémédiables.

— M. Chantemesse : Un homme de 29 ans eut, en 1887, une fièvre typhoïde normale qui, après une durée de six semaines, guérit complètement. Mais, trois mois après le début de la maladie, cet homme commença à éprouver des douleurs très vives dans la cuisse, la jambe, le genou, du côté gauche; à ce moment, le membre inférieur était parfaitement rectiligne et avait sa grosseur normale. Depuis, la jambe, qui est restée toujours douloureuse, surtout quand le malade se fatigue, s'est incurvée de plus en plus. Aujourd'hui cette incurvation est très accentuée, tout le membre inférieur est diminué de volume, et, sur le condyle interne du fémur, on trouve une saillie volumineuse.

Il s'agit donc probablement d'une ostéite due au bacille typhique; ici, cependant, les lésions sont étendues à tout le membre inférieur, tandis qu'elles sont ordinairement localisées dans les ostéites et les périostites consécutives aux maladies infectieuses.

Orloff a récemment publié une observation analogue : périostite du tibia neuf mois après le début d'une fièvre typhoïde; une incision fait découvrir, entre le périoste et l'os, un tissu de granulations grises implanté dans l'os; le raclage fit disparaître les douleurs. Les cultures démontrèrent que le bacille typhique existait seul dans ces granulations. Ce malade a donc gardé pendant neuf mois un foyer de bacilles typhiques.

La persistance de ce bacille dans l'organisme peut donc être assez longue. M. Chantemesse observe en ce moment une malade qui, depuis cinq mois, ne cesse pas d'avoir la fièvre typhoïde; à peine entre-t-elle en convalescence qu'elle rechute.

Ordinairement le bacille typhique ne provoque pas de suppuration. Cependant cela arrive quelquefois; M. Achaline a signalé un cas de périostite suppurée post-typhique dans lequel le pus ne contenait pas d'autre microbe que le bacille d'Eberth. En 1886, M. Rendu a rapporté un fait de pleurésie purulente dont le pus contenait le bacille typhique à l'état de culture pure. Plus tard Valentini a cité un cas semblable; Frænkel a rapporté un fait de péritonite post-typhique ayant abouti à la formation d'un abcès qui contenait un litre de pus dans lequel existait le seul bacille typhique quatre mois et demi après le début de la fièvre.

Le bacille d'Eberth peut donc, dans quelques cas, produire la suppuration. M. Chantemesse a d'ailleurs pu produire expérimentalement chez le lapin la formation de petits foyers purulents par l'injection de culture pure au voisinage du périoste d'un os long.

Comme traitement des périostites typhiques on pourrait tenter l'injection de substances antiseptiques, huile iodoformée, glycérine créosotée, dans le foyer douloureux. L'intervention chirurgicale ne réussit pas toujours aussi bien que dans le cas d'Orloff, car le bacille peut produire des foyers multiples qu'une seule trépanation ne suffit pas pour atteindre.

M. Barié : La suppuration est très rare à la suite des périostites typhiques. M. Bourgeois, dans une thèse très complète, n'en rapporte que deux cas.

M. Rendu : On peut poser en principe que plus le processus est rapide, plus les chances de suppuration sont grandes; quand le processus est lent, il aboutit à l'hyperplasie, comme cela a eu lieu très probablement dans le cas de M. Chantemesse.

Quant aux rechutes elles sont fréquentes et se produisent quelquefois après une période d'apyrexie de huit ou quinze jours.

©BIU Santé

M. Netter : M. Jaccoud a publié le cas d'un malade qui fit cinq rechutes de fièvre typhoïde : à la deuxième il y avait eu un abcès contenant les microbes ordinaires de la suppuration. La durée totale de la maladie fut de plus de six mois.

— M. Legroux présente, au nom de M. Barthélemy, une nouvelle observation d'exostoses ostéogéniques multiples. Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans qui présente au fémur, aux tibias, aux omoplates, au sacrum, à l'index, des exostoses en forme de stalactites. La mère porte quatre saillies analogues. Il y aurait donc là de l'hérédité directe.

FORMULAIRE

Suppositoire contre la cystite. — Reliquet.

Iodoforme.....	0 gr. 10 centigr.
Extrait de jusquiame.....	0 gr. 07 —
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 un écoulement uréthral, prendre matin et soir une pilule contenant 10 centigrammes de terpine. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— Par décret, en date du 10 juillet 1890, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Dugé de Bernonville, directeur du service de santé de la marine, à Cherbourg.

Au grade d'officier. — M. Michel, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Bodet, médecin principal de la marine; Duplouy, Lidin, Barrême, Arami, Couteaud, médecins de première classe de la marine; Reynaud, pharmacien principal de la marine.

— MM. les docteurs Vleminckz et Dele viennent d'être élus membres titulaires de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Raoult-Deslongchamps (Alexandre), médecin principal de première classe en retraite, ancien médecin en chef de l'état-major de Paris, directeur du service de santé du 12e corps d'armée à Limoges, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Amélie-les-Bains, dans sa soixante-quatrième année, le 10 juillet; de M. Chancerel, professeur à l'Ecole de médecine de Caen; de M. le docteur Deguereau (de Paris) et de M. le docteur P. Loye, maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes, préparateur de M. le professeur Brouardel. M. le docteur Loye n'était âgé que de trente ans.

Choléra. — Trente-deux élèves de la Faculté de médecine de Bordeaux se sont inscrits pour le service sanitaire de la frontière. MM. de Coquet, président de l'Association des étudiants, Daniel Corne, Forges, Portes, Cannies, Gayatche et Joulin sont partis pour les différents postes de la frontière.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 juillet 1890, M. le docteur Boudin (de Paris), a été nommé officier de l'instruction publique.

©BIU Santé

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ETUDES. — M. Magon (Lucien-Antoine-Sévère), docteur en médecine, chef des travaux de zoologie et de botanique à la Faculté des sciences de Besançon, suppléant d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville, est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de physiologie générale à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.

NOMBRE DES DIPLÔMES DÉLIVRÉS AUX FEMMES. — D'après la dernière statistique publiée par les soins du ministère de l'instruction publique, il a été délivré, depuis 1866, 202 diplômes à des dames ou à des demoiselles. Ces diplômes se divisent ainsi : 35 docteurs en médecine, 69 bacheliers ès sciences, 67 de bacheliers ès lettres, 16 de bacheliers ès sciences et ès lettres, 13 de licenciés et 2 de pharmaciens.

Sur les 202 candidates diplômées, 102 se sont présentées devant les Facultés de Paris; Lyon vient ensuite avec 16, Aix avec 13, Nancy avec 12, Bordeaux avec 11, etc.

Parmi les dames ou demoiselles étrangères qui ont obtenu des diplômes, le plus grand nombre appartient aux nationalités russe et roumaine. On compte aussi plusieurs Polonaises et quelques Anglaises.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le clinicat chirurgical.* — Le concours pour le clinicat chirurgical (chaire de M. Lefort) a eu lieu cette semaine. Un seul candidat s'est présenté, M. le docteur Lejars. M. le docteur Lejars a été nommé, après concours, chef de clinique chirurgicale. Le jury se composait de MM. Lefort, Duplay, Panas, Tarnier, Pinard. L'épreuve écrite a été : « Rapport de la glande parotide; enchondrome de la parotide. Toutes les épreuves ont eu lieu, en un seul jour, à la Pitié, jeudi dernier.

CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS DE PARIS. — Le Conseil général des Facultés de Paris a tenu séance sous la présidence de M. Gréard. En prévision du budget de 1892 à dresser, il a entendu et appuyé de son vœu les demandes des doyens tendant à relever les crédits affectés aux établissements d'enseignement supérieur. Il est évident que les agrandissements matériels de la Faculté de médecine, de la nouvelle Sorbonne et, plus tard, ceux de la Faculté des sciences rendent déjà et rendront encore davantage insuffisantes les ressources affectées jusqu'ici à leur entretien et à leurs travaux.

(*Progrès méd.*)

Annuaire des eaux minérales de la France et de l'Étranger pour 1890 publié par la *Gazette des Eaux*. — Trente-deuxième année.

Nomenclature complètement revisée des stations françaises et des principales stations étrangères; analyses; propriétés; altitudes; installations; moyens de communications. Tableaux comparatifs de la température, des proportions de chlorure de sodium, de sulfure de sodium, de fer, de lithium. Etude critique de l'Exposition des stations françaises en 1889. Tableau des récompenses décernées. Notices et renseignements pratiques.

Librairie Gauthier-Villars et fils, 55, quai des Grands-Augustins : 1 fr. 50 c.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

PHTHISIE, *Bronchites*, *Catarrhes*. — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Christian : Ataxie locomotrice progressive datant de plusieurs années. — Délire chronique. — Fracture complète de la jambe, guérison en un mois. — III. Bibliothèque : La syphilis aujourd'hui et chez les anciens. — IV. Travaux de la Faculté de médecine de Lyon : De la tuberculose des ouvriers en soie. — V. De quelques nouvelles médications. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

La discussion sur la chloroformisation est encore une fois close à l'Académie de médecine, et ce sont les chirurgiens qui ont eu le dernier mot. Je veux dire que ce sont eux qui ont parlé en dernier lieu. Mais il n'en est pas moins vrai que ce sont eux qui me semblent avoir eu raison, puisque leur manière de voir est la même que la mienne.

En effet, M. Alphonse Guérin, tout en admirant les expériences des physiologistes, et en admettant comme M. Franck que les altérations du cœur jouent un grand rôle dans la genèse des accidents chloroformiques, ne croit pas qu'il soit possible d'appliquer à l'homme atteint d'une maladie du cœur les résultats des expériences faites sur des animaux chez lesquels on a produit des lésions de leurs valvules aortiques. M. Léon Labbé reconnaît aussi que, dans la question de l'administration du chloroforme, on doit tenir compte des expériences des physiologistes, mais que, quand il s'agit de l'homme, c'est à la clinique que revient la première place, Or, la clinique apprend que les accidents dus au chloroforme sont de deux ordres : acci-

FEUILLETON

CAUSERIE

Encore (et bien involontairement) le Congrès de Berlin!

Dieu m'est témoin qu'en prenant aujourd'hui la plume pour écrire cette causerie je n'avais pas du tout l'intention de revenir sur le Congrès de Berlin. Je ne tiens nullement à faire de l'opposition au gouvernement ni à blâmer ses actes, et encore moins à en avoir l'air, et puisqu'il a jugé à propos d'envoyer des délégués officiels à ce Congrès, comme il l'a fait aux Congrès précédents, il faut considérer la question comme close et n'en plus parler. Cependant j'ai trouvé dans le *Journal de médecine de Paris* une lettre de M. le docteur Ch. Fauvel qui vient trop à l'appui de ma thèse pour que je ne vous en donne pas communication.

« J'étais à peu près décidé, dit notre confrère, à aller au Congrès de Berlin et j'avais presque accepté l'invitation qui m'avait été adressée par plusieurs confrères de la capitale prussienne, mais je me vois contraint de changer d'avis. Voici pour quelle raison :

« Je vois partout annoncer dans les journaux *que des souscriptions sont ouvertes dans toutes les provinces de Prusse pour que les fêtes anniversaires de Sedan aient cette année un éclat exceptionnel.* Or, si l'on considère que ces fêtes auront lieu à peu près à la même époque que le Congrès, je crois bien que peu de médecins français auront le

©BIU Santé

dents d'ordre réflexe ou accidents de début; accidents d'intoxication, pendant le cours ou à la fin de la chloroformisation. De ce chef, comme l'avait dit M. Verneuil, les physiologistes n'ont rien d'original à réclamer, puisque les cliniciens savaient à quoi s'en tenir à cet égard. Mais où j'ai été heureux d'entendre M. Labbé, c'est quand, reniant les appareils destinés à fournir les mélanges de vapeurs titrées, il préconise la simple compresse, recevant et donnant d'une manière continue de petites doses de chloroforme.

C'est, en effet, cette méthode qui a été adoptée depuis longtemps en France, en particulier par les chirurgiens qui pratiquent de longues opérations sur l'abdomen, et dont on reconnaît de plus en plus la supériorité sur les autres. De cette manière, on ne donne que de très petites quantités de chloroforme et les chances d'accidents sont réduites à leur minimum. Si M. Verneuil, dont je me félicite d'être l'élève en ce point comme en bien d'autres, a pu dire que, dans tout le cours de sa carrière chirurgicale, il n'avait perdu que trois malades du chloroforme, c'est certainement à cette méthode qu'il doit ces résultats excellents. Les deux observations que M. Labbé a rapportées sont des plus concluantes : deux malades, anesthésiés par la méthode dite classique, c'est-à-dire des fortes doses au début, faillirent ne pas se réveiller; soumis de nouveau à l'anesthésie, mais, cette fois, par la méthode des doses petites et continues, ils furent facilement anesthésiés. C'est donc cette dernière méthode qui doit être acceptée maintenant comme la méthode classique.

Si, malgré tout, il survient des accidents, il faut y remédier par l'inversion du corps et la respiration artificielle, deux moyens que nous ont enseignés les cliniciens et non les physiologistes; et si cependant la mort survient encore quelquefois, il faut bien savoir que, dans certains cas, elle peut avoir lieu « sans que personne au monde ait le droit de mettre en jeu la responsabilité de l'opérateur ».

---

courage d'aller banqueter en Prusse. Pour mon compte, j'avoue que cela me serait impossible. »

Ça, c'est la note patriotique, qui a touché aussi quelques confrères dont j'ai reçu l'approbation pour ma causerie avant-dernière. Mais M. Ch. Fauvel exagère un peu l'affaire de l'anniversaire de Sedan. Le Congrès finira le 9 août; Sedan, hélas! nous ne nous en souvenons que trop, n'a eu lieu que le 3 septembre, et il n'est pas probable que les membres français du Congrès s'attardent en Prusse jusqu'à cette date, comme ils avaient fait à Copenhague il y a six ans, et encore ils étaient peu nombreux. A cette époque, il est vrai, nous sommes arrivés à Kiel, retour de Copenhague, le 1er septembre; Kiel était déjà pavoisé, mais peu; à Hambourg, où nous avions l'intention de nous arrêter un jour ou deux, les drapeaux allemands étaient plus nombreux, aussi nous n'y avons pas fait long feu; le temps d'aller de la gare du Nord à la gare du Midi, et nous voilà repartis pour Cologne sans nous arrêter, poursuivis le long de la route par les drapeaux maudits. A Cologne, il fallut attendre quatre heures le train de correspondance pour Paris, mais pour ne pas revoir les préparatifs de la fête du lendemain, aucun de nous n'est sorti de la gare. Au moment du départ, il faisait nuit depuis longtemps. Un bon somme, et nous ne nous sommes réveillés qu'à la frontière française.

Donc, je ne crois pas que les préparatifs de « la fête de Sedan », comme on dit en Allemagne, soient la raison qu'on doive invoquer pour ne pas aller au Congrès de Berlin. Le sentiment qui a fait agir la presse allemande dans l'appel qu'elle a adressé à

©BIU Santé

Ataxie locomotrice progressive datant de plusieurs années. Délire chronique. — Fracture complète de la jambe, guérison en un mois.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 juin 1890,

Par le docteur CHRISTIAN,

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

Les travaux, si nombreux, publiés dans ces dernières années sur l'ataxie locomotrice progressive, semblent établir que, dans cette affection, le système osseux subit une altération spéciale, telle que les fractures se produisent avec la plus grande facilité, et même spontanément.

Beaucoup d'observations ont été publiées, qui mettent ce fait en évidence. Mais peut-être n'a-t-on pas mis le même soin à recueillir les faits contraires. C'eût été cependant le seul moyen de résoudre la question essentielle, à savoir si la fragilité du tissu osseux dans l'ataxie dépend de la maladie nerveuse elle-même, ou si, au contraire, elle ne tient pas à des circonstances accessoires, accidentelles, qui ne se rencontrent que dans certains cas. C'est là un problème complexe que je ne saurais discuter actuellement. Mais je crois intéressant de publier le fait que j'ai observé, ne serait-ce que parce qu'il diffère de ceux que l'on a rapportés, et que les choses se sont passées tout autrement qu'on ne l'eût prévu.

S., Corse d'origine, né en 1834, entre à Charenton le 27 mai 1884. Nous ne pouvons rien apprendre sur les antécédents du malade, sinon qu'il y a des maladies nerveuses (?) dans sa famille.

S. était inspecteur de la navigation de la Seine; il y a quelques années, il a épousé une veuve, et de ce mariage est née une petite fille, bien portante jusqu'à ce jour. Mais, peu de mois après son mariage, S. a commencé à présenter les symptômes du tabes dorsalis, et, le mal s'aggravant, il dut bientôt renoncer à ses fonctions et prendre sa retraite.

Ce tabes suivit sa marche habituelle, caractérisé surtout par les crises gastriques et les

---

la population n'était certainement pas dirigé contre les médecins français qui avaient l'intention de se rendre au Congrès ; cet appel est général et non particulier, et, en somme, il est bien naturel de la part de nos vainqueurs qu'ils fêtent plus magnifiquement que les précédents le vingtième anniversaire d'une victoire sans analogues pour eux dans l'histoire. Vingt ans après! Vous rappelez-vous ce que tout le monde disait il y a vingt ans? « Dans vingt ans nous aurons notre revanche ! » Vingt ans se sont passés, et nous ne l'avons pas encore, bien que les gens bien informés prétendent que nous avons tous les atouts en main, et que la magnifique revue du 14 juillet ait donné du cœur au ventre des plus incrédules. Mais quelle guerre que la future ! *Di avertant!*

Non, ce n'est pas là le vrai motif; ce n'est pas non plus, comme me l'écrit un de nos meilleurs aliénistes, les théories de Virchow, Starck et *tutti quanti*, sur notre état mental, me rappelant que déjà en 1848 l'un des leurs avait inventé le *morbus democraticus* et nous en avait fait l'application. Ce qui touche le plus cet excellent confrère, comme bien d'autres, c'est le refus systématique des Allemands de venir à nos Congrès de 1889. C'est ainsi, du reste, que j'ai présenté la question, ou plutôt un des côtés de la question, et plusieurs des amis que j'ai consultés à cet égard se sont également sentis violemment froissés de ce procédé, qu'ils n'ont pas oublié et qui les a portés aussi à s'abstenir.

Cependant, vous savez que l'incident Virchow-Starck préoccupe autant la presse étrangère que la presse française. Pendant de longs mois, la presse étrangère nous a

©BIU Santé

douleurs fulgurantes. Mais l'intelligence ne tarda pas à être atteinte également. Tantôt plongé dans une noire hypocondrie, tantôt en proie à une excitation maniaque violente, S. devint dangereux pour son entourage, et il fallut l'interner à Charenton.

Au moment de son entrée, je pus constater les signes classiques de l'ataxie : démarche incertaine: il lance les jambes de côté; douleurs en ceinture et douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, surtout la nuit; diplopie, etc. Le malade attribue tous ces symptômes au rhumatisme.

L'intelligence est troublée; S. a peine à suivre une conversation. Tantôt triste, affaissé, tantôt excité, réclameur, violent, il n'a cependant aucune idée délirante bien caractérisée; il se plaint beaucoup de sa femme, de sa famille, mais sans articuler contre elles de griefs bien précis.

Toute une année se passa de la sorte. La démarche était devenue de plus en plus incertaine; les douleurs persistaient, malgré tous les remèdes. Seul, l'iodure de potassium, à dose journalière de 0,50 à 1 gramme, a paru soulager le malade.

Le 15 juin 1885, S. était assis sur un fauteuil dans la galerie, quand il fut renversé accidentellement par un autre pensionnaire. Il tomba si malheureusement qu'il se fractura la jambe droite; la fracture comprenait les deux os, et siégeait au tiers moyen; pas de lésion extérieure.

Le même jour S. passa dans le service de chirurgie, où il subit le traitement classique : *un mois après*, il revenait dans mes salles, parfaitement guéri, avec un cal solide.

Une particularité singulière, c'est que, le lendemain de cet accident, S. se réveilla avec un délire ambitieux que jusque-là nous n'avions jamais observé chez lui : « il va épouser la reine d'Espagne, habiter avec elle son hôtel des Champs-Elysées; il a 600,000 francs à la caisse; il rit, chante, vante sa force, ses talents, ses richesses, distribue honneurs et décorations, etc. »

Ce délire n'est accompagné ni de tremblement fibrillaire des muscles, ni d'embarras de la parole; par conséquent il ne s'agit pas d'une paralysie générale. Mais il persiste avec les mêmes caractères pendant des semaines. Puis la scène change : « S. est mort, il ne peut plus ni parler, ni avaler; il n'a plus de bouche, plus d'estomac, plus de jambes. » Il faut le nourrir à la sonde.

A partir du mois d'août 1885, ces alternatives de délire ne cessèrent de se reproduire. L'ataxie continue ses progrès, le malade dépérit, ne quitte plus son lit. Les muscles des extrémités inférieures s'atrophient; S. tombe dans un état de profonde cachexie. En

---

reproché de bouder le Congrès, de n'en pas parler, de faire à son sujet une sorte de conspiration du silence. Pour couper court aux articles aigre-doux de ces messieurs, qui s'intéressent à bon droit aux progrès de la science internationale et à qui il semblait, ce qui est très flatteur pour nous, que cette science en général et le Congrès de Berlin en particulier seraient en péril si les médecins français s'abstenaient d'y prendre part, le syndicat de la presse française a rédigé la petite résolution que vous savez et engagé nos compatriotes à oublier que le Congrès avait lieu à Berlin, capitale de l'Allemagne, pour ne se souvenir que du Congrès lui-même. Vive approbation de toute la presse étrangère, qui voit le Congrès assuré, ce qui est de plus en plus flatteur pour nous.

Mais voilà que M. le docteur Huchard découvre le lièvre gîté depuis 1871 dans la *Revue scientifique* et le jette dans les jambes des partisans du « tous à Berlin ». Ce fut comme un coup de tonnerre dans un ciel serein. Voilà tout remis en question. « Nous n'irons pas à Berlin; nous ne voulons pas faire partie d'un Congrès dont le président..... » Et les journaux étrangers de chercher à atténuer la portée de l'incident. L'éminent professeur Ewald, éditeur de la *Berliner klinische Wochenschrift*, a pris la peine de réfuter lui-même, dans le numéro du 7 juillet, et en termes excellents et conciliants, les arguments qu'avaient fait naître la phrase malencontreuse de M. Virchow. « Ce n'est pas lui qui nous a traités d'idiots, c'est M. Starck; donc, nous ne saurions lui en vouloir. » Pardon. M. Virchow, en répétant l'opinion de son collègue, ne l'a pas combattue; au contraire, il l'a même trouvée toute naturelle; il l'a donc faite sienne, il doit en partager la responsabilité avec M. Starck. M. Ewald lui-même s'y prend assez mal pour les excuser; la

©BIU Santé

uin 1887, escares au sacrum; la mort arrive le 10 août 1887, dans le dernier degré du marasme.

L'autopsie ne fut malheureusement pas autorisée.

Cette observation offre certainement un grand nombre de particularités intéressantes, mais sur lesquelles je ne veux pas m'arrêter. Le seul point sur lequel je désire appeler l'attention est celui-ci : un ataxique, dans une période avancée de sa maladie, car elle date de plusieurs années, fait une chute, se fracture la jambe, et, malgré les conditions défavorables dans lesquelles il se trouve, il guérit de sa fracture en un mois, c'est-à-dire en très peu de temps. Si le tissu osseux avait été réellement altéré, s'il y avait eu ostéite raréfiante, — comme on veut que cela arrive dans l'ataxie, — le cal eût-il pu se former si rapidement?

Sans doute, le traumatisme qui a produit la fracture était par lui-même insignifiant (une chute d'un fauteuil sur le parquet) ; on pourrait donc supposer une fragilité osseuse plus grande, si chez les gens bien portants on ne voyait des fractures se produire dans des conditions toutes pareilles.

De toutes façons, la fracture dont mon malade a été victime a évolué autrement qu'on ne devait le prévoir chez un ataxique dont le mal datait de plusieurs années, et c'est là surtout ce qui m'a déterminé à en entretenir la Société.

BIBLIOTHÈQUE

LA SYPHILIS AUJOURD'HUI ET CHEZ LES ANCIENS, par le docteur BURET. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Dans cet intéressant petit volume, qui a certainement exigé de longues et consciencieuses recherches, l'auteur donne tout d'abord une description rapide des principaux symptômes de la syphilis, et nous explique qu'il a cru nécessaire de décrire succinctement cette maladie complexe, pour que le lecteur étranger à l'art médical puisse s'inté-

---

cause est mauvaise et toute sa bonne volonté ne peut la bonifier. M. Virchow, dit-il, comparant l'état mental des deux nations, il est tout à fait raisonnable de trouver normal pour l'une ce qui est morbide pour l'autre; ou, si vous aimez mieux, il est tout à fait logique que ce que nous trouvons normal chez nous paraisse idiot à un Allemand. Soit.....

The Lancet, qui abonde dans le sens de M. Ewald, ajoute : « C'est une mauvaise fortune pour la science que de pareils malentendus puissent prendre naissance, et nous exprimons l'espoir que, même à la onzième heure, le bon sens l'emporte. (*The Lancet* ne dit pas sur quoi, mais nous comprenons tout de même). Nous sommes sûrs que peu d'hôtes pour lesquels Berlin fait tant de préparatifs seront mieux accueillis que ceux qui viendront de l'autre côté du Rhin. » Eh bien, en lisant tout ce qu'on dit de nous dans les journaux étrangers, et en voyant tout le prix qu'on attache à notre campagne scientifique de Berlin, nous nous en doutions bien un peu.

Mais si vous croyez que les incidents relatifs à cet intéressant Congrès sont terminés, vous vous trompez joliment. Voilà maintenant les Américains qui, après avoir soutenu le Congrès contre notre réserve, s'insurgent. « Nous avons reçu, dit le *Medical Record* de New-York du 28 juin, plusieurs communications de gentlemen qui se plaignent d'avoir envoyé leur cotisation de membres du Congrès, mais n'ont pas reçu leur carte. (Je me demande quel mal il y a à cela, mais il paraît qu'il y en a un.) « On a annoncé que tous ceux qui enverraient cinq dollars au docteur Bartels recevraient leur ticket et un programme des meetings deux mois environ avant l'ouverture du Congrès, et on engageait vivement à agir ainsi afin d'éviter *la presse* à Berlin. La seule réponse faite à l'envoi pré-

©BIU Santé

resser à ses recherches historiques et apprécier la valeur de ses arguments. En somme, c'est une thèse qu'il soutient : tous ses efforts tendent à démontrer que la syphilis est contemporaine des premiers essais de civilisation.

Toutes les légendes, tous les écrits des premiers âges ont été examinés. Les ossements de l'homme préhistorique viennent ajouter les preuves matérielles aux déductions résultant de l'analyse des textes anciens. Des manuscrits chinois datant de 5,000 ans; des papyrus égyptiens découverts dans les cryptes des Pyramides et datant de l'époque pharaonique; les Védas, littérature sanscrite qui remonte aux temps héroïques de l'Inde; la Bible hébraïque, le Thalmud, dont l'antiquité n'est pas douteuse; des manuscrits japonais trouvés dans une pagode, tout a été fouillé, traduit et expliqué.

Puis nous arrivons à l'époque de Jésus-Christ. Les auteurs Grecs et Romains sont épluchés et donnent lieu à une dissertation des plus attachantes. Les anecdotes des historiens, les jeux de mots des satiriques et épigrammatistes latins ont fourni les éléments les plus précieux pour l'argumentation. Une étude approfondie de la corruption antique et surtout des débauches romaines permet de comprendre les allusions des écrivains de l'antiquité. Après cette lecture, on peut se demander si tous les citoyens des premiers siècles n'étaient pas des détraqués que leurs aberrations du sens génésique rendaient dignes du cabanon, ou bien si c'est que notre époque inaugure une ère séraphique!

Enfin l'auteur, ne perdant pas de vue le côté pratique, résume en quelques pages les méthodes de traitement de la syphilis en l'an de grâce 1890.

Travaux de la Faculté de médecine de Lyon

DE LA TUBERCULOSE DES OUVRIERS EN SOIE, par le docteur Pierre GIVRE. Paris, J.-B. Baillière, 1890.

De ses recherches, l'auteur conclut que la mortalité tuberculeuse chez les ouvriers en soie de Lyon est un peu supérieure à la proportion des décès tuberculeux généraux de la ville : l'un est de 25,1 p. 100, l'autre de 20,2 p. 100. Elle est plus considérable dans un certain nombre de corps d'état de la ville, dont le travail et le genre de vie sont à peu près identiques : tailleurs, teinturiers, etc.

Les femmes, surtout les ourdisseuses, dévideuses, ovalistes, sont plus fréquemment atteintes que les hommes. Ce sont elles qui, par suite des conditions hygiéniques désas-

---

coce des cinq dollars a été un reçu par carte postale, qu'il faudra présenter à Berlin pour pouvoir retirer la carte de membre du Congrès. Nous ne voyons pas l'avantage qu'il y a à avoir envoyé l'argent d'avance. Ceux qui l'ont fait ont eu l'embarras de le faire et, de plus, auront celui de faire queue à Berlin pour retirer leur carte, ce qu'on voulait précisément éviter. C'est une petite chose, mais les organisateurs du Congrès n'auraient pas dû la promettre s'ils n'avaient pas l'intention de la tenir. »

Attrapez, organisateurs. Et, Américains que vous êtes, vous n'avez pas compris, vous pour qui le temps et l'argent sont si précieux. Les Allemands ont économisé leur temps en préparant leurs cartes d'avance, parce qu'il est beaucoup plus facile de les distribuer que de les faire au moment où tous les membres du Congrès arrivent ensemble; de plus, ils économisent leur argent, parce qu'une carte postale coûte moins cher à envoyer qu'une carte de membre du Congrès, ce qui n'est pas à dédaigner, parce que les frais généraux sont toujours très élevés. Enfin, je suppose que dix des membres du Congrès ayant eu, il y a deux mois, l'intention de s'y rendre, n'aient plus aujourd'hui cette intention; s'ils n'avaient pas alors envoyé leur cotisation, et qu'ils aient attendu d'être à Berlin pour la verser, tout serait dit; mais s'ils l'ont envoyée, c'est autant de gagné pour la caisse, car le Congrès ne rend pas l'argent; ou plutôt, on ne songe pas à le réclamer. Vous voyez donc bien qu'il y avait intérêt à presser les gens de bonne volonté de payer leur cotisation d'avance. Loin de moi la pensée d'attribuer cette mauvaise intention aux organisateurs du Congrès, mais le résultat est le même, qu'ils l'aient eue ou non.

SIMPLISSIME.

©BIU Santé

treuses dans lesquelles elles vivent, donnent l'élévation presque tout entière de la mortalité tuberculeuse des ouvriers en soie.

A Lyon, il n'y a pas de causes professionnelles spécialement nuisibles. En dehors de Lyon, le métier de cardeurs de déchets est dangereux à cause des poussières qu'il soulève et qui érodent la muqueuse aérienne.

Les conditions hygiéniques déplorables de l'ouvrier sont la vraie cause prédisposante.

Les formes granuliques et broncho-pneumoniques sont fréquentes.

La prophylaxie présente deux indications : *a*) Améliorer dans la mesure du possible et surveiller l'hygiène de l'ouvrier soit chez lui, soit à l'atelier ; *b*) prendre des précautions contre la contagion possible, quand un des ouvriers est tuberculeux. (Désinfection des crachats, lits réparés, désinfection des objets de literie ou d'habillement).

A l'étranger on est arrivé à des conclusions analogues relativement à la tuberculose des ouvriers en soie. — P. N.

De quelques nouvelles médications.

Bains de permanganate de potasse dans le traitement de la variole, par A. Gawalowski. (*Revue de thérap. méd. chir.*, 1890, 2). — A. Gawalowski rapporte qu'à l'hôpital des maladies infectieuses à Brunn (Autriche), on emploie avec succès des bains teintés en rouge rosé par le permanganate de potasse. Après un séjour peu prolongé du malade dans le bain, la température s'abaisse de 40° à 38° c., l'état général s'améliore, les pustules se ratatinent, la maladie prend une marche très favorable et la guérison survient assez rapidement. — P. N.

Remède simple contre le hoquet (*Revue de thérap. méd. chir.* 1890, 2). Josef M. Loebl rapporte un cas de hoquet rebelle qui a persisté pendant cinq jours consécutifs, malgré les traitements les plus variés, et qui fut guéri par l'administration d'une cuillerée à café de sucre mélangé avec une cuillerée à café de vinaigre. Le hoquet cessa en présence même du médecin, dès que le malade eut pris ce mélange. Le lendemain à midi, le hoquet réapparut : le traitement fut répété avec le même succès. — P. N.

Traitement local de la phthisie laryngée, par Middlemas-Hunt (Liverpool). (*Annales des maladies de l'oreille*, etc. décembre 1889). — Souvent la phthisie laryngée existe seule, sans manifestations pulmonaires (Demme, Orth, Fraenkel, Pogrebinski).

Dans un premier stade, il y a de l'anémie : il faut alors prescrire les inhalations d'huile de pin, de créosote et les applications de chlorure de zinc ou de fer.

A cette période, le nitrate d'argent est nuisible.

Quand le catarrhe apparaît, il faut des sédatifs et des stimulants, inhalations et astringents minéraux, perchlorure de fer et pulvérisation de bichlorure de mercure aux deux millièmes.

Contre la toux, l'huile d'eucalyptus est excellente.

L'auteur passe en revue l'iodoforme, l'acide lactique, l'iodol et le menthol.

Il préfère l'iodol en insufflations locales.

L'acide lactique n'est pas bon dans tous les cas, il est quelquefois douloureux et provoque l'inflammation.

Il faut le prescrire dans les cas avancés et lorsqu'il y a sténose, œdèmes ou formations polypeuses. C'est un des meilleurs médicaments contre la phthisie laryngée.

L'auteur ne recommande pas les scarifications profondes de la muqueuse telles que les fait Moritz Schmidt ni le curettage de la muqueuse suivi d'application d'acide lactique, comme l'a décrit Hreyng.

La trachéotomie, enfin, comme curatif, peut entraîner de l'irritation trachéale et une extension consécutive. — P. N.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Traitement des ovaro-salpingites.

M. Terrillon ne veut pas exposer entièrement la question du traitement chirurgical des ovaro-salpingites suppurées, car M. Bouilly ne s'est occupé spécialement que d'une des variétés de l'affection. Cependant il croit devoir rapporter en quelques mots les différents modes d'intervention auxquels il a eu recours.

Il a d'abord ouvert tous les abcès par la voie vaginale et a pu obtenir des succès. Cependant il a observé plusieurs fois, soit des fistules permanentes, soit des hémorrhagies assez abondantes pour inspirer de l'inquiétude.

M. Terrillon, ayant eu, en 1887, connaissance des travaux de Lawson Tait, fit l'ouverture des abcès par la voie sus-pubienne en nettoyant les poches, puis en les drainant après les avoir fixées aux parois de l'abdomen; il n'avait cependant pas tout à fait abandonné l'incision vaginale et y avait encore recours quand les collections faisaient une forte saillie dans le vagin. Les résultats furent meilleurs; cependant il y eut des cas où l'ouverture sus-vaginale fut très difficile, surtout lorsque des anses intestinales agglutinées par des adhérences recouvraient la poche. Dans ces cas, il était impossible de pouvoir suturer les parois de la poche à la plaie abdominale.

Plus tard, M. Terrillon, ne se contentant plus d'ouvrir simplement la poche, chercha à l'enlever toutes les fois que cela lui fut possible. Il put le faire dix-neuf fois et complèta son opération par le lavage du bassin et le drainage avec la gaze iodoformée. Presque toujours il s'agissait d'abcès de l'ovaire profondément placé; plusieurs fois les parois de la poche se sont rompues et le pus s'est répandu dans le péritoine. On l'a alors enlevé par de grands lavages. Les résultats de cette pratique ont été excellents, et dans les cas où il semble que l'on peut ouvrir les abcès par le vagin, il vaut mieux ne pas le faire, car souvent il est impossible de vider entièrement les abcès par cette voie.

M. Terrillon a récemment fait la laparotomie chez une malade où il semblait que l'on pût avec succès ouvrir l'abcès par la voie vaginale. En réalité, il s'agissait d'abcès multiples de l'ovaire et de la trompe que l'incision inférieure n'aurait certainement pas tous ouverts.

La laparotomie est donc le meilleur mode de traitement employé; elle permet d'enlever toutes les parties malades au moins huit fois sur dix, et le résultat est excellent. Quand on se sert de la voie vaginale, on est exposé à avoir des fistules interminables et des accidents douloureux durant fort longtemps.

On a reproché à la laparotomie d'exposer à la péritonite. Actuellement, en prenant toutes les précautions possibles, ce danger n'est plus à redouter. Il y aura certainement des cas où, même par la voie abdominale, on ne pourra enlever l'abcès; on devra alors faire la suture et le drainage de la poche.

M. Péan vient de conseiller vivement, dans les suppurations de ce genre, l'hystérectomie vaginale totale. On peut regarder cette opération comme véritablement aléatoire et pouvant présenter de très grandes difficultés, car il peut y avoir des adhérences intimes entre l'ovaire, la trompe et les anses intestinales.

M. Terrier a été un peu étonné à la lecture de la communication de M. Bouilly sur le traitement des abcès de la trompe. Il ne pense pas que l'ouverture de l'abcès par la voie vaginale puisse être une méthode de choix. Les femmes qui ont des inflammations tubo-ovariennes ou péritonéales suppurées arrivent à présenter un jour ou l'autre une perforation du vagin, du rectum ou de la vessie: il en résulte alors des fistules qui durent extrêmement longtemps ou même ne guérissent jamais. M. Terrier a vu souvent Chassaignac faire des incisions vaginales pour les abcès de la trompe; il drainait, et,

©BIU Santé

dans les cas où l'on pouvait éviter les phénomènes de septicémie, il y avait très souvent formation d'une fistule. M. Terrier a aussi vu les fistules se former après des ponctions faites en ville. En principe, il ne faut donc pas ouvrir les abcès par la voie vaginale, et, si devant une collection faisant une très grande saillie dans le vagin on se décidait à y porter le bistouri, il faudrait bien savoir qu'on ne peut espérer une guérison complète, l'opération ne pouvant être que palliative.

Il y a donc lieu de recourir à la laparotomie; mais il semble à M. Terrier que cette opération est beaucoup plus difficile et beaucoup plus compliquée que ne l'indique M. Terrillon, de telle sorte que les succès vrais sont moins fréquents qu'on ne l'a dit.

Dans un cas où M. Terrier avait diagnostiqué l'existence d'une fistule intestino-vésicale dont la cause restait obscure, il a fait la laparotomie et trouvé une suppuration de l'ovaire. Il est probable que cette suppuration a été le point de départ de la fistule, mais il a été impossible de le constater directement.

Dans un autre fait, il s'agissait d'un abcès formé dans les annexes que l'on avait ponctionné par le vagin où il était venu faire saillie. Malgré cette ponction, l'abcès s'ouvrit plus tard dans le rectum et la fièvre hectique apparut. Après la laparotomie, M. Terrier trouva que les parois du foyer purulent étaient formées par des anses intestinales adhérentes. Il nettoya soigneusement l'intestin, plaça un drain dans la cavité et la malade guérit. Mais il resta une fistule par laquelle on pouvait faire pénétrer une bougie jusque dans le rectum. Du reste, la malade devint enceinte et la fistule disparut.

Quel que soit le soin que l'on mette à enlever complètement les ovaires et les trompes, ainsi que les collections purulentes qu'on y rencontre, les résultats ne sont pas toujours très bons. Dans ces cas, il s'agit d'ovarite, tandis que les salpingites suppurées sont toujours plus faciles à traiter. Il peut arriver que les adhérences avec l'intestin soient très intimes et qu'elles forcent à établir un anus contre-nature. Il est évident que, dans ces cas, l'incision vaginale ne peut réussir.

M. Terrier ne pense pas qu'il soit possible de diagnostiquer les cas où il est préférable d'ouvrir par le vagin. Actuellement, lorsque l'on est en présence d'un abcès pelvien, on ne peut dire qu'une chose, c'est qu'il y a suppuration du bassin, mais on ne peut savoir si l'on a affaire à une salpingite, à une ovarite ou à un abcès pelvien proprement dit. On ne peut faire qu'une chose : la laparotomie toutes les fois qu'elle est possible.

L'incision vaginale ne doit être faite que si l'abcès bombe dans le vagin, mais, plus tard, on devra toujours opérer par la voie sus-pubienne. L'extirpation de l'utérus et des annexes par la voie vaginale que fait depuis quelque temps M. Péan, est plus logique que la simple incision vaginale, mais plus grave que la laparotomie.

M. Desprès s'élève contre les opérations radicales que l'on emploie dans les maladies des trompes et des ovaires. Au début du siècle, les suppurations péri-utérines étaient traitées par la voie vaginale et les malades guérissaient. Il n'y a pas lieu d'agir autrement que ne le faisaient les chirurgiens de cette époque.

On ne doit ouvrir les abcès que lorsque l'adhérence au vagin est complète, afin d'éviter les hémorrhagies. M. Desprès rapporte deux observations d'ouverture d'abcès par le vagin. Dans un cas, il y eut une récidive au bout de trois ans, et la guérison fut ensuite définitive. Dans le second cas, la guérison date de cinq ans.

Quand les foyers purulents ne sont pas trop hauts, l'ouverture par le vagin est leur traitement le plus rationnel. Depuis plus de cinq ans, M. Desprès n'a jamais vu d'indication véritable pour la laparotomie. Il a guéri dernièrement trois malades qui avaient des salpingo-ovarites, soit simplement en les mettant au repos, et en leur ordonnant des injections chaudes et des vésicatoires, soit en faisant une incision vaginale. Le diagnostic de leur tumeur ne présentait pas de difficulté notable.

Les fistules qui succèdent parfois à l'incision vaginale sont gênantes et cependant elles n'ont pas des inconvénients aussi grands qu'on l'a dit.

M. Pozzi fait remarquer qu'il faut s'occuper non seulement du contenu des abcès, mais aussi des parois. Si on ne les enlève pas, il y a une guérison apparente, mais elles se remplissent ensuite et s'hypertrophient, et la malade continue à souffrir. Quand il est impossible d'enlever la tumeur, on se contentera d'évacuer le pus, autrement on enlè-

©BIU Santé

vera à la fois le contenant et le contenu. Malheureusement, avant la laparotomie, il est impossible de savoir ce qu'on devra faire. Tous les signes que l'on a invoqués, plastron abdominal, vagin de carton, peuvent tromper et, comme l'incision vaginale peut n'être que palliative, il faut toujours faire la laparotomie. Les fistules, qui persistent parfois, finissent par guérir. Ce ne sera qu'en cas d'urgence que l'on pourra recourir à l'ouverture vaginale. A Lourcine, M. Pozzi observe bien plus de salpingites que d'ovarites.

Pour M. Le Dentu, c'est l'ancienneté plus ou moins grande de l'affection qui explique les résultats différents obtenus dans un même traitement. Dans les cas récents, l'incision vaginale réussit; dans les cas anciens, il faut faire la laparotomie.

M. Routier insiste sur ce point que, quand la température de la malade dépasse 40°, il vaut mieux faire l'incision vaginale.

Pour M. Terrier, au contraire, lorsque la péritonite localisée entraîne une température de 40°, il faut ouvrir le ventre, car alors les accidents fébriles disparaissent. Il ne comprend pas que l'on fasse de distinction entre les abcès anciens et récents. Lorsqu'il y a du pus, il faut l'enlever et faire l'ablation de la poche toutes les fois qu'on le peut.

Dans un cas où la température dépassait 40°, M. Marchand a obtenu une amélioration très rapide par la laparotomie.

M. Bouilly fait remarquer que l'incision vaginale dans le traitement des abcès salpingo-ovariens est une méthode d'exception. Il regrette que MM. Terrier et Terrillon n'aient pas assisté à la dernière séance. L'incision vaginale des abcès est indiquée dans les cas qu'il a pris soin de spécifier nettement, et il a rapporté six observations suivies de succès. Le traitement réussit surtout dans les cas de salpingite ancienne avec poussée aiguë.

— M. Kirmisson présente un jeune malade auquel il a fait une résection incomplète de l'extrémité inférieure de l'humérus, avec section temporaire et suture osseuse de l'olécrâne; il y avait une ankylose à angle droit, et actuellement l'articulation nouvelle est souple.

— M. Routier montre un malade chez lequel il a fait l'enchevillement de l'astragale à l'aide d'une cheville d'os de veau aseptique pour une pseudarthrose, suite de fracture bi-malléolaire.

— M. Quénu montre une photographie d'épithélioma de la face qui avait détruit toutes les parties molles, au milieu desquelles on voyait les os.

FORMULAIRE

Pommade contre le pityriasis versicolor. — E. Besnier.

Acide salicylique	5	grammes.
Soufre précipité	20	—
Vaseline	100	—

F. s. a. une pommade. — Le malade reste plongé pendant trois heures dans un bain additionné de 60 grammes de borate de soude et, au sortir du bain, on applique la pommade. — N. G.

COURRIER

— Par décret, en date du 11 juillet 1890, ont été promus au grade d'officier de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs de Villiers, médecin en chef honoraire de la Compagnie des chemins

©BIU Santé

de fer Paris-Lyon-Méditerranée; Gillet de Grandmont, médecin oculiste consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 12 juillet 1890, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Emery-Desbrousses, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Bablon, Richon, Fournier, Bouchez, Feuvrier.

MM. les médecins-majors de première classe Bucquoy et Caillard.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Bodros, Vidal, Gorsse, Duchène, Juloux, Fournier, Gobillot, Gouell, Mareschal, Cluzant, Antony, Jacquin, Eude, Barthé.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pommay, Guichet, Pongis, Arnold.

— Par décret, en date du 12 juillet 1890, MM. les docteurs Barbier (de Lusarches) et Zeller (de Remiremont) ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 12 juillet 1890, M. le docteur Ménard, médecin-major de première classe de l'armée territoriale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 12 juillet 1890, M. le docteur Obissier, médecin du ministère des travaux publics, et M. Joulie, pharmacien de la Maison municipale de santé, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1890, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Armaignac (de Bordeaux); Astier, publiciste; Baudin (de Nantua); Bouyer (d'Angoulême); Badour, sous-directeur du Val-de-Grâce; Dezanneau (d'Angers); Heydenreich (de Nancy); Linarès, médecin-major de première classe; Macqret (de Paris); Mollien (d'Amiens); Momez (de Lille); Sandras (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barbézieux, Mme Bertillon, Blauac, Bonnets, Boussi, Demontporcellet, Dignat, Dutremblay, Filhol, de Finance, Fouque, Fournier (Henri-Charles), Hudelo, de Langenhagen, Meuriot, Monnet, Pfeiffer, Pinel, Planès, Rueff, Sée (Lazare), Tillot, Tissier et Wickham (de Paris).

MM. les docteurs Ayasse (de Gap); d'Argent (de Brinon-sur-Sauldre); Alexandre (d'Arques); Antony, médecin-major de première classe; Alban de la Garde (de Poitiers); Brousse (de Saint-Estèphe); Bourdier (d'Arcachon); Bréda (de Bondues); Breucq (de Bayonne); Bourgeois (d'Eu); Briand (de Villejuif); Beauvisage (de Lyon); Blaise (de Montpellier); Brœmer (de Toulouse); Bruté (de Rennes); Colombet (de Miramon); Chiron (de Chambéry); Collin, médecin-major; Canolle (de Pondichéry); Chambard (de Lyon); Dufour (d'Alzon); Dieuzaide (de Lectoure); Delatouche (de Fougères); Espagne (de Montpellier); Foucras (de Moyrazes); Fleyssac (de Treignac); Fronty (de Felletin); Foucher (de Chinon); Fayette (de Saint-Bel); de Friess (de Jérusalem); Grellot (de Giromagny); Guérineau (de Levroux); Guyot (de Calnis); Gisclard (de Lagrave); Gilis (de Montpellier); Guillaume (de Chaumont); Hoël (de Reims); Haudoux (de Château-du-Loir); Joubert (de Saint-Domineuc); Le Bourdellès (de Pommerit-le-Vicomte); Landais (de Montfort-sur-Mer); Lenoir (de Siouville); Legallois (de La Ferté-Macé); Lacoste (d'Ibos); Legoux (d'Albert); Lehmann (de Clichy); Labat (de Nérac); Legrain (de Vaucluse); Lizé (du Mans); Moris (de Néris); Moulins (d'Argental); Martelli (de Rugles); Morel (du Puy); Mazors (de Bourg-la-Reine); Monnaye (de Cherbourg); Nepveu (de Marseille); Ollé (de Saint-Gaudens); Ormières (des îles Comores); Peton (de Saumur); Pégoud (de Grenoble); Perret (de Lyon); Piéchaud (de Bordeaux); Rioms (d'Eymet); Ramaroni (de Bastia); Roustan (de Grasse); Rietsch (de Marseille); Soller (de Bordeaux); de Santi et Schmidt, médecins-majors; Témoin (de Bourges); Tissot (de Chambéry); Trotignon (d'Issoudun); Verneuil (de la Tremblade).

M. Bouchet, officier de santé à Cruseilles.

M. Sollier, interne à la Salpêtrière.

M. lexa ndre Coccoz, libraire-éditeur, à Paris.

©BIU Santé

Refuge-ouvroir a Paris (rue Fessart). — On vient d'inaugurer jeudi dernier un établissement hospitalier d'un genre particulier qui n'est ni un hôpital, ni un dispensaire, ni simplement un asile de nuit, mais un lieu de refuge qui sera en même temps un ouvroir uniquement destiné aux femmes; les deux cents d'entre elles qui se trouveront momentanément sans ouvrage pourront pendant quelque temps être abritées et nourries. Cet établissement est situé au n° 37 de la rue Fessard, sur les hauteurs de Belleville, près des Buttes-Chaumont.

— Au cours de la dernière séance du Conseil municipal de Lille, M. Moy, conseiller municipal et doyen de la Faculté des lettres, a déposé, au nom de la commission de l'instruction publique, un vœu très pressant tendant à la création, à Lille, d'une Université. Aux termes du projet qui est à l'étude, tous les centres universitaires qui comprendront quatre Facultés pourront prétendre à s'ériger en Université. Or, la ville de Lille remplit cette condition nécessaire. M. Moy a, en outre, fait observer que l'Etat avait jusqu'ici assez demandé de sacrifices à la ville de Lille pour que celle-ci se présente aujourd'hui, non plus pour solliciter une faveur, mais pour obtenir un avantage mérité. Tout concourt au surplus à donner à ses revendications le plus grand poids qu'elles puissent avoir : l'installation magnifique des Facultés, la dotation qui leur a été faite par la ville. On sait, en effet, que les Facultés de Lille sont les seules qui possèdent un bien propre.

Crémation. — On a incinéré, au Père-Lachaise, un membre de la Société des auteurs dramatiques, M. Auguste Joltroic, ancien chef de bureau au ministère de l'agriculture et du commerce, chevalier de la Légion d'honneur.

Voitures d'ambulances a Paris. — *Station.* — On a inauguré, 21, rue de Chaligny, une nouvelle station de voitures d'ambulance pour le transport des malades atteints d'affections contagieuses. Il existait déjà, aux n°s 6, 8 et 10 de la rue de Staël (15e arrondissement), une première station qui fonctionne depuis le 5 octobre 1889. C'est au mois de juin 1887 que le Conseil municipal avait décidé la création de ces deux stations de voitures et ouvert pour la construction un crédit de 150,000 francs. Comme la première station, celle de la rue de Chaligny est pourvue de voitures spéciales et de brancards dont les types ont été adoptés par un jury spécial, désigné par la commission sanitaire du Conseil municipal. Le service est organisé de la façon suivante : au premier avertissement parvenu au chef de la station, soit par une communication verbale, soit par le télégraphe ou le téléphone, une voiture portant une infirmière des hôpitaux est immédiatement envoyée au domicile du malade; un certificat rédigé par le médecin traitant doit indiquer la nature présumée de la maladie, afin que l'on sache s'il y a lieu à l'admission immédiate ou si le malade doit, au préalable, être examiné par les médecins du bureau central. Après chaque opération, les voitures et les chevaux seront soigneusement désinfectés, avant de servir à un nouveau transport. De même aussi les infirmières et les cochers seront astreints à des précautions hygiéniques rigoureuses. Enfin, le Conseil municipal a décidé l'annexion à la station de la rue de Chaligny d'une étuve Geneste et Herscher, destinée tout à la fois à la désinfection de la literie ayant servi aux transports et accessible au public qui voudrait s'en servir. (*Progrès méd.*)

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

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas (*très agréable.*)

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. DUJARDIN-BEAUMETZ : Considérations historiques sur les maladies de l'estomac et leur traitement. — II. BIBLIOTHÈQUE : Origines de la chasse, de la pêche et de l'agriculture. — III. REVUE DES JOURNAUX : Journaux italiens. — IV. Sociétés et Congrès. — V. THÈSES de doctorat. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER.

Hôpital Cochin. — M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ.

Considérations historiques sur les maladies de l'estomac et leur traitement.

Messieurs,

Je désire consacrer cette année mes leçons de clinique thérapeutique à l'étude de la cure des affections de l'estomac. C'est là un sujet qui m'intéresse depuis de longues années, et je vais m'efforcer de vous exposer aussi brièvement que possible sur quelles bases doit désormais reposer la thérapeutique et quelles sont les voies nouvelles que vous devez suivre pour arriver non seulement au diagnostic, mais encore au pronostic de ces affections.

Par l'importance qu'occupent les soins hygiéniques, et particulièrement l'alimentation dans le traitement de ces affections, ce sera un complément aux leçons d'hygiène alimentaire, d'hygiène thérapeutique proprement dite et d'hygiène prophylactique que j'ai déjà faites dans cet amphithéâtre, et j'espère que vous tirerez quelque profit de ces leçons pour votre pratique courante.

On peut dire que ce n'est que dans ces vingt dernières années que l'étude des affections de l'estomac est entrée dans une voie véritablement scientifique. Est-ce à dire qu'auparavant on ne connaissait pas et on ne traitait pas de pareilles affections? Nullement. Mais, ignorant les procédés minutieux d'examen du travail digestif, on ne possédait pas des connaissances exactes sur les actes chimiques de la digestion et sur les modifications que les états pathologiques font subir à cet acte digestif.

Les anciens, en particulier, avaient été frappés de la relation qui existe entre la nutrition et l'intégrité des fonctions digestives. C'est ainsi qu'Hippocrate a prononcé un aphorisme qui pourrait servir d'épigraphe à tous nos traités sur les affections de l'estomac. Cet aphorisme est le suivant : « Ce que la terre est aux arbres, l'estomac l'est aux animaux », et plus loin il ajoute : « Comme un vase vieux laisse passer le liquide et jeune le retient, ainsi l'estomac sain laisse passer l'aliment et, fatigué et malade, garde le résidu comme un réservoir. »

Un autre point avait frappé l'attention des anciens, c'est la relation qui paraît exister entre certaines affections nerveuses et les troubles de l'estomac. Aussi avaient-ils placé dans les hypochondres le point de départ de toutes ces affections nerveuses et leur avaient-ils donné le nom général d'hypochondries.

©BIU Santé

Ecoutez ce passage d'Hippocrate, et vous serez, comme moi, frappés de l'analogie qui existe entre cette description et les états neurasthéniques que nous rattachons aujourd'hui à la dilatation de l'estomac. « Ceux qui sont affectés de cette maladie (d'hypochondrie) ne peuvent demeurer sans manger ni supporter la nourriture qu'ils prennent; leurs entrailles font du bruit et l'orifice de l'estomac leur fait de la douleur; ils vomissent tantôt d'une sorte d'humeur, tantôt d'une autre; ils rendent de la bile, de la salive, de la pituite, des matières âcres et, après avoir vomi, il leur semble qu'ils sont mieux; mais, lorsqu'ils ont pris de la nourriture, ils sont pris de rapports et de rôts, il ont mal à la tête, ils sentent des piqûres sur tout le corps, tantôt dans une partie, tantôt dans une autre, comme si on les piquait avec des aiguilles. Cette maladie ne quitte que dans la vieillesse, à supposer que l'on n'en meure p..s avant ce temps-là. » (*De morbis.*)

Galien, qui a servi de code à toutes les générations médicales jusqu'au XVIIe siècle, consacre un chapitre entier aux affections de l'estomac, et il revient avec insistance sur la sympathie qui existe entre les symptômes nerveux et les affections de l'estomac : « Il y a des gens, dit-il, qui ne sont pas seulement pris de syncope tenant à l'orifice de l'estomac, tout aussi bien que de syncope tenant au cœur, mais qui sont pris de spasme, de ceros, d'épilepsie, de mélancolie tenant à cet orifice. » Puis il cite le cas intéressant d'un jeune grammairien épileptique chez lequel l'étude des symptômes lui permet de penser que ses accès d'épilepsie dépendent de troubles de l'estomac, et voici le traitement qu'il impose à son malade : « Je lui prescrivis, dit Galien, de s'inquiéter uniquement d'une coction (digestion) régulière, de manger vers la troisième ou la quatrième heure (dix heures du matin) un pain soigneusement préparé, tout seul s'il n'avait pas soif, et, s'il avait soif, de l'eau avec un vin blanc légèrement astringent, car ces vins fortifient l'estomac et ne portent pas à la tête comme les vins forts, et, avec un tel régime, il n'éprouva plus aucun accident. » Cette prescription se rapproche, comme vous le voyez, par bien des points, de celle que nous faisons à nos dilatés de l'estomac.

D'ailleurs, tout ce chapitre de Galien est à méditer : il montre que toutes les parties de l'estomac peuvent être le point de départ de ces troubles nerveux, et voici comment il termine : « Tout le monde reconnaît que l'acte de la coction (digestion) s'accomplit dans les parties situées après l'orifice (cardia), en sorte que cet orifice, s'il est mal conformé, devient la cause de mauvaise coction, lorsque cette mauvaise coction ne résulte pas déjà de l'ingestion désordonnée des aliments ou de leur quantité excessive, ou encore de leur mauvaise qualité. »

C'est sur ces données que la médecine se basa pendant bien des siècles, et il faut arriver au commencement du XVIe siècle pour voir apparaître les premiers éléments d'une science qui devait modifier les connaissances sur les maladies de l'estomac, je veux parler de l'anatomie pathologique... C'est ainsi qu'un Florentin, Benivieni, abandonnant la tradition exclusive d'Hippocrate et de Galien, a publié les observations curieuses que lui fournit sa pratique, et, dans un ouvrage imprimé en 1507, cinq ans après sa mort, intitulé : *De abditis nonnullis de mirandis morborum et sanatorium causis,* on trouve une observation très nette d'un cancer de l'estomac. Mais il faut arriver au commencement du XVIIIe siècle, c'est-à-dire à Morgagni, pour avoir des notions exactes et précises sur l'anatomie pathologique des affections stomacales. Le médecin de Forli complétait les données que, près

©BIU Santé

d'un siècle auparavant, avait réunies le médecin génevois Bonet dans son *Sepulchretum*. On trouve dans ses lettres de nombreuses observations de cancer dans l'estomac.

En même temps que ces recherches anatomo-pathologiques s'accumulaient dans des mémoires spéciaux, on introduisait dans la pathologie stomacale un nom qui devait réunir bientôt sous son vocable le plus grand nombre des affections de l'estomac : c'est le mot dyspepsie, que, suivant certains auteurs, on devrait attribuer à un médecin du XVIe siècle, Jean de Boris. Les médecins se servaient aussi d'expressions qui caractérisaient ce même trouble fonctionnel : c'était celles de bradypepsie et d'apepsie, et vous vous rappelez tous les menaces que formule, dans le *Malade imaginaire*, Purgon contre Argan, qui ne veut pas suivre ses prescriptions :

« PURGON. — Et je veux qu'avant quatre jours vous deveniez dans un état incurable.

ARGAN. — Ah! miséricorde.

PURGON. — Que vous tombiez dans la bradypepsie, dans la dyspepsie.

ARGAN. — Monsieur Purgon!

PURGON. — De la dyspepsie dans l'apepsie. »

Mais c'est Cullen qui, vers le milieu du XVIIIe siècle, porte le plus loin cette généralisation des dyspepsies à toutes les affections de l'estomac en créant des dyspepsies essentielles, symptomatiques et sympathiques.

Si les connaissances s'étaient accrues en pathologie stomacale, le traitement n'avait pas suivi la même route, et l'on était moins avancé à cette époque que du temps de Galien, et la cure des affections de l'estomac était abandonnée à un empirisme des plus vulgaires. Un réformateur, qui à un moment produisit une véritable révolution dans le traitement des affections médicales, appela de nouveau l'attention sur ces fonctions digestives. Je veux parler de Broussais.

Broussais veut que l'estomac préside à toutes les affections, et il donne à sa doctrine le nom de doctrine physiologique. Cette doctrine systématique veut que le plus grand nombre des maladies dépendent d'une gastro-entérite, et pour que vous jugiez jusqu'où vont les idées du fougueux réformateur qui traitait alors toutes ces gastro-entérites par la méthode antiphlogistique, il me suffira de vous citer la phrase suivante, qui est de lui : « La syphilis est une irritation, et l'on prévient ses répétitions, qui forment la diathèse, en l'attaquant par les antiphlogistiques locaux et surtout par les sangsues ».

Si, en effet, l'inflammation est pour Broussais le grand fait anormal qui domine la pathologie, « l'émission sanguine est le plus efficace des moyens que l'on puisse opposer à cette inflammation », et la thérapeutique tout entière se résume dans l'emploi des antiphlogistiques.

Les doctrines du réformateur du Val-de-Grâce, comme on disait alors, eurent un grand retentissement, et, à un moment, jouirent d'une vogue extrême, et son fils a pu écrire la phrase suivante : « Broussais n'a dû qu'à lui-même la place élevée qu'il occupe dans la science; soldat de la médecine, il s'en est fait empereur, et de ce trône conquis par la guerre, qu'il défendait par de continuels combats, il soutint cette mémorable lutte d'où sont sorties ces grandes vérités, qui ont changé la face de la médecine. »

Mais à sa mort, qui eut lieu le 17 novembre 1838, Broussais voyait déjà ses auditeurs devenir de plus en plus rares et sa doctrine délaissée. L'école clinique, conduite par Andral, Chomel et Louis, montrait tous les dangers

©BIU Santé

de la médication systématique de Broussais, et en ce qui nous concerne tout particulièrement, Chomel montrait sur quelles bases nouvelles devait être désormais établie l'étude des dyspepsies.

On réunit, en effet, sous ce nom de dyspepsies, tous les troubles fonctionnels de l'estomac qui ne se traduisaient pas à l'œil de l'observateur par des lésions microscopiques de l'estomac, et l'on passa bientôt à l'extrême opposé, et cela malgré les réserves qu'avait formulées Chomel, qui s'exprime ainsi dans son introduction : « Ce que je viens de dire sur l'extrême fréquence de la dyspepsie portera quelques personnes à se demander si, après avoir constamment lutté contre la système de Broussais, je n'arriverai pas moi-même à des idées analogues aux siennes, comme il voyait lui-même des gastrites ou des entérites dans presque toutes les maladies aiguës et chroniques ».

Chomel se lave de cette accusation en montrant d'une part qu'il n'a pas la capacité de se faire réformateur et d'autre part qu'il ne s'occupe que des dyspepsies dites essentielles.

Cependant, dix ans après, en 1866, Beau franchissait les sages limites imposées par Chomel, et il considère à son tour la dyspepsie comme l'origine d'un très grand nombre d'affections, le cancer en particulier. C'est ce qu'il appelle les accidents secondaires et tertiaires des dyspepsies.

D'ailleurs, ce mot de dyspepsie essentielle est appelé à disparaître de la pathologie. Il cache, en effet, notre ignorance, et quand nous serons mieux renseignés par l'anatomie pathologique, qui chaque jour progresse; quand nous serons mieux éclairés sur les fermentations vicieuses dont l'estomac est le siège, nous pourrons donner à chacune de ces affections réunies sous le nom de dyspepsie essentielle une dénomination particulière qui permette de la classer dans notre cadre nosologique.

Vers la même époque où Chomel faisait paraître son ouvrage, qui était le couronnement de sa carrière, car il mourut un an après, en 1858, Corvisart appliquait en 1851 la pepsine à la thérapeutique, pepsine découverte en 1836 par Schwann et isolée en 1839 par Wassmann, donnant ainsi un regain nouveau à l'étude des actes chimiques de la digestion.

Malheureusement, cette étude présentait de grandes difficultés. Pour se guider, les physiologistes n'avaient que l'établissement de fistules gastriques chez les animaux, fistules fort difficiles à établir. Ils avaient bien certaines fistules pathologiques chez l'homme, mais ces cas étaient fort rares, et Beaumont seul, en 1833, avec son Canadien Alexis Saint-Martin, en avait tiré des observations utiles à la physiologie et à la thérapeutique.

On avait abandonné la méthode de Spallanzani, qui avait donné, près de cent ans auparavant, le moyen de reconnaître les modifications qui se passaient dans l'estomac, en y introduisant des tubes renfermant les substances à étudier.

C'est Kussmaul qui, en appliquant le siphon à la cure des affections de l'estomac, permit d'étudier, et cela d'une façon clinique, les diverses modifications qui se passaient dans l'estomac chez l'homme sain comme chez l'homme malade.

Aussi, à partir de la communication de Kussmaul, faite en 1867 au Congrès des médecins allemands de Francfort-sur-Mein, on voit, grâce au procédé de la pompe stomacale, les études sur les actes chimiques de la digestion se multiplier, et nos confrères d'outre-Rhin se montrer les plus ardents dans cette voie, et vous verrez, par les développements dans les-

©BIU Santé

quels je vais entrer, combien sont nombreux et importants leurs travaux. Mais je dois vous signaler surtout ceux de Leube et ceux d'Ewald.

Pour cette école allemande, dont M. le professeur G. Sée s'est montré l'un des plus actifs propagateurs et vulgarisateurs, tous les troubles dyspeptiques doivent être rattachés à des troubles dans les actes chimiques de la digestion, et G. Sée a pu dire : « Les dyspepsies gastro-intestinales sont des opérations chimiques défectueuses ».

Mais, à côté de ces moyens que l'on mettait en œuvre en Allemagne pour étudier désormais d'une manière clinique les modifications que subit le suc gastrique sous l'influence des états pathologiques, s'élevait une autre doctrine, basée surtout sur l'étude clinique qui a toujours fait le succès de notre enseignement médical, et le professeur Bouchard nous montrait, en 1884, le rôle considérable qui était dévolu dans la pathogénie d'un grand nombre d'affections à la dilatation de l'estomac. Ces recherches cliniques trouvèrent dans les découvertes d'Armand Gauthier sur les ptomaïnes et les leucomaïnes une éclatante confirmation, et, appuyé sur ces nouvelles doctrines, se basant sur les grandes découvertes microbiennes de Pasteur et de ses élèves, Bouchard a pu établir les fondements de l'antisepsie médicale et en particulier de l'antisepsie gastro-intestinale. C'est grâce à ces deux nouvelles voies, étude chimique et clinique du suc gastrique due à l'école allemande, de l'autre à cette étude de la dilatation de l'estomac et à la connaissance de l'antisepsie intestinale que nous pouvons aujourd'hui marcher dans des voies nouvelles qu'il me reste à vous faire connaître, et je commencerai par l'étude des modifications du suc gastrique et des moyens que le clinicien peut mettre en œuvre pour étudier ces modifications.

BIBLIOTHÈQUE

BIBLIOTHÈQUE ANTHROPOLOGIQUE, XII. — ORIGINES DE LA CHASSE, DE LA PÊCHE ET DE L'AGRICULTURE, par G. DE MORTILLET, professeur de palethnologie à l'Ecole d'anthropologie. — Paris, 1890.

La Société d'anthropologie, créée par le regretté Broca, s'est imposé évidemment la tâche, qui peut être féconde, de porter ses recherches et ses études dans tous les coins et recoins de l'humanité, et en particulier dans ses origines. C'est ainsi qu'elle a confié à M. G. de Mortillet, l'un des hommes les plus compétents, peut-être le plus compétent, dans la matière, l'historique des premiers efforts de l'homme pour se procurer par la chasse, par la pêche et par l'agriculture les éléments matériels nécessaires à sa vie, travail que le savant auteur nous offre remarquablement complet, en y ajoutant une critique et des rapprochements qui en augmentent notablement l'intérêt.

Son œuvre doit avoir deux volumes; l'importante question de l'agriculture est réservée au second volume; celui que nous avons en ce moment sous les yeux nous donne les origines de la chasse et de la pêche; l'auteur y a joint des détails intéressants sur la domestication des animaux que l'homme a dû dresser à son service.

Le plan d'un pareil ouvrage se présentait tout naturellement. Pour la chasse et pour la pêche, il fallait d'abord désigner et, selon le besoin, décrire les animaux recherchés par l'homme; ensuite faire connaître les engins imaginés et la manière dont on s'en servait. C'est la marche que M. de Mortillet a suivie. De là, de nombreuses descriptions et d'intéressantes considérations bien propres à donner une idée très approximative du mode de vie de nos ancêtres primitifs.

Par une excellente inspiration, l'auteur a classé ses descriptions selon les différents

©BIU Santé

âges des temps anciens, en commençant par les temps préhistoriques, et passant de là aux nations sauvages, à l'antiquité classique ; et il a saisi cette occasion de se livrer à des comparaisons instructives tant au point de vue de l'anthropologie qu'à celui de l'histoire.

En somme, l'œuvre de M. G. de Mortillet offre un réel intérêt à tout savant qui se livre à l'étude de l'homme et, en particulier, de son hygiène. — G. R.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

Un cas de grossesse nerveuse, par le docteur Luigi Cortella (in *Gazetta degli ospitali*, n° 43). — Une jeune femme, mariée depuis trois mois, voit à cette époque la disparition de ses règles accompagnée de nausées, de vomissements et de tous les symptômes d'un commencement de grossesse. Un mois après, les règles reparaissent, puis cessent pendant une période de huit mois qui présente toute la série des signes objectifs de la pénitude utérine par le produit de la conception ; développement du ventre, des seins avec le mamelon coloré, présence de liquide séreux dans les mamelles, etc.

A la palpation, le ventre présente une résistance marquée dans toute sa superficie ; il est impossible de limiter aucun corps dur que l'on puisse présumer être le fond de l'utérus ; la percussion donne un son tympanique général ; la région ovarique est douloureuse. A l'auscultation, aucun souffle ni aucune pulsation fœtale. L'exploration vaginale fait constater un vagin légèrement gonflé, le col se trouve sur la ligne médiane ; il est long de 3 centimètres environ et de dureté moyenne. Par l'exploration rectale, on trouve le corps de l'utérus en légère rétroflexion, mais pas douloureux et nullement augmenté de volume.

Il s'agissait donc d'une fausse grossesse, d'un état nerveux spécial, hystérique, où la suggestion du sujet désirant ardemment un enfant avait fait tous les frais et devait seule être incriminée.

Il existe de nombreux faits semblables dans la science, ils sont toujours instructifs à rappeler.

Un cas de rupture de la rate dans le cours de la fièvre typhoïde, par le docteur Santi Flavio, de l'hôpital majeur de Saint-Jean, à Turin. — C'est une complication exceptionnelle que la rupture de la rate dans la fièvre typhoïde. Les classiques en font à peine mention. Wittmann et Rokitansky admettent que la rupture de cet organe puisse survenir dans la période algide de la maladie, par un développement excessif et rapide de cet organe. Liebermeister admet comme origine possible de la péritonite typhoïdique des infarctus de le rate sans rupture de celle-ci. Kunze, Jaccoud, Niemeyer, Eulenburg, Griesinger, etc., pensent que la cause de la mort dans le typhus abdominal peut être produite par la rupture de la rate, mais ils ne citent aucune observation personnelle.

Un homme de 20 ans est admis à l'hôpital Saint-Jean de Turin en septembre, dans le service de M. le professeur B. Graziadei, comme typhique. Rien d'extraordinaire pendant dix jours ; à cette époque, douleur excessive au niveau de la base du thorax à droite. Pendant les deux mois qui suivirent jusqu'au décès, on note au niveau du lobe inférieur du poumon droit de la pleuro-pneumonie, puis de la pleurésie franche qui nécessite la thoracentèse.

Sur ces entrefaites, le malade accuse une vive douleur dans l'hypochondre gauche, douleur qui s'exaspère lorsque l'on cherche à palper la rate.

Ces phénomènes sur le vivant appellent l'attention et font déjà soupçonner la formation des infarctus spléniques ; il y avait lieu d'admettre cette complication étant donnés les lésions pulmonaires de même nature et aussi le développement de l'œdème au pied et à la jambe gauche, œdème provenant sans aucun doute de thrombose veineuse.

©BIU Santé

Le cœur, examiné très soigneusement pendant toute la maladie, présente une profonde dénutrition avec un souffle très doux diastolique. Le pouls reste très faible et fréquent, 120-140. La température oscille entre 38° et 40°.

Vers le cinquantième jour il se produisit, contre toute attente, de l'amélioration générale dans tous les symptômes; la rate était revenue à un volume presque normal, mais restait toujours douloureuse. Bref, tout semblait s'amender quand, le soir du 8 novembre, le malade accuse une violente douleur dans le flanc gauche, douleur de péritonite qui se généralise aussitôt dans tout l'abdomen et emporte le sujet le lendemain.

L'autopsie montre, outre les lésions de la péritonite, la rate augmentée, déchirée et rompue sur une partie de sa surface avec diffusion de sa substance puriforme dans le péritoine; au voisinage de la rupture, on trouvait des infarctus récents; le rein droit montre également un infarctus; rien dans l'intestin, sinon les cicatrices des ulcères typhiques. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 43.)

La théorie de l'immunité, par le docteur Vittorio Cantu (in *Reforma medica*, n°s 116, 120 et 121). L'immunité qu'acquiert un individu pour une maladie spéciale après en avoir subi une première atteinte est un des faits les plus surprenants de la physiologie générale en même temps qu'un des plus obscurs. On a manqué jusqu'à ce jour de connaissances précises sur la nature et la manière d'agir des agents infectieux, et ce sera l'éternelle gloire scientifique de notre époque « fin de siècle » d'avoir trouvé la démonstration rigoureuse du mécanisme de la production de ces phénomènes.

M. le docteur Vittorio Cantu passe en revue les diverses théories qui ont cours : celle du dépouillement et de l'épuisement par un microbe envahisseur de Klebs et de Pasteur; celle de la résistance par rétention ou addition à l'organisme de produits de la vie microbique, addition faite par l'élément envahisseur dont la propriété est de rendre l'organisme impropre à une nouvelle culture de l'agent pathogène (Chauveau et Wernich).

Viennent ensuite les belles expériences de Toussaint sur l'immunité des virus par l'atténuation, la séparation des produits solubles des micro-organismes injectés à d'autres animaux. Il était logique de penser que le sang d'un animal charbonneux privé des bacilles qu'il renferme et injecté à un sujet sain lui conférait l'immunité. Seulement ce n'était pas par les principes solubles laissés dans le sang par les bacilles que l'immunité était conférée, mais bien par les bacilles mêmes que le filtre n'avait pu retenir et qu'une température de 55° n'avait pas su détruire.

Signalons aussi les travaux de Metschnikoff, sa doctrine très ingénieuse du phagocytisme, c'est-à-dire la destruction des bactéries par l'activité vitale des cellules; les découvertes d'Emmerich, de Mattei, Pawloski, Garré et de l'école française qui ont démontré que le microcoque de l'érysipèle, le pneumocoque de Friedlander, le staphylocoque et le microcoque prodigiosus peuvent conférer individuellement l'immunité pour le charbon.

Christmas, Ribbert, par leurs expériences, ont montré que le pus était un milieu nocif à la vie du bacille, et que, dans ce liquide, les bactéries mouraient par une action chimique, probablement par le manque d'oxygène.

A Charrin, après Salmon et Smith, revient l'honneur d'avoir établi d'une façon indiscutable le pouvoir de donner l'immunité au moyen d'injections de cultures stérilisées. Qu'il est glorieux pour notre pays de pouvoir citer les magistrales démonstrations faites par Roux et Chamberland avec les matières toxiques sécrétées par les microbes, celles du vibrion septique, de la septicémie gangréneuse, de l'œdème malin, etc.; les grands travaux de Pasteur sur le sang charbonneux, dont les bactéries sont détruites par la chaleur (45°5) prolongée pendant quelques jours, et qui peut être inoculé ensuite sans dangers en conférant l'immunité au sujet ainsi vacciné. Le beau travail de Foa et Bonome sur les intoxications préventives (in *Rivista clin. Arch. de clin. med.*, 1888, chap. V); les recherches de Lucatello communiquées au Congrès de médecine interne de Rome, 1888-89, sur le sérum du sang de malades atteints de pneumonie fibrineuse, prouvant que ce sérum, pris pendant la période aiguë de la maladie, n'est pas un terrain de culture favorable au développement du pneumocoque non plus qu'aux autres germes.

©BIU Santé

Les travaux entrepris et les investigations poursuivies par de Mattei, Bizzozero; les expériences faites par Rosenbach, Friedlander, Banti et les représentants de l'école française sur la destruction des bactéries dans l'organisme; enfin, comme dernier terme de cette incomplète, quoique longue énumération, les belles expériences d'un grand physiologiste, M. le professeur Luciani, sur les phénomènes respiratoires des œufs de bombyx. Ce savant a étudié, au point de vue fonctionnel, les phénomènes qui se vérifient dans la vie de l'œuf du ver à soie, et de ses patientes recherches il a pu tirer ces conclusions : que, si la vie latente absolue, c'est-à-dire la suspension complète de toute activité respiratoire est possible avec un abaissement considérable de la température et même avec le dessèchement de l'œuf, cependant, ces conditions portent une atteinte très grave à la vitalité du germe, tout en conservant le pouvoir de la résurrection vitale. Dans les conditions naturelles de pression, de température, d'hygrométrie, les échanges gazeux de l'œuf continuent, ce qui tend à démontrer que cette évolution est basée sur des opérations chimiques qui ont été ignorées en grande partie jusqu'à ce jour.

L'immunité, soit naturelle, soit acquise, dépendrait, d'après toutes ces théories, pour l'auteur de l'article que nous analysons, d'une modification chimico-biologique des humeurs qui fait devenir défavorable le terrain où pourraient se développer normalement lesdites espèces microbiennes. Cette modification chimique consisterait très probablement dans la présence dans nos humeurs de quelques substances toxiques solubles qui, sont peut-être l'effet de l'échange matériel des microbes. (In *Riforma medica*, nos 120-121.)

1° Chirurgie du pancréas. — 2° Considérations sur la variole et la vaccine, par le professeur Ferdinand Verardini (de Bologne). — Nous nous excuserons d'être si en retard pour analyser les travaux de notre infatigable ami. L'étude du pancréas est encore bien obscure et le diagnostic de ses lésions est le plus souvent impossible; néanmoins, d'après les compilations de l'auteur, on y parviendrait quelquefois et l'on pourrait, par le procédé opératoire indiqué et par une antisepsie rigoureuse, rendre possible cet acte opératoire. Les kystes pancréatiques semblent seuls devoir bénéficier jusqu'à présent de l'intervention chirurgicale; l'auteur, par ses expériences, a nettement démontré la possibilité de l'ablation de cette glande; c'est un encouragement d'avenir.

Le second mémoire de M. le docteur Verardini est une étude complète de la variole et de la vaccine, suivie de commentaires historiques sur les origines discutables de ces deux maladies. On y trouve tous les arguments, toutes les recherches, toutes les expériences célèbres qui ont été faites avec le cow-pox, le horse-pox, le wildox-pox, avec les cultures des microcoques tetragenus et albus. Enfin, des considérations d'ordre administratif d'importance capitale pour empêcher la propagation de la variole, pour prévenir et atténuer les effets de cette terrible affection qui a si souvent ravagé et décimé l'Italie.

Millot-Carpentier.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Sommaire : Société de dermatologie. — Greffe en peau de grenouille. — Les microbes de la pneumonie chez les enfants.

Nous avons à signaler plusieurs communications intéressantes qui ont été faites à la Société de dermatologie.

M. Barthelemy a rapporté les résultats que lui ont fournis les *autopsies de 27 morts-nés hérédo-syphilitiques* faites de 1883 à 1890. Très souvent il n'y avait pas de lésions, bien que ce soit l'infection qui ait causé la mort. L'examen macroscopique et l'examen microscopique sont alors absolument négatifs. La syphilis, dans ce cas, agirait comme la variole qui tue fréquemment le fœtus sans laisser de traces sur lui. Treize fois seulement il a été possible de trouver des lésions syphilitiques, et encore n'étaient-elles pas assez importantes pour expliquer la mort. Il y avait des gommes du foie soit visibles,

©BIU Santé

soit microscopiques; plus souvent le foie existait avec grains de semoule. La placenta présentait quelquefois des points dégénérés, des cotylédons inégaux, mais ce sont là des lésions insignifiantes. Le cordon non plus n'avait pas de lésion bien nette. Il résulte de ces faits que, dans les cas de ce genre où l'on trouve le cordon enroulé, on peut être porté à attribuer à cet enroulement ce qui est causé par la syphilis seule.

Une observation, communiquée par M. Mauriac, concerne un cas de *contagion de syphilis* quatre ans et neuf mois après le début des accidents. Comme il le fait remarquer à ce propos, il n'existe aucun signe permettant d'affirmer que la syphilis n'est plus virulente. On ne peut qu'avoir des présomptions en se basant sur le temps écoulé depuis l'infection, l'évolution des accidents, la façon dont le traitement a été suivi, etc. Le malade, sujet de l'observation, qui disait ne pas être marié, n'avait plus depuis longtemps que de petites érosions au niveau des bourses, qui semblaient bien plutôt être herpétiques; cependant on les traita comme spécifiques. Les érosions étant disparues depuis déjà un certain temps, le mariage fut permis. Quelques semaines après, M. Mauriac vit la jeune femme en pleine syphilis secondaire. Le chancre s'était produit sur le périnée et avait été pris pour des hémorrhoïdes. Le malade honteux s'était fait passer pour garçon et n'avait repris les rapports conjugaux que lorsqu'on lui avait permis le mariage.

M. Hardy a fait remarquer à ce propos que, bien que l'on permette en général aux syphilitiques de se marier après quatre ou cinq ans, il est possible que la contagion se fasse et que, par conséquent, les enfants naissent hérédo-syphilitiques.

M. Fournier rappelle qu'il a rapporté un cas dans lequel un mari avait contagionné sa femme quinze ans après le début de sa syphilis; la femme a eu un chancre labial, parce que le mari avait surtout des érosions buccales.

M. Gaucher a cité un cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique guérie par le traitement spécifique. L'observation est assez importante pour que nous la résumions, car ces cas sont rares.

Il s'agit d'un homme qui, en 1876, eut un chancre qui guérit rapidement à l'aide du calomel. Les accidents secondaires très légers ne furent pas traités. En 1883 apparurent des engourdissements dans les mains, dont la cause fut méconnue; ils cessèrent, puis revinrent et gagnèrent les jambes, s'accompagnant de douleurs lancinantes, de difficultés dans la marche, de diplopie. L'origine syphilitique des phénomènes ne fut pas reconnue par les médecins qui le soignèrent.

En avril 1883, M. Gaucher vit le malade qui était alors un type d'ataxique ; il prescrivit des frictions mercurielles matin et soir pendant trois jours. Ces frictions étaient interrompues par un repos de deux jours et reprises ensuite; en même temps, il donna 3 grammes d'iodure de potassium par jour.

L'amélioration fut rapide. Après six semaines, le malade n'avait plus de troubles visuels, plus de douleurs et l'incoordination motrice avait beaucoup diminué; après avoir pris quelques bains sulfureux, il reprit son travail au bout d'un mois et demi de traitement.

Depuis juillet 1883, M. Gaucher n'a pas revu le malade, qui certainement serait revenu le trouver s'il y avait eu une rechute, car il avait été très satisfait du premier traitement.

M. Gémy a vu un *chancre syphilitique* de la lèvre supérieure qu'il a pris pour un herpès. L'érosion était grisâtre, à bords irréguliers et on n'y voit pas d'induration, pas d'engorgement ganglionnaire, pas de douleur. La guérison survint en quelques jours, mais bientôt apparut une adénopathie sous-maxillaire double, non douloureuse. Au niveau de la petite lésion de la lèvre, il y avait un peu de pigmentation, mais pas d'induration. On pensait à une adénite strumeuse lorsque, vingt-cinq jours plus tard, se montra une roséole des plus nettes, qui fut bientôt suivie d'accidents divers.

Comme l'ont fait remarquer divers membres de la Société, ce fait est très intéressant, car, habituellement, les chancres de la lèvre sont volumineux et indurés.

©BIU Santé

*
* *

A la Société de médecine légale, M. Vibert a fait connaître un cas de *mort déterminée par un simple cathétérisme du col utérin*. La femme morte avait été amenée à l'hôpital par deux femmes qui disaient l'avoir trouvée dans la rue. A l'autopsie, on ne put constater qu'une grossesse de quatre mois environ, sans traumatisme visible du côté des organes génitaux, sans traces d'avortement commencé. Cependant, l'enquête permit de trouver que la jeune femme avait voulu se faire avorter et s'était rendue chez une personne connue pour se livrer à ce genre de pratiques. Là, d'après le récit de l'avorteuse et de sa complice, la première introduisit dans le col utérin la canule d'un injecteur en caoutchouc, et même, avant qu'elle n'eût commencé l'injection, la patiente se trouva mal, puis mourut en quelques minutes.

C'est là un fait fort intéressant, car il prouve qu'une opération aussi simple que l'introduction d'une canule dans le col peut entraîner la mort rapide par syncope. M. Vibert compare ce qui s'est produit dans ce cas aux arrêts du cœur qui surviennent parfois à la suite de coups brusques sur l'abdomen ou le larynx.

D'après l'accoucheuse, la simple injection d'eau dans l'utérus put décoller les membranes de l'œuf.

M. Leblond a observé souvent des tendances syncopales pendant le cathétérisme utérin, mais M. Vibert a fait remarquer que jamais, dans ce cas, on n'avait vu d'accidents mortels.

*
* *

M. Gillet de Grandmont a communiqué à la Société d'ophthalmologie une note sur l'*emploi de la greffe en peau de grenouille dans la restauration des paupières*. Il faut, quand on se sert de la greffe d'homme à homme, avoir des lambeaux de téguments quelquefois très étendus, car on peut admettre qu'il y a une rétraction d'à peu près un tiers. Aussi l'auteur a-t-il pensé que l'on pouvait s'adresser à la peau d'animaux, et il a choisi la peau de grenouille. L'opération qu'il a pratiquée a été faite sur un enfant de 13 ans qui avait été défiguré par une brûlure, et nous la rapportons d'après le *Progrès médical* : « J'ai pratiqué, dit M. Gillet de Grandmont, l'incision des paupières parallèlement aux bords ciliaires et dans la même étendue; elles ont ensuite été réunies par blépharorraphie. Les plaies étaient alors comme deux segments d'ellipsoïde dont le supérieur avait environ 3 centimètres de long sur 2 centimètres de haut et l'inférieur 3 centimètres de long sur 1 de haut. Les lambeaux cutanés furent pris sur le ventre de la grenouille et appliqués par petits fragments de 3 à 4 millimètres carrés. Toutefois, le fragment de tissu détaché par l'avivement du bord libre des paupières fut utilisé sous forme de bande transversale que vous pouvez voir sur la cicatrice. Le pansement, fait à sec avec des compresses de gaze aseptique recouverte d'iodoforme, fut laissé en place trois jours. Au lever de l'appareil, tous les fragments cutanés apparurent secs et avec leur couleur. La restauration a été parfaite. Il y a plus d'un an qu'elle a été faite et la liberté a été rendue aux paupières. La peau a repris sa couleur normale. Les éléments organiques humains ont remplacé ceux qui ont été empruntés à la grenouille.

*
* *

Le docteur Neumann a fait de très intéressantes recherches bactériologiques sur l'*étiologie de la pneumonie chez les enfants* (*Revue des maladies de l'enfance*, 1890, juillet). Les examens d'un certain nombre de pneumonies chez les enfants ont amené l'auteur à cette conclusion que, chez les enfants de même que chez les adultes, le pneumococcus de Frænckel est la cause habituelle de la pneumonie fibrineuse proprement dite. Il a constaté ce pneumococcus d'abord dans un cas de pneumonie terminale survenue chez une fillette âgée de 12 ans, dans le cours d'une méningite de la base, puis il l'a rencontré aussi dans l'exsudat provenant d'une ponction faite *intra vitam* chez un enfant âgé de 15 mois atteint de pleuro-pneumonie; enfin il a noté sa présence 5 fois sur 7 cas,

SBIU Santé

dans l'expectoration (1 cas resta douteux, dans le cas négatif les crachats ne furent examinés que quinze jours après la crise).

Mais le même organisme s'observe également dans la plupart des cas de broncho-pneumonie des enfants. C'est ainsi que sur 16 broncho-pneumonies, dont 9 étaient consécutives à la rougeole, la présence du pneumococcus dans le poumon a été notée 10 fois (dans 9 pneumonies rubéoliques, 5 fois avec certitude, 3 fois avec vraisemblance, 1 fois on ne constate que le streptococcus pyogenes associé à de très rares exemplaires de staphylococcus aureus). L'auteur insiste sur ce fait que c'est précisément dans la broncho-pneumonie que la recherche du pneumococcus présente souvent des difficutés considérables à cause de sa très fréquente association avec d'autres micro-organismes dont les principaux sont les streptococcus aureus et albus, le streptococcus pyogenes, le proteus vulgaris, le bacillus pyocyaneus, etc , et que, dans les cas où l'examen est négatif, on ne doit pas perdre de vue que le pneumococcus a pu exister à l'origine, mais qu'il a fini par s'atténuer et disparaître par suite de la longue durée de la maladie.

Le docteur Neumann rapporte différentes observations confirmant cette manière de voir. C'est ainsi que, dans un cas où il a été signalé dans des crachats au début de la maladie, on n'a plus trouvé à l'autopsie que le streptococcus pyogenes et le staphylococcus aureus et albus, que, dans un autre cas où la culture d'un pneumococcus avait été obtenue facilement, une souris inoculée était restée indemne, preuve d'atténuation du virus, et enfin que, dans 2 cas, le poumon ne contenait aucun pneumoccoccus alors que les cultures faites avec l'exsudat provenant d'une pleurésie concomitante dénotèrent la présence du même pneumococcus. Les crachats, dans 14 cas de broncho-pneumonies, contenaient 12 fois le pneumococcus (1 cas douteux, 1 cas négatif).

De ce que, chez les enfants non atteints de pneumonie, le pneumonoccus s'observe très rarement, soit dans les crachats, soit dans la salive, l'auteur conclut que la présence dans ces liquides du pneumococcus dénote presque sûrement chez un enfant l'existence d'une pneumonie, tandis qu'au contraire son absence ne permet pas d'affirmer avec certitude qu'il n'y a pas de pneumonie.

En terminant, l'auteur insiste sur la prophylaxie de l'infection pneumonique, au moyen d'une aération convenable et d'une propreté minutieuse des locaux où séjournent des enfants atteints de pneumonie, au moyen aussi de la désinfection de leur cavité buccale, et enfin il attire l'attention sur les dangers provenant de la dessication et de la dissémination des crachats pouvant contenir le pneumococcus.

THÈSES POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE PRÉSENTÉES ET SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

Laure (Louis-Casimir) : Etude sur le dégagement des épaules dans les présentations du sommet. — Petitpierre (Marius) : D'une forme particulière tuberculeuse d'ostéites diaphysaires chroniques de la clavicule. — Royet (Hippolyte) : Etude sur les yeux chez les aliénés. — Moncorgé (Remy) : Etude sur les laryngoplégies unilatérales; leur valeur diagnostique. — Marqueyrol (Frédéric-Joseph) : Variabilité et différentes modalités du souffle révélateur de l'insuffisance aortique. — Audry (Charles) : Les tuberculoses du pied. — Michon (Jean-Marie) : Contribution à l'étude des suppurations dans la fièvre typhoïde. — Boullet (Joseph-André) : Etude comparative des abcès de la cornée par la chaleur et le froid. — Rossigneux (J.-M.-Auguste) : Recherches sur l'étiologie de la diphtérie; relation de l'épidémie lyonnaise des six premiers mois de 1889.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA DIATHÈSE SCROFULEUSE. — Billroth.

Relever l'état général du malade en prescrivant une alimentation reconstituante com-

©BIU Santé

posée de viande, d'œufs, de lait et de café de glands doux ; séjour à la campagne avec exercice au grand air. De temps en temps, des bains salés, des bains de feuilles de noyer ou des bains de malt. — Si les enfants scrofuleux présentent de l'embonpoint, préparations mercurielles à petites doses à titre de purgatif. S'ils sont maigres et pâles, huile de foie de morue, teinture de malate de fer, sirop d'iodure de fer. — En cas d'arthrites fongueuses, cure, pendant la belle saison, au bord de la mer ou aux eaux de Kreusnach. — N. G.

COURRIER

Les frais de dernière maladie dans le cas de faillite. — Le médecin n'a de privilège que pour les frais de la maladie dont le malade est mort. Il n'en a pas si le débiteur a survécu et s'il est tombé en faillite.

Un jugement, rendu au profit du docteur Benoist (de Saint-Nazaire) tend à modifier cette jurisprudence. Le docteur Benoist, ayant un client en faillite, avait présenté la note de ses honoraires au liquidateur en demandant à figurer au nombre des créanciers privilégiés. Celui-ci avait refusé, et le docteur Benoist, qui avait poursuivi l'affaire devant les tribunaux, a obtenu gain de cause.

Le Tribunal..., considérant..., statuant en matière commerciale et en dernier ressort, admet le docteur Benoist comme créancier de la faillite Danard pour 236 francs ; dit que sur cette somme il sera colloqué par privilège au terme de l'article 2101 concernant les frais de dernière maladie, par celle de 150 francs, et au marc le franc pour le surplus ; dit que les dépens seront supportés par la faillite. (*Lyon médical.*)

— Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Richardière, Thibierge et Galliard.

— M. le docteur Perrin (Charles-Antoine) est nommé médecin honoraire du Bureau de bienfaisance du XXe arrondissement de Paris.

Nécrologie. — M. le docteur Dequevauviller, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Paris. — M. Alphonse Fane (de Genève), membre correspondant de l'Académie des sciences de Paris depuis 1879, dans la section de minéralogie. M. Fane est l'auteur d'excellents travaux sur le système des Alpes et l'histoire du globe. — M. le docteur Charles J.-B. Demange, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy, décédé à l'âge de 76 ans. M. Demange était professeur à l'École de Nancy, lors du tranfert dans cette ville de la Faculté de Strasbourg. Il fut nommé alors professeur adjoint à la Faculté de Nancy. Il était médecin de l'hospice Saint-Julien et président honoraire de l'Association de prévoyance des médecins de Meurthe-et-Moselle et de la Société de médecine.

— Nous apprenons également la mort des docteurs Bougier (de Paris) ; Louis Penard (de Versailles) et Labosse (de Nitry).

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c. ; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. LANCEREAUX : Les conditions pathogéniques et le traitement de l'urémie. — II. BIBLIOTHÈQUE : Les médecins normands du XIIe au XIXe siècle. — Dictionnaire de médecine à l'usage des assurances sur la vie. — III. REVUE DES JOURNAUX : Le borax dans l'épilepsie. — Traitement antiseptique de la variole. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. THÈSES de doctorat. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER. — Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Les conditions pathogéniques et le traitement de l'urémie.

Leçon recueillie par M. Ad. LAFFITTE, interne du service.

L'urémie, dont j'ai étudié avec vous les diverses manifestations sur le tube digestif et sur le système nerveux, est un accident très commun, la complication d'un grand nombre de maladies aiguës ou chroniques. Cet accident, toujours sérieux, est une cause fréquente de mort qu'un médecin instruit saura éviter la plupart du temps. Je vous ai déjà décrit les signes qui permettent de reconnaître ce syndrome; je dois vous indiquer maintenant les meilleurs moyens de lutter contre lui. Pour arriver à ce but, il me paraît indispensable de vous faire connaître les conditions particulières qui président à son développement, conditions encore incomplètement connues, qui ont donné lieu à d'innombrables recherches et à des controverses sans nombre.

Les théories pathogéniques de l'urémie se divisent en deux groupes principaux : *théories anatomiques* qui tentent d'expliquer ce syndrome par la présence de lésions matérielles constatables à l'autopsie; — *théories chimiques* qui font jouer le principal rôle à la rétention dans le sang d'un produit excrémentitiel.

Parmi les premières, la théorie de Traube, dite *théorie de l'œdème cérébral*, a longtemps joui d'une grande vogue. Le sang des brightiques, vicié dans sa composition, est plus fluide qu'à l'état normal, le cœur est d'ordinaire hypertrophié et la tension artérielle fortement augmentée. Traube pense que ces conditions sont capables de produire l'œdème cérébral et, secondairement, l'anémie de l'encéphale; d'où les phénomènes urémiques. Cette théorie, soutenue par Rosenstein (1) et Jaccoud (2), est cependant passible de graves objections : d'abord l'anémie cérébrale avec hydropisie ventriculaire est loin d'être constante chez les urémiques, et, quand elle existe, elle est un fait contingent, associé à des altérations anatomiques multiples. Ensuite, comment expliquer les faits

(1) Rosenstein : *Traité pratique des maladies des reins* (traduction Bottentuit et Labadie-Lagrave), 1874.

(2) Jaccoud : *Traité de pathologie interne*, 1883. — Le même : *Leçons cliniques de la Pitié*, 1886.

©BIU Santé

où l'autopsie révèle une congestion des centres nerveux? Bien plus, l'urémie peut se montrer dans des cas où le cœur n'est pas hypertrophié; et dans nombre d'affections où existe de l'hydrémie, les symptômes urémiques n'apparaissent jamais.

Les autres théories anatomiques sont aujourd'hui communément abandonnées. Graves faisait jouer un rôle prépondérant à la *congestion cérébrale*; mais celle-ci ne se rencontre que dans les cas d'urémie convulsive, et elle paraît dès lors être l'effet plutôt que la cause du mal. Osborne accuse l'*inflammation des méninges*, qui expliquerait surtout les convulsions éclamptiques; mais cette opinion tombe devant ce fait que la méningite est très rarement notée dans les relations d'autopsie.

Les théories anatomiques sont donc impuissantes à expliquer la genèse des phénomènes morbides. Passons rapidement en revue les théories chimiques qui attribuent tous les accidents à la rétention dans le sang de principes excrémentitiels.

La *rétention de l'urée* dans le sang a été longtemps regardée comme la cause unique des accidents : c'est l'opinion de Bright, de Grégory et d'un grand nombre d'auteurs qui ont suivi. Mais Mosler, Schottin ont démontré que les accidents peuvent éclater alors que le sang ne contient qu'une très faible quantité d'urée. Inversement, Owen Rees, Christison ont observé des cas où le sang contenait des quantités d'urée considérables, sans qu'aucun accident ne se manifestât. Mais la démonstration peut être poussée plus loin.

Feltz et Ritter (1) ont fait des injections d'urée dans le système veineux d'animaux et sont arrivés à cette conclusion : « L'urée pure, artificielle ou naturelle, injectée dans le système veineux à très fortes doses, ne détermine jamais d'accidents convulsifs; elle est éliminée rapidement par les sécrétions ». Le professeur Bouchard (2) fait remarquer que l'urée, aux doses où on la rencontre dans l'organisme, ne saurait provoquer les accidents de l'urémie. Pour tuer un homme, il faudrait la quantité d'urée qu'il fabrique en seize jours. Or, dans l'anurie complète produite par l'obstruction calculeuse des deux uretères, la mort arrive dès le commencement du troisième jour, c'est-à-dire à un moment où le sang contient seulement la huitième partie d'urée qui serait nécessaire pour causer la mort. La rétention de l'urée dans le sang n'est donc pas la cause des accidents urémiques.

Frerichs s'est fait le défenseur de la *théorie de l'ammoniémie*. Pour lui, l'urée se dédouble dans le sang et produit du *carbonate d'ammoniaque* qui est l'agent toxique. Or, le carbonate d'ammoniaque n'existe qu'en quantité minime dans le sang des urémiques, et on en trouve des traces dans le sang normal. D'autre part, les symptômes obtenus artificiellement en injectant des solutions de ce sel diffèrent des symptômes urémiques. Enfin, on n'a jamais trouvé dans le sang le ferment nécessaire pour transformer l'urée en carbonate d'ammoniaque.

MM. Feltz et Ritter (de Nancy) sont arrivés à cette conclusion que l'urémie est due à la rétention et à l'accumulation dans l'économie des sels de potasse. La potasse, en effet, existe en quantité notable dans le sang; elle provient des aliments ingérés et aussi de la désassimilation des cellules vivantes. Cette substance est essentiellement toxique, et il est certain que

(1) Feltz et Ritter : *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1878.
(2) Ch. Bouchard : *Leçons sur les auto-intoxications*, 1886.

©BIU Santé

son élimination est incomplète dans les cas de lésions rénales. M. Bouchard a repris les expériences de ces auteurs et les a confirmées; mais il fait remarquer à juste titre que, si les sels potassiques sont toxiques, il est un grand nombre d'autres substances aussi dangereuses et qu'on n'a pas le droit de les négliger dans l'appréciation des phénomènes morbides.

M. Bouchard a fait l'analyse physiologique des principes toxiques de l'urine, et a reconnu qu'il existe sept substances différentes capables de provoquer des phénomènes d'intoxication. L'urée n'est toxique qu'à une dose énorme: de plus, elle provoque la sécrétion rénale, elle est diurétique et s'élimine rapidement par le rein. Il s'y rencontre deux substances convulsivantes, une narcotique, une sialogène, puis une troisième qui provoque la contraction de la pupille. Enfin, les phénomènes toxiques seraient provoqués plutôt par des substances organiques que par des substances minérales. Cette conclusion nous paraît conforme aux faits cliniques dont la diversité est patente, et peut-être un jour pourrons-nous expliquer pourquoi, dans certains cas, on note des convulsions, dans d'autres du coma, ici de la dyspnée, là des vomissements, tantôt une température élevée, tantôt de l'hypothermie. Ce qui ressort encore des travaux de M. Bouchard, est que l'urine des urémiques n'est généralement pas plus toxique que de l'eau distillée; c'est bien à la rétention dans le sang des produits normalement éliminés par l'urine que l'on doit attribuer les accidents si nombreux que vous connaissez.

Je réserve pour la fin de cet exposé théorique les expériences célèbres de Claude Bernard et Bareswill, qui, à mon avis, ont contribué dans une large mesure à élucider la pathogénie des accidents urémiques. Ces auteurs ont montré, en effet, qu'à la suite de la ligature des uretères ou de l'ablation des reins chez les animaux, l'élimination des poisons urinaires change de voie, pour ainsi dire, et se fait par l'estomac et le tube intestinal tant que l'animal reste vivace et que les sécrétions intestinales ne sont pas taries. C'est seulement quand les animaux s'affaiblissent que les produits toxiques ne s'éliminent plus par cette voie; ils s'accumulent dans le sang, où leur existence peut être directement démontrée. Ces auteurs ont ainsi mis en lumière un fait extrêmement important et qui nous sera de la plus grande utilité quand nous arriverons aux indications thérapeutiques, à savoir : que l'estomac et l'intestin peuvent suppléer à la fonction rénale, puisque, à la suite de l'ablation des reins, les substances excrémentitielles de l'urine sont excrétées par le tube digestif.

L'anatomie pathologique vient confirmer ces faits expérimentaux. Dans mon *Atlas d'anatomie pathologique*, j'ai figuré les lésions que l'on rencontre à l'autopsie des urémiques anciens et qui portent sur toute l'étendue du tube digestif, mais spécialement sur l'estomac et le gros intestin. Ces lésions sont pour ainsi dire proportionnelles à l'ancienneté de la lésion rénale et à l'imperméabilité du rein. La surface interne de l'estomac est recouverte d'un mucus jaune-verdâtre, abondant et extrêmement adhérent; la muqueuse est souvent décolorée et présente des plis transversaux plus ou moins épais. La bouche elle-même peut être remplie d'un mucus grisâtre, demi-transparent, tellement visqueux qu'on est forcé de l'extraire avec la main. C'est l'urémie buccale et pharyngée, bien étudiée par le professeur Guyon dans la suppuration des voies urinaires, mais que j'ai décrite le premier dans le cours du mal de Bright (1). C'est surtout au niveau du

(1) E. Lancereaux : *De l'urémie.* (*Ann. des maladies génito-urinaires*, octobre et déc. 1887.)

©BIU Santé

gros intestin, et spécialement du rectum, que les lésions anatomiques de l'urémie sont le plus prononcées. Il existe, en effet, dans quelques cas, une entérite urémique caractérisée par l'épaississement de la muqueuse, qui est gris-ardoisé ou blanchâtre, et par la présence de saillies furonculeuses avec eschare centrale, auxquelles succèdent des cicatrices disséminées, indices d'un travail réparateur.

Enfin, la peau peut, dans une certaine mesure, suppléer à la fonction rénale. La physiologie nous apprend que, si le bon fonctionnement de la peau est entravé, le rein travaille davantage et, inversement, la peau paraît, dans certains cas, aider à l'élimination des produits de désassimilation, grâce à la sécrétion de la sueur. D'ailleurs, l'anatomie paraît plaider dans ce sens. Heynold et Ranvier ont montré que l'épithélium qui tapisse la portion sécrétante du glomérule sudoripare est un épithélium strié analogue à celui que Heidenhain a décrit dans les tubuli contorti. Les épithéliums fonctionnels du rein et des glandes sudoripares ayant une grande ressemblance, il est naturel de penser qu'ils peuvent arriver à se suppléer.

Si je résume les faits que je viens d'exposer, je puis dire que l'urémie provient du défaut d'élimination par les reins de substances diverses, et tout particulièrement de substances organiques résultant de la dénutrition des tissus. L'observation clinique et l'expérimentation démontrent que ces substances, si la fonction du rein vient à diminuer ou à cesser pour une cause quelconque, peuvent s'éliminer par l'estomac et par l'intestin : c'est l'urémie gastro-intestinale; enfin, lorsque cette élimination est insuffisante, elles sont retenues dans le sang et tendent à localiser leur action sur le système nerveux, notamment sur le bulbe, dont elles troublent les fonctions; d'où les phénomènes de l'urémie dyspnéique et cérébro-spinale.

Ces connaissances des conditions pathogéniques de l'urémie sont loin d'être complètes; mais, malgré tout ce qu'elles laissent à désirer, elles sont suffisantes pour nous donner des indications rationnelles sur le traitement de cette grave complication.

Une première chose doit tout d'abord attirer notre attention : c'est la différence qui existe, au point de vue symptomatique, entre l'urémie gastro-intestinale et l'urémie cérébro-spinale. Je crois utile de vous rappeler brièvement les caractères principaux de ces deux grands types et de vous montrer en même temps des malades qui en offrent des exemples.

L'urémie gastro-intestinale est un désordre qui a pour siège ordinaire l'estomac et le gros intestin, et plus rarement la bouche. L'*urémie gastrique* se révèle par des vomissements à caractères tout à fait spéciaux : ils se produisent soit spontanément, soit immédiatement après l'ingestion de substances alimentaires; ils sont faciles, se font sans efforts et parfois sans nausées. Les matières rejetées sont peu abondantes et de coloration grisâtre ou verdâtre, d'aspect trouble, comme un bouillon sale; elles renferment un mucus épais. Facilité extrême de production, quantité minime, couleur spéciale, tels sont les trois principaux signes auxquels vous les reconnaîtrez.

L'*urémie intestinale* se caractérise par une diarrhée tout aussi spéciale : les matières rejetées sont abondantes, séreuses et fétides, grisâtres et renferment souvent du mucus et des grumeaux blanchâtres analogues à des grains de riz cuit. Cette diarrhée survient brusquement; elle n'est précédée ni de coliques, ni de ténesme; loin de fatiguer le malade, elle apporte sou-

©BIU Santé

vent un soulagement à ses douleurs et amende les autres phénomènes urémiques, tels que la céphalée et l'insomnie.

La malade couchée au n° 27 de la salle Lorain est un exemple bien remarquable de cette forme d'urémie. C'est une jeune femme de 25 ans qui est entrée dans nos salles le 16 juin dernier. Dans ses antécédents personnels, nous relevons une pleurésie droite contractée il y a trois ans et parfaitement guérie, une grossesse à terme sans complications à la fin de 1889, et la fièvre typhoïde qu'elle a eue au commencement de cette année, pour laquelle elle a été soignée pendant un mois à l'hôpital Beaujon et dont la convalescence a été courte, et la guérison a paru complète. Elle a repris son métier de cuisinière et, tout d'abord, sa santé a été assez bonne ; mais, il y a un mois et demi environ, elle a commencé à se plaindre de douleurs de tête revenant vers le soir et caractérisées par une sensation très pénible de constriction au niveau des tempes; des nausées se sont montrées en même temps, elles survenaient immédiatement après le repas; enfin, depuis huit jours, les vomissements ont apparu et continuent encore aujourd'hui. Ils sont bilieux, verdâtres, fréquents, mais peu abondants ; la malade rend à peu près la valeur de deux cuillerées à soupe à la fois. La face est amaigrie, les traits tirés, les yeux cernés; la voix est faible, la langue légèrement saburrale; le ventre est aplati, un peu excavé. Les urines, examinées dès l'entrée de la malade, sont rares, ont une densité de 1030, mais ne contiennent pas d'albumine. J'insiste sur ce fait que les urines ne sont pas albumineuses, et cependant les phénomènes gastriques sont si caractéristiques que je n'hésite pas à les rattacher à l'urémie. J'ordonne le régime lacté absolu, je fais pratiquer des inhalations d'oxygène et je prescris un lavement purgatif énergique. Les 17 et 18 juin, les vomissements persistent avec les mêmes caractères; l'urine ne contient pas d'albumine; mais, le 19, on obtient un dépôt abondant par l'acide azotique et la chaleur. Les liquides vomis sont examinés et on y reconnaît la présence d'une quantité notable d'urée. Enfin, le soir du même jour, un œdème très léger se montre autour des malléoles. Dès lors, le diagnostic est établi avec toute la rigueur possible, et j'institue une médication purgative très énergique. Vous pouvez vous rendre compte qu'aujourd'hui les symptômes se sont légèrement amendés, et j'espère que, dans quelques jours, le mal sera enrayé. Vous voyez, par cet exemple, combien il importe de bien connaître les caractères de chaque phénomène morbide. Une de nos malades a des vomissements qui ont les caractères de ceux de l'urémie : j'affirme l'existence de ce syndrome, même en l'absence d'albuminurie. La présence de l'albumine est un signe important qui facilite singulièrement le diagnostic, quand il existe; mais ce signe n'est pas indispensable : si je ne le trouve pas, je passe outre sans me laisser ébranler. Dans le cas particulier, le vomissement a des caractères si spéciaux que, à lui seul, il force le diagnostic; ce vomissement est une phrase qu'il faut savoir déchiffrer. Qu'importe le reste? (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

LES MÉDECINS NORMANDS DU XIIe AU XIXe SIÈCLE. Biographie et bibliographie, par le docteur Jules ROGER. — Paris, G. Steinheil, 1890.

« Perpétuer le souvenir des hommes qui ont été utiles à l'humanité, c'est tout à la fois

©BIU Santé

acquitter la dette de la reconnaissance et faire une bonne action. » C'est cette pensée de Nepveu qui a guidé le docteur Roger quand il a écrit son ouvrage.

Il a voulu rapprocher et grouper les fils de la Normandie qui ont servi à la fois la science et les malades, et montrer, ce que nous savions déjà, que le pays normand est fertile en bons esprits et en hommes habiles.

Notre confrère regrette la gratuité des fonctions que les médecins remplissaient autrefois comme aujourd'hui auprès des pauvres. Sont-elles donc si payées ces fonctions de médecin des hôpitaux ou de médecin de bureau de bienfaisance; et la faible somme que l'on donne à ceux qui les remplissent ne fait-elle autre chose que les indemniser des frais de transport ou de ceux résultant des dépenses dans lesquelles ces fonctions les entraînent? Il est évident qu'un grand nombre de médecins ne voient plus dans un pauvre « un membre souffrant de Jésus-Christ »; le soignent-ils moins bien pour cela? Nous le demandons à notre confrère lui-même.

Les convictions morales se sont modifiées, le but de la vie a changé pour beaucoup et il est permis de le regretter. Malgré cela les médecins de notre siècle, du moins ceux que nous voyons autour de nous, sont aussi dévoués pour leurs malades et les soignent avec autant d'abnégation que ceux des temps de foi aujourd'hui disparus.

L'ouvrage de M. Jules Roger est disposé par ordre chronologique. Pour chaque nom, l'auteur donne une notice biographique et indique d'une part les sources dans lesquelles il a puisé ces renseignements; d'autre part, quand il y a lieu, la liste des travaux du médecin. Nous qui avons autrefois travaillé dans les bibliothèques, nous pouvons nous rendre compte de ce qu'un tel travail représente de recherches ardues et consciencieuses. Un certain nombre des médecins normands ont un nom qui mérite de passer à la postérité; tels sont : Gui de la Brosse, Pecquet, Lemery, Leroy, Blainville, Brierre de Boismont, Pouchet, Follin, Leudet, Foville, que fait revivre devant nous la plume élégante et facile de M. Roger. — P. Ch.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE A L'USAGE DES ASSURANCES SUR LA VIE, par le docteur E. MOREAU. — Paris, O. Doin, 1890.

C'est, comme le dit l'auteur, un ouvrage d'utilité pratique, destiné à être consulté et non à être lu tout d'une haleine, et qui s'adresse aux médecins experts et aux directeurs des compagnies d'assurances sur la vie. Il est disposé par ordre alphabétique et les articles sont disposés en plusieurs paragraphes qui portent alors, les uns, les titres : A recevoir, à recevoir avec réserves, à refuser ; sous le titre observation se trouvent rangées les remarques utiles.

Si nous prenons par exemple le mot CHORÉE nous verrons qu'il faut *recevoir* tout proposant ayant eu, pendant son adolescence, de la chorée idiopathique, s'il est radicalement guéri depuis cette époque ; *recevoir avec réserves* tout proposant atteint de chorée idiopathique ; *refuser* tout proposant atteint d'accidents choréiques symptomatiques de lésion des centres nerveux, tout proposant atteint ou ayant été atteint de chorée avec lésion cardiaque ; dans les observations, on appelle l'attention sur la fréquence des lésions cardiaques consécutives.

Cet exemple montera la manière dont est conçu le livre du docteur Moreau ; il rendra les plus grands services à ceux pour qui il est écrit. — P. N.

REVUE DES JOURNAUX

Le borax dans l'épilepsie. — A la séance du 3 avril 1890 de la *Cardif medical Society*, le docteur Stewart, médecin du *Glamorgan County Asylum*, a rapporté des faits qui révèlent la valeur du borax dans le traitement de l'épilepsie. Ces faits, qui sont au nombre de six, méritent d'être examinés sérieusement. — 1° Une jeune fille de 13 ans, était sujette, depuis sa naissance, à des attaques d'épilepsie qui se reproduisaient de deux à douze fois dans les vingt-quatre heures, principalement la nuit; elle avait été soumise à des traitements répétés, mais sans avantage. Entrée à l'asile, pendant la pre-

©BIU Santé

mière semaine de son séjour, sans aucun traitement, elle eut vingt-six attaques. Dans la seconde semaine, sous l'influence du borax, les attaques se réduisirent à vingt-quatre, et à huit seulement la troisième semaine. Après un intervalle de seize jours sans aucun accès, il en survint quatre pendant deux nuits successives; puis, après un autre intervalle de neuf jours, un seul accès eut lieu, et il n'y en a pas eu depuis; ce qui faisait, au moment où l'article a été écrit, plus d'un mois de répit. — 2° La seconde malade avait commencé à souffrir d'épilepsie nocturne à l'âge de 18 ans et n'avait été traitée que cinq ans après. Le cas était compliqué d'une sérieuse affection cardiaque, d'une sténose de l'orifice mitral. En l'absence de traitement, les accès d'épilepsie s'élevaient en moyenne à cent un par mois; sous l'influence du borax, ce nombre se trouva réduit à vingt le premier mois, à sept le second, à un le troisième, à cinq le quatrième, à zéro le cinquième, et à un le sixième. — 3° La troisième malade avait eu à sept ans une coqueluche, qui avait été suivie d'hémiplégie, d'imbécillité et d'épilepsie. En l'absence de traitement, les accès d'épilepsie se produisaient en moyenne un peu plus de trois fois par semaine. Les bromures n'avaient obtenu aucune diminution; et après deux ans et demi de ce traitement, la moyenne hebdomadaire s'était élevée à seize accès. Sous l'influence du borax, la moyenne hebdomadaire descendit à 15 et une fraction pendant le premier mois; le second mois à 11 et une fraction. La diminution portait principalement sur les attaques de nuit. — 4°, 5° et 7° Chez ces trois malades, chez qui les accès avaient lieu pendant le jour et pendant la nuit, la médication bromurée exerçait une action décidée sur les actes diurnes, mais laissait intacts les accès nocturnes. Dans ces trois cas, on retira un bénéfice réel de la combinaison des deux médications, en donnant trois doses de la médication bromurée pendant le jour, et une dose seulement de la médication par le borax au moment du coucher. — 6° La dixième malade, épileptique et imbécile depuis sa naissance, ne vint en traitement qu'à l'âge de 35 ans. Les accès étaient nocturnes; ils ne furent nullement influencés par la médication bromurée, mais leur nombre fut un peu diminué par le borax.

Le docteur Steward conclut de ses observations que le borax exerce une influence spéciale sur les accès nocturnes, et que c'est dans les cas où les accès sont entièrement de cette catégorie que cet agent a le plus de succès; que la médication bromurée, de son côté, exerce surtout sa puissance sur les accès diurnes; et que, dans les cas où les accès sont à la fois diurnes et nocturnes, la combinaison des deux médications est indiquée. (*The therap. Gaz.*, le 16 juin 1890). — R.

Traitement antiseptique de la variole, par M. Bianchi. (*Courrier médical*, 1889, 42.) — M. Bianchi décrit, dans *Lo Sperimentale*, le traitement « antiseptique » qu'il a employé avec plein succès dans 96 cas de variole, dont 22 légers, 39 graves et 15 très graves.

On commence par un grand bain tiède de solution d'acide borique au 1/20, bain dans lequel le malade est savonné soigneusement avec du savon antiseptique.

Ensuite, pendant toute la durée de la variole, tout le corps est lavé, une à quatre fois par jour (selon la période de la maladie), avec une solution de sublimé à 1/1000 ou d'acide borique au 1/20. Ces lavages sont suivis d'onctions avec de la vaseline iodoformée à 1 et jusqu'à 5 p. 100, selon la gravité des cas. Toutes les pustules sont ouvertes avec une aiguille rendue aseptique et leur contenu soigneusement évacué.

Le malade est enveloppé dans des pièces de linge aseptique que l'on change fréquemment, et tous les objets qui l'entourent, le plancher et les murs de la chambre, sont lavés tous les deux jours avec une solution de sublimé de 1/200.

Ce traitement diminue notablement la durée de la période d'éruption, empêche les hyperthermies prolongées, prévient les suppurations locales graves, les cicatrices indélébiles et les complications du côté des viscères; il procure au malade un bien-être relatif et une convalescence rapide.

Il a, en outre, une grande valeur prophylactique : il rend difficile la transmission directe du contage aux personnes qui soignent le malade et rend complètement impossible la contagion à distance, car le malade lui-même, son lit et l'air qui l'entoure sont constamment maintenus dans un état d'asepticité parfaite. — P. N.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juillet. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Un manuscrit d'Alexandre de Tralles (x° siècle), avec notes par M. le docteur Farge;

2° Un mémoire intitulé : « Le pian dans les communes sous le vent de la Guadeloupe », par M. le docteur Lacaze;

3° Une note sur un cas de changement de l'attitude du corps dans le cours de la maladie de Parkinson, par M. le docteur H. Bidon;

4° Des plis cachetés adressés par MM. les docteurs Redard et Moreau-Marmont.

Abcès du foie. — M. HACHE rapporte quatre observations d'abcès du foie prises à Beyrouth et traitées par l'incision. Il a deux guérisons et deux morts.

La douleur fixe de la région hépatique, irradiée ou non à l'épaule, est un bon signe de la lésion du foie. Elle n'a pas d'importance pour la localisation de l'abcès : d'où cette conséquence que, lorsqu'une ponction reste blanche au point le plus douloureux, on peut recommencer à côté. L'élargissement des espaces intercostaux, prédominant sur un ou deux espaces, indique bien mieux le siège de la collection purulente; la fluctuation ne peut se constater que quand l'abcès est superficiel. Les deux signes manquent souvent quand la collection est volumineuse.

Les ponctions faites avec l'aiguille permettent de chercher le foyer quand on est dans la substance hépatique. Si on échoue, on doit les multiplier.

M. Hache ne reconnaît pas d'avantage à inciser simultanément le foie et la paroi comme le conseille Little. N'inciser le foie qu'après l'avoir reconnu ne prolonge l'opération que de quelques minutes. Même quand les adhérences manquent, les grands abcès du foie n'ont pas de tendance à verser leur contenu dans le péritoine.

Il ne faut faire de lavage qu'immédiatement après l'incision, quand la poche se vide bien, et on aura l'asepsie en introduisant par les tubes de la poudre d'iodoforme.

L'anesthésie à la cocaïne est souvent suffisante.

Pendant le temps que dure la cicatrisation, il faut veiller avec grand soin à l'intégrité du tube digestif.

Mesures propres à remédier à la dépopulation de la France. — M. LAGNEAU lit la fin de son travail snr ce sujet. Ses principales conclusions sont qu'il faut favoriser la natalité légitime d'abord, en multipliant les formalités du mariage et en protégeant mieux la jeune fille contre la séduction, en reculant de 16 à 21 ans la peine portée par l'article 355 du Code pénal. Il faut ensuite astreindre le père naturel à fournir une ration d'entretien à son enfant illégitime; — soutenir et entretenir les enfants illégitimes de pères inconnus à l'aide d'impôts frappant les célibataires de plus de 25 à 30 ans; — maintenir longtemps les accouchées dans les maternités, afin de diminuer la fréquence des maladies utérines, cause si fréquente de stérilité; — empêcher la transmission de la syphilis par tous les moyens possibles, surveillance, soins médicaux ou sanction pénale; — restreindre le plus qu'on le pourra la durée du service militaire, en intruisant les jeunes gens dans les exercices physiques et militaires; — examiner fréquemment les recrues et les renvoyer dès que leur instruction sera suffisante.

Pour restreindre la morbidité et la mortalité, il faut créer des maternités-ouvroirs pour les femmes indigentes, mariées ou filles-mères, où elles vivent avant leur accouchement et après, pendant plusieurs mois; — établir des maternités où, comme à Vienne, les femmes pourraient accoucher sans se faire connaître; — ne pas rouvrir des tours, mais les remplacer par des bureaux avec un personnel assermenté, tenu au secret professionnel, et où les femmes puissent rester inconnues en déposant leurs enfants; — payer comme des nourrices les mères indigentes obligées à l'abandon; — assainir les agglomérations urbaines; — substituer pour les soldats les camps ruraux aux casernes

©BIU Santé

urbaines; — substituer dans les colonies les milices indigènes aux soldats venus de France; — restreindre en dégrevant la propriété rurale, en limitant les emprunts municipaux et l'immigration dans les villes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juillet. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Adhérences vicieuses des doigts. — Traitement des fibromes par l'électricité.

M. Larger présente un *modèle d'aiguille à suture* qui ressemble à un trocart. L'extrémité, taillée en trocart, est munie d'un épaulement que le fil à suture suffit à combler. Il résulte de cette disposition que l'aiguille pénètre dans la peau comme un instrument piquant et non tranchant, et n'accroche pas au retour.

— M. Kirmisson fait un rapport sur des observations envoyées par M. Boix (d'Aurillac).

Dans une de ces observations, il s'agit d'*adhérences vicieuses des doigts* de la main droite. Dans une première opération, le chirurgien libéra le pouce, l'index et le médius. Le résultat se maintint et M. Boix libéra l'annulaire en mars 1890. Pour ses deux interventions, M. Boix s'est servi du même procédé, c'est-à-dire qu'il a détaché une bride palmaire sous forme de lambeau, ce qui lui a permis de détruire les adhérences et de redresser le doigt.

Une seconde observation concerne un cas de *ptérygion charnu* traité par la galvanocautérisation, et une troisième une *cure radicale de hernie inguinale*.

La dernière observation se rapporte à un cas de *fracture de cuisse* chez un homme de 55 ans. L'os avait été cassé à la partie moyenne. La demi-flexion ne produisant à elle seule aucun bon résultat, M. Boix appliqua deux attelles plâtrées, l'une en avant, l'autre en arrière. La consolidation se fit en quelques semaines et il n'y eut que 2 centimètres de raccourcissement.

— M. Richelot fait une communication sur le *traitement des fibromes utérins par l'électricité*. Actuellement, l'électricité est très employée dans le traitement des fibromes; elle est certainement très utile, mais il faut ne pas l'appliquer à tous les cas et fixer ses indications.

Les électriciens avaient jeté un peu de défaveur sur leur pratique en donnant comme guéries un grand nombre de femmes qui, en réalité, étaient simplement perdues de vue; de plus, de temps à autre, on rencontrait des malades ayant subi de longs traitements sans grand résultat. Les chirurgiens ont pu examiner un grand nombre de « ces épaves du traitement nouveau », et il est possible maintenant d'essayer de fixer ses indications et ses contre-indications.

On peut l'employer d'abord dans les cas où il semble qu'elle doive être utile, mais il ne faut pas s'acharner quand on ne réussit pas. Une première condition de succès est l'âge voisin de la ménopause, car il est rationnel d'essayer un traitement palliatif au moment où le fibrome va cesser de vivre activement. Du reste, même chez les femmes encore jeunes, c'est le meilleur des traitements palliatifs.

Maintenant, il y a un point très délicat, c'est le diagnostic complet de la maladie. Au moins la moitié des malades qui ont un fibrome ont en même temps une variété quelconque de salpingo-ovarite. Dans le cas où la lésion des annexes n'est pas suppurée, on a quelquefois des améliorations par l'électricité, quelquefois aussi des aggravations; mais s'il y a du pus, il peut se produire et il s'est produit des accidents mortels. Donc, avant d'électriser, il faut toujours connaître l'état des annexes. Derrière des fibromes très évidents, il peut se cacher des lésions avancées des trompes ou des ovaires et, comme il faut toujours penser à ces cas, on devra s'arrêter, si les premières séances de traitement restent sans effet ou accroissent les douleurs.

M. Richelot rapporte l'observation d'une malade traitée infructueusement par l'électricité et qui fut opérée dans un état cachectique. Il enleva deux corps fibreux et une trompe remplie de pus. L'hémostase au niveau des pédicules fut parfaite; malgré cela,

©BIU Santé

il se fit une hémorrhagie en nappe par les vaisseaux des adhérences déchirées, et la malade mourut en trois heures; elle était atteinte d'artério-sclérose généralisée.

Dans un autre cas, où on avait diagnostiqué simplement fibrome interstitiel, il y avait en outre deux tumeurs grosses comme des pommes pédiculées sur le fond du globe utérin et une suppuration des deux trompes; on dut même créer un anus artificiel à cause d'une déchirure du côlon descendant. Si l'électricité avait été essayée, elle aurait été nuisible, tandis que la chirurgie abdominale a guéri la malade.

Les fibromes interstitiels sont justiciables de l'électricité, car ils participent à la vie de l'organe, sont hémorrhagiques et subissent les modifications de la circulation et de la nutrition de l'utérus. Quand aux corps fibreux énucléés indépendants ou presque indépendants de la matrice, le traitement électrique ne peut rien contre eux.

M. Richelot étudiera la valeur de la castration ovarienne et de l'hystérectomie dans le traitement des fibromes. Pour ce qui est du traitement électrique, il est du devoir du médecin de chercher avec la plus grande précison s'il peut être utile ou au contraire sera nuisible ou inutile, et de ne pas électriser tout le monde.

M. Bouilly partage la plupart des idées de M. Richelot. Très souvent l'électricité a été appliquée au traitement des fibromes sans que le diagnostic ait été fait complètement. Un grand nombre de fibromes s'accompagnent de manifestations du côté des annexes, et ce sont ceux-là qui causent le plus de phénomènes douloureux. On peut observer des pyosalpingites, des hémato-salpingites, des kystes de l'ovaire, qui atteignent parfois la grosseur d'une orange. L'électricité ne peut rien contre ces complications et il faut une opération.

Dans le gigantisme utérin, les lésions des annexes ont aussi une grande importance, car très souvent, lorsqu'on les enlève, l'utérus reprend ses dimensions normales. Il cite trois faits où l'ablation d'une trompe ou d'un ovaire suppuré a été suivie du retrait de la matrice. Il faut donc faire avec grand soin le diagnostic, car les maladies des annexes ont la plus grande influence sur l'évolution des fibromes.

Les hémorrhagies qui succèdent à l'enlèvement des annexes adhérentes, à la rupture d'adhérences des organes pelviens entre eux sont relativement rares. Pour lui, dans le cas que M. Richelot a cité, il y avait des dégénérescences artérielles, et c'est cela qui explique l'hémorrhagie. Le suintement qui se produit au moment de l'ablation des trompes ou des ovaires n'est jamais considérable et cède facilement quand on emploie la compression et les lavages avec l'eau bouillie à 50°.

Les adhérences avec l'intestin grêle sont rares et elles se font habituellement avec le gros intestin, la partie inférieure du cœcum ou l'S iliaque. Elles sont alors faciles à détruire.

M. Terrier croit aussi que, dans un grand nombre de cas, on fait des diagnostics incomplets quand il s'agit de fibromes. Cela tient à ce que le diagnostic exact est souvent des plus difficiles.

Il a tout récemment enlevé les trompes et les ovaires chez une femme qui avait un fibrome douloureux, et a trouvé un ovaire kystique qu'il n'avait pas reconnu pendant la vie.

Dans un autre cas où il a fait l'ablation d'un kyste volumineux végétant, le péritoine présentait des végétations de nature suspecte, dont il était impossible de prévoir l'existence avant d'opérer.

Il y a fréquemment coïncidence de lésions des annexes avec les fibromes, car l'endométrite est commune, et cela explique comment un même traitement produit des résultats très différents selon les cas. Il faut, en effet, choisir selon les lésions qui existent entre les diverses méthodes thérapeutiques, et le traitement électrique ne peut être employé dans toutes les circonstances.

Il est évident que les médecins qui font usage de l'électricité dans les fibromes se basent sur des recherches poursuivies dans un but scientifique; cependant M. Terrier se demande si ces médecins, si M. Apostoli, entre autres, ont fait toujours un diagnostic complet et s'ils ont foi dans leurs méthodes quand le fibrome est compliqué de salpingite.

Dans plusieurs cas, des séances d'électricité ont augmenté les douleurs lorsqu'il exis-

tait une complication de ce genre. Aussi le traitement est-il alors non seulement inefficace, mais dangereux. Il faut toujours, chez ces malades, enlever le fibrome le plus tôt possible, s'il est peu volumineux. Si cette ablation n'est pas possible, on fera celle des annexes.

M. Terrier a vu souvent des adhérences exister avec l'intestin grêle et il a dû assez fréquemment suturer l'intestin ouvert.

M. Richelot rappelle qu'un certain nombre de médecins traitent volontairement les salpingites par l'électricité et maintiennent qu'ils obtiennent des guérisons. S'il s'agit de salpingites catarrhales, on peut admettre à la rigueur que, les souffrances diminuent dans les premières séances ; mais si l'on continue, elles augmentent rapidement. L'électricité aggrave toujours les salpingites suppurées et le médecin qui l'emploie dans ce cas ne peut qu'avoir fait une erreur de diagnostic.

M. Hache (de Beyrouth) communique un cas de *fracture comminutive de la voûte du crâne* traité par la trépanation. Le blessé était un homme de 30 ans qui avait une plaie au niveau du pariétal droit. Il n'eut d'abord qu'une perte de connaissance, avec troubles moteurs. Mais la température monta bientôt à 39°, ce qui indiquait des accidents septiques. M. Hache désunit les lambeaux cutanés et fit l'ablation d'une esquille osseuse au-dessous de laquelle il trouva un épanchement de sang, mais pas de pus. La dure-mère, intacte, ne fut pas incisée. Le soir de l'opération, la température était revenue à la normale. La guérison se produisit rapidement.

Pour M. Hache, dans les fractures comminutives du crâne, il n'y a pas lieu de faire la trépanation d'emblée, mais il vaut mieux attendre l'apparition des symptômes graves.

M. Bouilly montre un utérus fibromateux et gravide enlevé par l'opération de Porro chez une femme de 28 ans. L'accouchement à terme aurait été impossible et l'avortement provoqué dangereux.

— M. Richelot montre un calcul intestinal rendu avec les selles par une paysanne bretonne dont la nourriture habituelle était le sarrasin. A ce propos, M. Terrier rappelle la fréquence des entérolithes chez les animaux qui se nourrissent des céréales. Ils sont composés de sels calcaires. M. Auger a un de ces entérolithes provenant d'un cheval au centre duquel il y a un morceau de fer.

Thèses soutenues a la Faculté de médecine de Bordeaux pendant l'année scolaire 1889-1890.

M. Conan : Contribution à l'étude des corps mobiles articulaires du genou. — M. Buisson : Etude sur les hydrocèles doubles. — M. Pierre : Contribution à l'étude des ruptures traumatiques du canal de l'urèthre. — M. Lenoir : Essai de parallèle entre la grippe et la dengue (contribution à l'étude de la récente épidémie d'influenza 1889-1890). — M. Bitot : L'hystérie mâle dans le service de M. le professeur Pitres, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. — M. Chabrely : Contribution à l'étude de l'albuminurie et de la néphrite interstitielle séniles. — M. Audebert : De l'intervention dans l'infection puerale post-abortive.

FORMULAIRE

Prises contre la coqueluche. — G. Sée.

Racine de belladone pulv.	0 gr. 01 centigr.
Poudre de Dower	0 gr. 025 milligr.
Soufre sublimé et lavé	0 gr. 20 centigr.
Sucre blanc pulv.	0 gr. 50 —

Mêlez, pour un paquet, deux à dix de ces prises, suivant l'âge, aux enfants atteints de coqueluche. — N. G.

©BIU Santé

COURRIER

Concours de l'internat. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 15 octobre, à midi précis. — Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 8 septembre jusqu'au mardi 30 du même mois inclusivement.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 16 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 8 septembre jusqu'au mardi 30 du même mois, inclusivement.

— Parmi les nouveaux officiers d'Académie, nous avons le plaisir de rencontrer le nom de notre excellent confrère de Chennevière-sur-Marne, le docteur Tissier.

Les dangers du foot ball. — Les partisans de l'éducation physique ont récemment cherché à ressusciter chez nous la *balle au pied*, *foot ball* des Anglais, comme un exercice très sain.

Maintenant, voici le revers de la médaille. Le *Lancet*, journal médical anglais, donne la statistique des accidents de tout genre occasionnés par le jeu en question.

De septembre à janvier, l'année dernière, on a compté :

13 morts; 15 fractures de jambes; 4 bras cassés; 11 nuques démolies; 3 blessures au dos; 1 nez abîmé; 1 genou luxé; 1 hanche démise; 1 œil crevé.

Il serait peut-être utile de trouver le moyen d'éviter de semblables accidents. Car l'éducation physique est superflue si les membres que l'on veut développer sont... absents.

Diminuez les heures de classe en raccourcissant les programmes d'étude et les enfants auront le temps de jouer et de développer leurs membres. (*Lyon médical.*)

Médecins des lycées. — M. le docteur Séjournet est nommé médecin du lycée de Bourges, en remplacement de M. le docteur Bercioux, décédé.

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 juillet 1890. — *Ordre du jour :* Communications diverses.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX du Dr Papillaud. — Anémie, chlorose, etce

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Lancereaux : Les conditions pathogéniques et le traitement de l'urémie. — III. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine de Paris. — IV. Thèses de doctorat. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

BULLETIN

La discorde est entre Montpellier et Marseille, et le gouvernement, appelé à trancher la question, paraît très embarrassé. Convenons qu'il y a de quoi. Marseille veut une Faculté de médecine, mais, si on la lui accorde, ce sera au détriment de Montpellier. Que faire?

Ce n'est pas sans bonnes raisons que le gouvernement a presque décidé la création d'une Faculté de médecine à Marseille, qui possède tous les éléments nécessaires à la prospérité d'une Faculté de ce genre : élèves, hôpitaux, argent. On a dit que le personnel enseignant actuel était un peu, comment dirai-je? insuffisant pour une Faculté. C'est une objection sérieuse; mais on pourra faire pour Marseille ce qu'on a fait pour Bordeaux, Lille et Lyon, y envoyer des professeurs étrangers à Marseille et qui, j'aime à le croire, sauront y prendre racine. Les élèves de la région, qui se partagent actuellement entre Lyon et Montpellier, resteront à Marseille. La population de cette ville fournit un nombre considérable de malades qui alimentent les hôpitaux et des morts qui garnissent les tables d'amphithéâtre. Je sais de bonne source que la mortalité hospitalière est

FEUILLETON

CAUSERIE

Encore le Congrès de Berlin.

Je suis amené malgré moi, et cependant avec une certaine satisfaction, à vous parler du Congrès de Berlin; malgré moi, parce qu'enfin il faut bien varier les sujets de conversation; avec une certaine satisfaction, parce que, depuis ma dernière *Causerie*, j'ai eu connaissance d'un nouvel article de M. Virchow qui me donne une explication satisfaisante de l'article ancien qu'on lui a si fort reproché. Voici ce nouvel article, d'après la traduction que nous en trouvons dans le *Progrès médical* :

« L'article que j'ai signé dans le numéro précédent de ces *Archives* (vol. 120) a donné lieu à des récriminations en France. La *Revue générale de clinique et de thérapeutique* du 11 juin, après avoir signalé l'invitation adressée aux collègues étrangers, ajoute quelques lignes d'un article que j'avais écrit en 1871 et écrit ces mots : « On demande si le nom du signataire de cet article est le même que celui du président du comité d'organisation du Congrès international berlinois. Si c'est le même, comme tout le fait supposer, on demande si le R. Virchow de 1870 a désavoué les paroles du R. Virchow de 1871 et celles de C. Stark, cet « aliéniste distingué de l'Allemagne du Sud ».

©BIU Santé

d'environ 2,000 par année et que, bon an mal an, on peut compter dans les amphithéâtres de 1,200 à 1,500 cadavres. Je ne sais si, actuellement, il en vient autant à notre Ecole pratique. Ce serait vraiment dommage de laisser perdre de tels éléments d'instruction.

Mais, d'autre part, tuer Montpellier, c'est dur. Je ne crois pas que Lyon souffre beaucoup de la proximité de Marseille, grâce à l'excellence de ses ressources et de son personnel enseignant; mais Montpellier, à tort ou à raison, passe pour démodé; on le dit déjà ville morte; cependant, il est encore bien vivant, comme il l'a prouvé aux récentes fêtes de son sixième centenaire. Il le prouve d'ailleurs encore par la vivacité avec laquelle il essaye de se défendre en ce moment contre le danger qui le menace. Maire, conseillers municipaux, députés, sénateurs, conseillers généraux et d'arrondissement, membres de la Chambre et du Tribunal de commerce, doyen de la Faculté de médecine ont leur démission toute prête; que M. le Président de la République signe le décret annonçant la création d'une Faculté de médecine à Marseille, et de Montpellier pleuvent les démissions de tous les corps constitués. L'agitation croît de jour en jour et on ne sait où elle s'arrêtera, car les étudiants ont voté contre la création d'une Faculté de médecine à Marseille, et les habitants de la ville présents à la séance du Conseil municipal dans laquelle la démission des conseillers a été proposée ont applaudi à l'adoption de la proposition. C'est une véritable insurrection de Montpellier contre Marseille, contre le gouvernement même, car, en présence de la démission des corps élus, il est question d'organiser la grève des candidats et des électeurs jusqu'à ce que satisfaction ait été accordée aux Montpelliérains.

Pour retarder, autant que possible, le moment du sacrifice, M. Déandréis, député de Montpellier, avait déposé sur le bureau de la Chambre une proposition de loi tendant à ce que désormais aucune Faculté ne pût être créée qu'en vertu d'une loi votée par le Parlement. Mais retarder n'est pas éviter. Les Chambres auraient vraisemblablement voté la loi demandée et, alors, qu'aurait fait Montpellier? Je n'en sais trop rien, et je ne vois pas qu'il y

---

« Il s'agit d'un article que j'écrivais dans ces *Archives* (vol. 53) et intitulé : « Après la guerre ». L'auteur de la *Revue générale* le cite d'après une traduction parue dans la *Revue scientifique* (1871, 2e série, p. 196); mais je n'ai point écrit « un aliéniste distingué de l'Allemagne du Sud ». J'ai tout simplement mis « un aliéniste de l'Allemagne du Sud », sans aucune épithète, et j'ajoutais à la suite de la phrase incriminée : « Ce que nous en disons n'est point dans le but de faire offense ».

« Si je voulais nettement démontrer le but et l'esprit de mon article d'alors, je le publierais de nouveau en entier. Mais je ne veux pas le faire, renvoyant à l'original ceux qui veulent être édifiés sur la question. Qu'il suffise de rappeler que je disais dans cet article : « La politique sépare, la science unit les nations, et malheur à ceux qui brisent ce lien. Puissent ces considérations aplanir le chemin de la réconciliation. Elles sont franches et honnêtes; elles blesseront peut-être, mais on n'arrive pas à la vraie réconciliation sans explication franche. Ce n'est pas la première fois que je poursuis cette voie, et mon expérience m'encourage, puisque mes tentatives antérieures n'ont pas été stériles. »

« Je puis invoquer un autre témoignage pour prouver que cet espoir de la réconciliation n'était pas simple tournure de phrase. Un an auparavant, alors que la guerre sévissait avec toutes ses horreurs, j'écrivais un article : « La guerre et la science », qui paraissait en septembre (tome 51 des *Archives*) et qui se terminait par ces considérations :

« Puisse la médecine, qui pendant la guerre a été forcée d'agir d'un commun accord

ait autre chose à faire qu'à se résigner. Le courant a été pendant six siècles, et plus peut-être, vers Montpellier; il tend aujourd'hui à se diriger vers Marseille, mieux placé comme centre intellectuel entre les pays méditerranéens et la France, je crois qu'il sera difficile d'y résister d'une manière efficace. — L.-H. PETIT.

P. S. — Au moment d'envoyer ce *Bulletin* à l'imprimerie, j'apprends par les journaux la publication du décret désignant Bordeaux comme siège de la nouvelle Ecole de santé de la marine. Marseille étant évincé de ce chef, va-t-elle aussi se mettre en grève jusqu'à ce que le gouvernement lui ait accordé une compensation?

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Les conditions pathogéniques et le traitement de l'urémie (1).

Leçon recueillie par M. Ad. LAFFITTE, interne du service.

Les accidents gastro-intestinaux ne sont qu'une des phases de l'intoxication urémique. Une deuxième phase, plus redoutable, est caractérisée par des désordres intéressant l'appareil de l'innervation. C'est ce qu'on désigne sous le nom d'urémie cérébro-spinale. Ces accidents sont de deux ordres : les uns cardio-pulmonaires, les autres cérébraux, suivant que le cœur, les poumons ou le cerveau traduisent le trouble fonctionnel.

Un malade qui a présenté les signes de cette forme d'urémie est le nommé S... (Georges), âgé de 41 ans, que vous voyez couché au n° 37 de la salle Piorry, et qui est venu à plusieurs reprises dans notre service. Dans ses antécédents personnels et dans son hérédité, je ne trouve rien de sail-

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 juillet 1890.

dans les deux armées, préparer l'entente intérieure; que la science exerce son influence sur la réconciliation des esprits. Que chacun des peuples apprenne que les conditions de son activité ne seront assurées que sur le terrain du développement national; que ce terrain doit être à l'abri des actions étrangères. C'est ce devoir élevé qui, en cet instant où il échappe aux mains de l'Eglise catholique, doit être réservé à la science seule. Puisse la science mettre en œuvre la belle parole : « Paix sur la terre ».

« C'est dans cet esprit que sont écrits tous mes articles antérieurs, ainsi que l'article incriminé. C'est aussi avec cet esprit que j'ai accepté l'invitation qui m'avait été adressée d'assister au Congrès d'anthropologie à Paris en 1878. Mais je dois dire qu'un de mes anciens élèves, M. Pouchet, a profité de ma présence à Paris pour m'attaquer violemment dans un des journaux politiques les plus répandus et dans un article rempli de fausses insinuations, m'empêchant ainsi, depuis lors, d'accepter de nouvelles invitations.

« Ce souvenir était peut-être trop vivant à sa mémoire, lorsque j'ai écrit l'article sur le Congrès international. Je n'avais pas l'intention d'insister sur des futilités. Je voulais dire seulement à mes collègues qu'ils ne seraient pas traités à Berlin comme je l'ai été à Paris, mais qu'ils y seraient reçus avec tous les égards d'une bonne hospitalité et dans l'espoir d'une action mutuelle au moins sur le terrain scientifique. Cette nouvelle attaque me donne une bonne occasion pour renouveler ces assertions. Que nos collègues français soient persuadés que nous considérons le Congrès international comme le terrain de la réconciliation et que nous chercherons à éviter dans la presse ou ailleurs tout nouveau moyen de discorde. »

©BIU Santé

lant. C'est au commencement de l'année 1888 qu'il fait remonter le début de son mal. Les premiers symptômes qui attirèrent son attention furent des palpitations de cœur très pénibles survenant à l'occasion de la moindre fatigue et une polyurie nocturne extrêmement abondante, qui le forçait à se lever cinq ou six fois la nuit pour uriner. Il entre à la Charité où on le soigne pour une néphrite avec hypertrophie du cœur. Il sort soulagé de l'hôpital, et, pendant six mois, sa santé est relativement bonne. Nous le voyons pour la première fois au mois d'octobre 1889; il est dyspnéique; sa face est légèrement bouffie, son cœur est volumineux, la pointe bat dans le sixième espace intercostal; ses urines sont abondantes, marquent 1012 au densimètre et contiennent une grande quantité d'albumine. Il accuse de la céphalalgie frontale, des bourdonnements d'oreille, une anorexie complète. Sous l'influence du régime lacté exclusif, de la digitale et de quelques purgatifs, il éprouve une amélioration notable, et il sort de mon service le 28 janvier 1890. Mais le répit n'est pas de longue durée. Deux jours après sa sortie, il descend dans une cave humide et se refroidit; le soir même, il est pris d'un frisson violent avec une douleur lombaire extrêmement vive; il a la peau chaude, la langue sèche, les urines rares et très colorées; il urine à peine 800 grammes dans les vingt-quatre heures. Le lendemain, la face est boursoufflée, les jambes sont œdématiées jusqu'au genou, une dyspnée intense se produit et l'insomnie est complète. Il patiente quelques jours; mais, voyant que son état s'aggrave, il entre pour la seconde fois dans mon service le 10 février. L'œdème est général, la face pâle et bouffie, les urines sont rares et contiennent de l'albumine en quantité très considérable. La dyspnée est extrême et affecte le type de Cheyne-Stokes. Le cœur a des battements extrêmement énergiques qui soulèvent en masse la paroi thoracique et qui sont douloureusement ressentis; de nombreux râles muqueux s'entendent aux bases des deux poumons. J'emploie la digitale et les drastiques, et j'arrive à soulager le malade en provoquant une diurèse abondante. L'état du patient était assez satisfaisant lorsque, le 28 avril, à quatre heures de l'après-midi, le malade descend de son lit et s'affaisse

---

Je n'ai aucune raison de mettre en doute les sentiments exprimés par M. Virchow dans ce dernier article, qui, à tout prendre, doit donner satisfaction à ceux que le rappel de son article de 1871 avait irrités contre lui. Que M. Virchow ait écrit que M. Starck était un aliéniste distingué, ou qu'il ne l'ait pas écrit, cela importe peu; mais il y a un membre de phrase qu'on a oublié dans les traductions du passage de M. Virchow et qui a une bien plus grande importance, car il en atténue singulièrement la portée. « Ce que nous en disons, ajoutait-il, n'est point dans le but de faire offense. » Sans doute, il eût mieux valu ne rien dire du tout, mais j'avoue que, si ce membre de phrase m'eût été connu, je ne serais pas parti en guerre contre son auteur.

Le reste du présent article de M. Virchow tend à prouver qu'à maintes reprises, pendant et après la guerre, il a fait tous ses efforts pour amener la réconciliation sur le terrain scientifique. Cette tâche était digne de lui; malheureusement ses efforts n'ont pas été compris, ou soutenus, ou plutôt ont été faits prématurément. En France, on n'avait pas oublié que les bombes prussiennes avaient détruit les collections du Muséum et incendié nos hôpitaux; que nos ambulanciers avaient été maltraités et même massacrés; que nos ambulances, nos médecins-majors avaient été pillés par leurs confrères allemands, etc. Aussi l'appel de M. Virchow n'a-t-il pas été entendu. Aujourd'hui encore l'appel à la conciliation sur le terrain scientifique a-t-il quelque chance d'aboutir? Je le désire sans l'espérer. Hélas! comment croire à la possibilité d'une réconciliation, quand à chaque instant nous voyons l'Allemagne augmenter l'effectif de son armée en Alsace-Lorraine, inventer de nouvelles vexations contre nos anciens compatriotes, nous susciter

brusquement; en même temps tout le côté gauche du corps est en proie à des secousses extrêmement violentes et à des mouvements alternatifs de flexion et d'extension brusque des membres. La face est grimaçante et agitée de mouvements convulsifs; une écume sanglante fait issue entre les lèvres. La crise a duré deux minutes environ et est suivie d'un état demi-comateux avec ronflement. Mon interne, M. Laffitte, pratique immédiatement une saignée de 300 grammes; les phénomènes convulsifs ne se reproduisent pas. Le lendemain, je trouve le malade revenu à lui, répondant aux questions qu'on lui pose, mais se plaignant d'une céphalée en cercle très vive et d'une prostration complète des forces. Cette crise a été unique; mais les accidents cardio-pulmonaires ont continué depuis. Dans les premiers jours du mois de juin, la quantité des urines a diminué considérablement, la digitale, la caféine ont été impuissantes à rétablir la diurèse, la dyspnée est devenue considérable, l'anasarque a reparu; le malade pousse pendant la nuit des gémissements extrêmement pénibles qui gênent les autres malades; enfin se montre un grincement de dents qui alterne avec les cris plaintifs et le malade finit par succomber, le 23 juin, à une complication pleurale (1).

Ce cas est un bel exemple d'urémie cérébro spinale avec prédominance des accidents cardio-pulmonaire. Il est, en outre, intéressant par la pro-

(1) L'autopsie est pratiquée le 24 juin, vingt-six heures après la mort.

Le *rein gauche* pèse 100 grammes, le *rein droit* 80. La capsule adhère intimement au parenchyme rénal; la surface de l'organe est uniformément granuleuse, les mamelons sont égaux et ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle. La substance corticale est extrêmement atrophiée, et a une épaisseur de 2 millim. à peine; le parenchyme est dur, on voit à l'œil nu la coupe de petites artérioles béantes.

Le *cœur* est énorme, il pèse 700 grammes. L'hypertrophie est générale, mais porte surtout sur le ventricule gauche. Pas de lésions d'orifices. L'aorte est dilatée et recouverte de grandes taches jaunes athéromateuses.

Les *centres nerveux* paraissent sains. Pas d'œdème de la pie-mère, pas d'épanchement dans les cavités ventriculaires.

---

des embarras à l'étranger, conjointement avec l'Angleterre, qui ne vaut pas mieux qu'elle. La politique suivra-t-elle la voie ouverte par la science? Désarmera-t-elle quand les savants français et allemands se seront donné la main?

En rappelant la manière dont M. Pouchet a accueilli sa venue en France en 1878, M. Virchow semble répondre à une question que j'avais posée. Pourquoi, demandais-je, M. Virchow, qui a été si bien accueilli en 1878 en France, n'est-il pas revenu depuis lors à nos Congrès? Le renseignement qu'il donne dans son récent article m'explique suffisamment son abstention. S'il est vrai, et, encore une fois, je n'ai pas raison d'en douter, on ne peut assurément approuver la conduite de M. Pouchet; il aurait dû considérer que M. Virchow était notre hôte, puisqu'on l'avait invité à assister au Congrès d'anthropologie et, s'il ne tenait pas à serrer la main à son ancien maître, devait au moins rester neutre. Il ne fallait pas inviter M. Virchow; mais l'ayant invité, il fallait le recevoir dignement.

La question reste donc posée ainsi : M. Virchow a eu tort d'intercaler dans un de ses articles une phrase malencontreuse que nous étions autorisés à prendre pour une insulte. Cette phrase était atténuée par une autre qu'on a eu tort de passer sous silence. A diverses reprises, M. Virchow s'est exprimé de façon à prouver son désir de voir les savants français et allemands oublier leurs causes de discorde. Il n'y a donc pas lieu de lui conserver rancune des mots malheureux qu'il a empruntés à M. Starck; que celui-ci les garde pour son compte.

Et maintenant, devons-nous aller à Berlin? Même avant d'avoir lu le récent article de

©BIU Santé

duction d'une crise éclamptique, à type hémiplégique, des mieux caractérisées.

Les *convulsions* ne sont qu'une des formes des désordres de la motilité dans le cours de l'intoxication urémique. On peut encore rencontrer les *paralysies* et les *contractures*.

Les *paralysies urémiques* se montrent d'ordinaire dans le cours des néphrites liées à l'artério-sclérose. Les malades sont surpris brusquement par une attaque apoplectiforme à laquelle succède une hémiplégie avec ou sans contractures. Cette hémiplégie, ordinairement, envahit les membres et le tronc ou se localise seulement aux membres; elle coexiste souvent avec une hémianesthésie partielle ou totale et s'accompagne de l'abolition des réflexes. La mort est assez souvent la conséquence de cette attaque; mais, dans quelques cas, le coma cesse, le malade reprend peu à peu connaissance, l'hémiplégie persiste pendant un certain temps, puis disparaît souvent en totalité et se distingue par là de l'hémiplégie liée à une lésion matérielle de l'encéphale.

La *contracture urémique* se localise presque toujours aux muscles de la région postérieure du cou, où elle produit de la raideur et un léger renversement de la tête en arrière. Mais, dans quelques cas, je l'ai vue débuter par une attaque apoplectique, se généraliser aux quatre membres et simuler complètement une hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire. L'observation suivante, que j'ai recueillie en 1885, m'a impressionné vivement, et vous savez que j'aime souvent à vous la rappeler.

Une femme âgée de 71 ans était montée, le 18 juin 1885, dans son grenier, une heure après avoir déjeuné, pour y déposer du linge. Un quart d'heure plus tard. on la trouvait étendue sur le plancher sans connaissance, avec de l'écume à la bouche. Après avoir en vain cherché à la tirer de son état, on la transporta dans une voiture à l'hôpital de la Pitié, où elle fut admise dans mon service à cinq heures du soir. Le lendemain matin, elle se trouvait dans l'état que voici : étendue sur le dos, avec un facies tranquille, elle ressemble à une personne qui dort. Cependant la respiration est bruyante,

---

M. Virchow, mes idées s'étaient fort modifiées à cet égard, et voici pourquoi. Je me hâte de dire que je suis toujours partisan de l'abstention complète. Mais, puisque plusieurs médecins et chirurgiens français de Paris, de Lyon, de Bordeaux, etc., iront à Berlin, je serais désolé qu'ils y fissent mauvaise figure. Non par la qualité, car le gouvernement a choisi, comme il le devait, ses délégués parmi les plus méritants, mais par la quantité. Du moment où *on y allait*, il ne fallait pas y aller à 20, mais au complet, c'est-à-dire que tous les membres français des Congrès de Londres et de Copenhague auraient dû faire partie du Congrès de Berlin. A qui la faute? A nous tous, qui n'avons pas su nous entendre, et qui, comme toujours, avons manqué d'initiative et d'union. Dès qu'il fut voté que le Congrès aurait lieu à Berlin, nous aurions dû nommer une commission, convoquer tous les anciens congressistes et leur poser cette question préalable : « Devons-nous, oui ou non, aller au Congrès de Berlin? » Suivant la réponse, il fallait ou s'abstenir complètement d'y aller, ou y aller tous. Et, dans cette dernière alternative, il fallait charger les plus distingués de nos savants de préparer les questions mises à l'ordre du jour, se mettre tous à la besogne et aller montrer à Berlin que, physiologistes, anatomistes, médecins ou chirurgiens, nous avions la prétention (justifiée) de ne marcher derrière personne.

Maintenant, il est un peu tard peut-être pour prendre ce parti; cependant, si j'étais chargé de désigner ceux de nos agrégés, de nos professeurs, de Paris ou de la province, de nos médecins d'hôpitaux qui pourraient représenter dignement, *ex abrupto*, la science française, j'aurais bien vite confectionné une liste de cent noms. Que ceux

©BIU Santé

stercoreuse ; à chaque inspiration l'air est fortement attiré vers le thorax, et il se produit un ronflement considérable. La respiration a le type abdominal ; à chaque inspiration le diaphragme refoule en bas les viscères abdominaux, de façon que la paroi antérieure de l'abdomen se soulève fortement, tandis que les côtes supérieures paraissent immobiles, et, en tout cas, ne se déplacent que très peu ; les mouvements respiratoires sont réguliers, on en compte 22 à la minute.

Les quatre membres sont contracturés et dans un état de demi-flexion, de telle sorte que la malade paraît accroupie dans son lit. Si l'on essaye d'étendre la jambe sur la cuisse ou l'avant-bras sur le bras, on éprouve une résistance invincible, et si l'on cherche à soulever la malade, la tête, le cou et le tronc, semblables à un bâton rigide, se déplacent en même temps. Les muscles de la face sont moins atteints ; cependant, avec un peu d'attention, on s'aperçoit que la commissure gauche est légèrement tirée ; si l'on prend cette commissure avec les doigts et si l'on rétablit la symétrie, les muscles gardent leur nouvelle position pendant quelque temps et la déviation de la bouche ne se produit que peu à peu ; les masséters sont contracturés. La sensibilité est diminuée, mais non abolie, car si une excitation modérée de la peau ne produit rien d'appréciable, par contre, le pincement, la piqûre donnent lieu à des contractions des muscles de la face. Les réflexes sont pour la plupart conservés, la sensibilité tactile et la sensibilité thermique sont abolies.

La malade, dans un profond coma, est tout à fait étrangère à ce qui se passe autour d'elle ; la température, à 36°8 la veille, est, le lendemain matin, à 39° ; elle paraît être remontée après l'administration d'un lavement des peintres. Le lendemain, une *éruption bulleuse* se produit sur les coudes et les fesses ; la contracture a cessé. Les urines sont albumineuses, leur quantité est d'un demi-litre et leur densité de 1012. Le jour suivant, même état : agitation, la malade se lève, se promène dans la salle, on est obligé de la ramener à son lit ; céphalée intense, surtout pendant la nuit, et se traduisant par la sensation d'un cercle de fer qui entoure la tête.

---

qui croient mériter d'en faire partie fassent donc leurs malles et accompagnent nos délégués officiels.

Seulement, que ces messieurs, s'ils assistent à des banquets officiels, me permettent de leur rappeler un petit fait qui s'est passé aux fêtes du jubilé de Bologne et qui pourra leur servir de guide, si pareil cas se présente. Voici comment le raconte M. Lavisse : « A l'immense banquet où se sont assis 800 étudiants de tous pays, il y a eu quelques moments délicats. Tout ce jeune monde était fort échauffé. Les toasts avaient commencé avec les hors-d'œuvre et un toast ne va pas sans boire. Un étudiant d'Heidelberg, vers le milieu du repas, s'approcha du président de l'Association française, M. Chaumeton, verre en main, et cria « Vive la France ! » Il lui fut répondu : « Merci, mais excusez-moi, je ne puis pas crier : « Vive l'Allemagne ! »

Hélas ! rien de plus vrai. Bien que nous sachions ce que l'Allemagne vaut dans le monde et quel bienfait serait pour l'humanité la réconciliation de deux si grands pays, aucun Français ne peut aujourd'hui crier : « Vive l'Allemagne ! » SIMPLISSIME.

LINIMENT CONTRE LES ULCÉRATIONS DE LA PEAU. — Richardson.

Chloroforme.....	2 grammes.
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 20 centigr.
Vaseline pure.....	20 grammes.

Mêlez. — On étend ce liniment sur un linge doux, avec lequel on panse les ulcérations cutanées douloureuses. On renouvelle le pansement au bout de 12 heures. — N. G.

©BIU Santé

Au bout de dix jours, les urines ont une densité de 1014; leur quantité est de deux litres. Il n'y a plus d'albumine. Les accidents cessent sous l'influence des diurétiques et des drastiques. Un mois plus tard, attaque d'éclampsie, précédée, pendant deux jours, d'albuminurie et suivie d'un profond coma; résolution des membres, mutisme, grognements. Après deux jours, la connaissance revient, l'albumine disparaît de l'urine, mais la céphalalgie persiste. Quinze jours après, la malade est tout à fait rétablie. Elle est admise à la Salpêtrière le 30 octobre 1885.

Ce cas n'est pas le seul que j'aie observé. Je vous montre la difficulté que l'on peut rencontrer à faire le diagnostic entre une crise d'urémie cérébrale et une attaque apoplectique, suite d'une lésion matérielle de l'encéphale.

Tels sont, brièvement résumés, les symptômes des diverses formes de l'urémie. Ils sont assez caractéristiques pour que vous puissiez les reconnaître dans la majorité des cas. Dès que vous les aurez soupçonnés, votre devoir est d'agir au plus vite et au mieux, car la vie du malade est entre vos mains et dépend de la rapidité et de l'énergie de votre intervention. C'est ce que j'essayerai de vous démontrer dans une prochaine leçon.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 juillet 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Du chimisme stomacal à l'état normal et pathologique. — Cancer de l'œsophage à début dyspnéique.*

M. Hayem : On pensait jusqu'à présent que, pour apprécier la valeur digestive d'un suc gastrique, il suffit de doser l'acide chlorhydrique libre qu'il contient. Ewald croyait que la richesse en acide chlorhyrique libre est « le thermomètre de l'activité de l'estomac »; et tous les auteurs considéraient l'acidité totale du suc gastrique comme essentiellement due à cet acide. MM. Hayem et Winter viennent démontrer que l'étude du chimisme stomacal est beaucoup plus complexe. Pour apprécier la valeur digestive du suc gastrique, ils ont dosé tout le chlore qu'il contenait, non seulement à l'état d'acide chlorhydrique, mais encore à l'état de sels neutres minéraux (chlorure de sodium surtout) et combiné aux matières albuminoïdes. En même temps ils se sont attachés à déterminer l'acidité totale du suc stomacal et en ont cherché la signification précise.

L'acidité totale représente la somme de tous les éléments acides du contenu stomacal. Cette acidité doit donc varier suivant un grand nombre de conditions, par exemple d'après la nature des aliments ingérés, le développement de fermentations intra-stomacales indépendantes du processus digestif normal. Cependant, à l'état physiologique, cette acidité totale ne subit que de très faibles variations, lorsqu'on a le soin de se placer dans des conditions toujours aussi identiques que possible. On fait donc prendre à des sujets sains un « repas d'épreuve » que l'on retire au bout d'une heure. On voit alors que l'acidité totale est due : 1° à l'acide chlorhydrique libre; 2° à l'acide chlorhydrique combiné aux matières albuminoïdes ou à leurs dérivés; 3° aux acides organiques; 4° enfin à une petite proportion de phosphates acides. L'HCl libre, les acides organiques, les phosphates acides ne représentent ensemble, à l'état normal, que la plus petite partie de l'acidité totale; la plus forte partie de cette acidité revient à l'HCl combiné aux matières albuminoïdes.

Grâce à cette méthode, MM. Hayem et Winter ont pu doser, dans diverses conditions

©BIU Santé

du suc stomacal, l'acidité totale (qu'ils désignent par la lettre A), le chlore fixe des composés minéraux (F), le chlore de l'HCl libre (H), le chlore combiné aux matières organiques (C), le chlore total (T), valeurs qui seules permettent de se rendre compte à la fois de l'intensité de la sécrétion chlorurée (chloruration) et de l'intensité du processus chimique normal de la digestion (chlorhydrie, représentée par H + C).

L'HCl se trouvant dans le suc gastrique en partie combiné aux matières albuminoïdes, l'acidité totale A diminuée de l'HCl libre doit être égale à l'HCl combiné lorsqu'il n'y a pas d'autres acides. C'est-à-dire que si A est l'acidité totale, H l'HCl libre et C, l'HCl combiné, on aura $\frac{H+A}{C} = 1$. Ce rapport, que les auteurs nomment α, sera plus grand que 1 chaque fois qu'à côté de l'HCl libre et combiné, il existera des acides différents (acides organiques). Il sera plus petit que 1 chaque fois que l'HCl est combiné avec des dérivés ammoniacaux de l'albumine. La valeur d'α est donc très importante à connaître, car si A est la mesure quantitative de l'acidité du suc gastrique, α en est la mesure qualitative.

MM. Hayem et Winter ont pu, grâce à leur méthode, suivre tous les phénomènes chimiques de la digestion stomacale, et analyser toutes les modifications du suc gastrique aux divers moments de la digestion du « repas d'épreuve ». Ils ont donné des tableaux très complets de ces modifications. Enfin ils ont calculé et exprimé en chiffres la valeur des divers composés chlorurés du suc stomacal chez un sujet sain, une heure après le repas d'épreuve.

T. — Chlore total = 0,321 p. 100.

F. — Chlore fixé sous forme de sels minéraux = 0,109 p. 100.

C. — Chlore combiné à des substances organiques = 0,168 p. 100.

H. — Acide chlorhydrique libre = 0,044 p. 100.

A. — Acidité totale = 0,189 p. 100.

α. Rapport de l'acidité totale, moins l'acidité chlorhydrique, au chlore combiné aux substances organiques $\frac{A-H}{C} = 0,86$.

MM. Hayem et Winter ont ensuite étudié le chimisme stomacal à l'état pathologique, et classé les divers troubles dyspeptiques en se basant sur l'étude chimique du liquide gastrique.

1° Chez certains dyspeptiques, on trouve une irritation fonctionnelle de l'estomac caractérisée par l'exagération du chlore total (T), de la chlorhydrie (H + C) et de l'acidité totale (A). Il y a un excès de travail stomacal, c'est ce qu'on peut appeler de l'*hyperpepsie ;*

2° Chez d'autres, c'est un amoindrissement pouvant aller jusqu'à l'annihilation de de toutes ces valeurs; c'est un arrêt du processus stomacal : *hypopepsie* pouvant aller jusqu'à l'*apepsie;*

3° Enfin, chez d'autres, en petit nombre, le chimisme stomacal est peu modifié; c'est alors une dyspepsie due à des troubles mécaniques ou nerveux.

Des caractères importants différencient ces trois grandes classes de dyspepsies.

Hyperpepsie. — Malgré l'exagération du chlore, de la chlorhydrie et de l'acidité totale, la digestion n'est pas trop rapide, et il se produit des altérations qualitatives, des combinaisons organiques de valeur inférieure. L'hyperpepsie comprend quatre types :

1er *type* (le plus grave), — les malades ne digérant presque pas, — peut se schématiser ainsi :

A +, T +, H +, C —, (H + C) +, α —.

Le signe + marquant une augmentation, le signe — une diminution de ces diverses valeurs.

Ici, C est faible et α est diminué, ce qui indique que la qualité des produits de la digestion est défectueuse.

2e *type*. — Les malades digèrent assez bien ; c'est un type auquel aboutissent souvent les dyspeptiques du premier type en voie de guérison : A +, T +, C — ou + (H + C), +, α normal ou +.

3e *type*. — C'est de l'hyperpepsie atténuée moins grave que dans les deux premiers types.

©BIU Santé

A +, T normal ou +, H normal ou —, C +, (H + C) +, α normal ou +.

Cette légère augmentation de α indique la présence d'acides gras supérieurs résultant d'une fermentation normale.

4e *type.* — Dans ce type, les fermentations acides anormales sont encore plus considérables; aussi la valeur d'α s'élève-t-elle considérablement.

A +, T +, H —, C +, (H + C) +, α +.

On pense généralement que l'acide chlorhydrique libre s'oppose aux fermentations anormales. Dans ce type, en effet, on voit que H, qui représente l'acide chlorhydrique libre, est faible. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, dans quelques cas, la valeur de H est, au contraire, exagérée.

On a cherché à déterminer quels sont les acides anormaux ainsi produits, mais les méthodes employées jusqu'à présent sont infidèles.

Hypopepsie — L'hypopepsie est caractérisée par l'affaiblissement des opérations chimiques stomacales; elle est plus fréquente que l'hyperpepsie et comprend la plupart des dyspepsies symptomatiques. Elle se manifeste à des degrés divers que l'on peut ranger en trois classes :

1er *degré.* — La sécrétion stomacale est moins abondante que dans l'hyperpepsie, mais quelquefois aussi abondante qu'à l'état normal.

Il y a, dans ce premier degré, deux types : l'un dans lequel α est élevé, l'autre dans lequel α est faible.

Quand α est faible, la digestion se fait, quoique difficilement; l'estomac est souvent atone et dilaté. H est tantôt augmenté, tantôt diminué. Il peut descendre jusqu'à O.

Quand α est élevé, il y a formation d'acides gras; ce sont des hypopepsies avec fermentations anormales. L'acidité peut être faible ou forte; dans ce dernier cas, c'est de la pseudo-hyperacidité, car H est faible dans presque tous les cas de fermentations anormales.

2e *degré.* — L'acidité totale tombe au-dessous de 0,100 p. 100 (au lieu de 0,189 p. 100, chiffre normal). La digestion stomacale est presque nulle. Ce sont donc des cas graves. Le suc gastrique présente des caractères variables : tantôt il est assez abondant et filtre facilement; tantôt, au contraire, il est peu abondant, épais, muqueux.

H est très souvent à peu près nul, qu'il s'agisse d'une gastropathie symptomatique ou d'une dyspepsie idiopathique. L'absence d'H Cl dans le suc gastrique ne permet donc pas, d'une manière absolue, d'affirmer le cancer.

Dans certains cas, surtout dans les dyspepsies symptomatiques du cancer, on observe des fermentations acides considérables.

3e *degré.* — Apepsie : suppression, tout au moins apparente, de tout travail stomacal.

A = O, T —, H — O, C = O.

Le liquide stomacal est peu abondant et ressemble à de la salive épaisse.

On pourrait même se demander, dans certains cas, s'il ne s'agit pas d'une véritable insuffisance pylorique : chez un malade, au bout d'une heure, on ne trouvait aucune trace de digestion stomacale.

Souvent ces malades ne souffrent pas; certains ont de l'embonpoint. La digestion intestinale supplée à la digestion stomacale.

La lésion qui détermine l'apepsie est propablement une atrophie des glandes gastriques.

Telles sont les grandes classes et les principaux types des dyspepsies. Dans une communication ultérieure, M. Hayem indiquera les moyens thérapeutiques qu'il faut employer pour chacun d'eux.

— M. Gaucher présente, au nom de M. Potel et au sien, des pièces provenant d'un malade atteint de cancer de l'œsophage, chez lequel le début de l'affection fut marqué par des troubles dyspnéiques.

Cet homme, ancien syphilitique, se présenta à l'hôpital avec la voix rauque, de la toux, de l'anhélation. On fit le diagnostic de syphilis laryngée et on le soumit au traitement mixte. Quelques jours plus tard, la dyspnée commençait, avec cornage considérable, tirage, suffocation; on fit la trachéotomie.

Le malade maigrissait, s'affaiblissait de plus en plus; il avait une répugnance extrême pour la viande. L'examen de ses crachats ne révéla pas de bacilles; ces crachats étaient quelquefois sanguinolents.

Les phénomènes trachéaux s'étant améliorés, on put enlever la canule. L'examen du larynx démontra alors que la muqueuse était saine, mais que les cordes vocales, surtout la droite, étaient immobiles.

Bientôt apparut la dysphagie; en l'absence d'un anévrysme de l'aorte ou d'une autre tumeur, on fit alors le diagnostic de cancer de l'œsophage avec compression sur les récurrents.

La sonde œsophagienne était arrêtée à 18 centimètres de l'arcade dentaire. La coarctation fut très rapide, et le malade mourut d'inanition deux mois après la trachéotomie.

L'autopsie démontra, en effet, qu'il s'agissait d'un cancer de l'œsophage, avec noyaux secondaires dans les poumons; les deux récurrents étaient englobés dans la masse.

On a cité plusieurs observations analogues, dans lesquelles les phénomènes laryngés précoces, précédant de longtemps les troubles dysphagiques, avaient causé des erreurs de diagnostic. C'est pour ainsi dire la forme asphyxique du cancer de l'œsophage.

D'après Krishaber, les troubles dyspnéiques sont dus non pas à une paralysie des récurrents, mais à leur excitation. Ceci expliquerait comment, chez le malade de M. Gaucher, on a pu à un moment donné enlever la canule, les récurrents étant alors détruits par ce cancer.

La trachéotomie, dans tous les cas analogues, permet une survie assez longue, puisque les troubles dyspnéiques sont précoces et très intenses.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 juillet 1890. — Présidence de M. Abadie.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La Société reçoit : les journaux et revues;

La vie et les travaux du docteur Duboué (de Pau), par le docteur L. Guichard, membre correspondant ;

Une lettre de M. Luc, donnant sa démission de membre titulaire (acceptée).

M. le docteur Guiraud (de Montauban), membre correspondant, fait hommage d'un ouvrage qu'il vient de faire paraître : *Manuel pratique d'hygiène à l'usage des médecins et des étudiants*, Paris 1890.

— M. Dubuc communique deux observations de *Lithotritie chez la femme*. (Seront publiées.)

M. Duroziez fait remarquer que, dans ces observations, M. Dubuc ne parle pas de la cocaïne, qu'il employait autrefois, et dont il vantait les bons effets.

M. Dubuc : Je n'ai pas renoncé à l'emploi de la cocaïne, mais je m'en sers surtout quand il s'agit de petits calculs. Tout récemment encore, je l'ai employée avec succès chez un vieillard atteint d'affection cardiaque chez qui le chloroforme était contre-indiqué et qui était porteur de plusieurs calculs volumineux.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 1er au 9 juillet 1890.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mardi 1er juillet. — Pas de thèses.

Mercredi 2. — N° 238. M. Le Joubieux (Etienne) : De l'hystérie consécutive à la grippe.

©BIU Santé

(Président, M. Potain.) — N° 239. M. Dubuc (Paul) : De la scapulalgie (scapulo-tuberculose); son traitement par la résection. (Président, M. Lannelongue.) — N° 240. M. Rodriguez (Luis) : Contribution à l'étude du sarcome de la parotide (sarcome pur). (Président, M. Lannelongue.) — N° 241. M. Huet (Joseph) : Du calomel comme diurétique dans les hydropisies d'origine cardiaque. (Président, M. Reguault.) — N° 242. M. Huguenin (P.-Ch.) : Etude anatomo-pathologique et clinique de la myocardite infectieuse diphthéritique. (Président, M. Hayem.)

Jeudi 3. — N° 243. M. Desbrières (Adrien) : Contribution à l'étude de la panophthalmie secondaire infectieuse. (Président. M. Panas.) — N° 244. M. Hugues (M.-L.-A.) : Des nævi pigmentaires (taches de naissance, signes, envies), anatomie descriptive et microscopique, diagnostic, pathogénie et traitement. (Président, M. Mathias-Duval.) — N° 245. M. Christofini : Pourquoi et comment on doit combattre l'alcoolisme? Etude d'hygiène publique. (Président, M. Brouardel.) — N° 246. M. Petit (H.-Ch.) : Contribution à l'étude du scorbut. (Président, M. Proust.)

Du vendredi 4 au mardi 8. — Pas de thèses.

Mercredi 9. — N° 247. M. Lazard (Georges) : La rubéole en 1890. (Président, M. Potain.) — N° 248. M. Roux (Joseph) : Expériences sur l'élimination des iodures et de quelques médicaments par l'urine. (Président, M. Ch. Richet.)

COURRIER

Réglement de la prostitution a Paris. — Le Conseil municipal a émis le vœu suivant :

Il sera ouvert un asile sanitaire dans lequel seront envoyées les femmes reconnues malades par les médecins du dispensaire municipal.

Cet asile ne pourra être, ni comme emplacement, ni comme régime, confondu avec la prison de Saint-Lazare, ni avec aucun autre établissement pénitentiaire.

Il y a lieu de fonder pour les filles mineures en état de vagabondage immoral, originaires du département de la Seine, un établissement spécial, qui devra être rattaché au service des moralement abandonnées.

Une infirmerie spéciale pourra y être annexée et devra recevoir les filles mineures se livrant d'habitude à la prostitution et reconnues atteintes de maladies vénériennes.

— La Société de biologie décernera le prix Ernest Godard (500 francs), à la fin de l'année 1890. — Les mémoires doivent être envoyés, avant le 15 octobre 1890, au secrétariat général, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Faculté de médecine de Lyon. — Les concours pour les divers clinicats se sont terminés par les nominations suivantes :

Médecine : M. Paliard. — Chirurgie : M. Charles Audry. — Ophthalmologie : M. Rossigneux. — Maladies mentales : M. Royet. — Maladies syphilitiques et cutanées M. Bernard.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Baudisson (de Quinson).

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

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas (*très agréable.*)

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Barth : De la néphrite scarlatineuse. — II. Correspondance. — III. Bibliothèque : Formulaire de thérapeutique appliquée. — IV. Revue des journaux : Produits des échanges moléculaires de l'acétanitide dans le corps humain. — Le traitement des hémorrhagies dues aux fibromes — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Hôpital Broussais. — M. le docteur Barth.

De la néphrite scarlatineuse.

Messieurs,

Il y a huit ou dix jours, vous avez vu se présenter à la consultation de l'hôpital Broussais un jeune garçon de 15 ans dont le teint pâle et blafard, le facies bouffi ont attiré notre attention dès le premier coup d'œil. Avant même de le questionner sur l'histoire de sa maladie, j'ai demandé à examiner ses urines, et, en notre présence, ce jeune homme a rendu un liquide urinaire d'un brun foncé, louche, ressemblant à du bouillon trouble, dont l'aspect seul nous a fait deviner une albuminurie grave; en effet, par l'acide nitrique, comme par la chaleur, vous avez pu voir cette urine se prendre en masse sous la forme d'un précipité blanchâtre, floconneux, caillebotté, absolument semblable à du blanc d'œuf.

Le malade s'étant, d'après notre avis, décidé à entrer sur-le-champ à l'hôpital, nous avons pu, le lendemain matin, l'examiner d'une manière plus complète et obtenir de lui les détails suivants : Il appartient à une famille saine et vigoureuse; lui-même est habituellement bien portant; il exerce la profession peu fatigante d'apprenti relieur. Quinze ou dix-huit jours avant son entrée, il fut pris sans cause connue d'un mal de gorge, accompagné de fièvre et d'une céphalée assez intense; le même jour ou le lendemain, il s'est aperçu que son visage devenait rouge, puis sa poitrine et tout son corps. Il a gardé le lit trois ou quatre jours, au bout desquels l'éruption avait entièrement disparu; puis, comme il ne sentait plus aucun malaise, il s'est cru guéri et s'est empressé de retourner à son atelier, malgré le temps froid et humide qu'il faisait à ce moment.

Huit jours plus tard, c'est-à-dire vers le douzième jour après le début de sa maladie, on s'apercevait qu'il avait les yeux bouffis le matin au réveil; bientôt l'œdème se manifestait aussi aux malléoles et à la face interne des cuisses; en même temps, notre petit malade se sentait faible, sans force, en proie à un malaise général indéfinissable; il avait de la courbature sans fièvre, de l'inappétence, des vomissements; il se plaignait d'une pesanteur de tête continuelle et mouchait du sang par intervalles.

C'est après cinq ou six jours, pendant lesquels tous ces symptômes n'ont fait que s'aggraver, qu'il s'est présenté à l'hôpital. Nous l'avons donc vu au dix-huitième jour environ de sa maladie : à ce moment, on était frappé, comme je vous l'ai dit, de son facies pâle et blafard, de la bouffissure ma-

©BIU Santé

nifeste des paupières et des joues; on trouvait également un peu d'œdème blanc et mou au niveau des membres inférieurs, du scrotum et des parties déclives du tronc. En fait de troubles fonctionnels, le malade accusait seulement de la céphalée, un peu d'obnubilation de la vue, quelques épistaxis légères. La fièvre était nulle; au cœur, nous constations un bruit de galop manifeste, bien que le myocarde ne parût pas hypertrophié; le pouls était tendu, un peu dur, mais régulier. Du côté des poumons, rien à noter: pas d'enrouement, pas de toux ni de dyspnée. L'appétit n'était pas aboli, mais le malade vomissait fréquemment ce qu'il avait pris; il n'y avait ni ballonnement abdominal, ni diarrhée. Quant aux urines, elles étaient caractéristiques, peu abondantes (400 grammes environ par jour), de couleur foncée, très troubles, analogues à du bouillon tourné; elles renfermaient une énorme quantité d'albumine (9 grammes par litre, comme l'a montré le dosage). Par le repos, elles abandonnaient un sédiment abondant qui, au microscope, se montrait formé de nombreux globules rouges, de quelques globules blancs et de cylindres fibrineux en petit nombre, enchâssant de rares leucocytes et des hématies en plus grande proportion.

D'après l'histoire de la maladie, d'après les symptômes constatés, le diagnostic n'était pas douteux : nous avions affaire à une albuminurie aiguë survenant comme complication d'une scarlatine méconnue et mal soignée; notre malade était atteint de néphrite scarlatineuse. S'il nous avait fallu une preuve de plus, nous l'aurions trouvée dans les traces manifestes de desquamation épidermique, qu'un examen attentif faisait reconnaître au niveau des pieds et des mains du malade.

Nous avons institué le traitement ainsi qu'il suit : régime lacté absolu; purgatif drastique léger (10 grammes d'eau-de-vie allemande); huit ventouses scarifiées sur la région lombaire; sirop d'iodure de fer; pilules de tannin. Défense au malade de quitter son lit sous aucun prétexte.

Cette dernière prescription (la plus difficile à imposer aux albuminuriques) n'a pas été rigoureusement suivie : il y a trois jours, nous avons appris que le malade, enfreignant notre défense, était allé se promener au jardin par un temps assez froid. Le résultat de cette imprudence ne s'est pas fait attendre : le soir même, le malade était pris d'étouffements, et le lendemain matin nous constations une congestion œdémateuse intense de tout le poumon droit et de la moitié inférieure du poumon gauche, avec souffle tubaire, râles fins, matité, expectoration gommeuse, le tout presque sans fièvre. Une nouvelle et large application de ventouses, suivie d'une purgation, a eu raison en quelques heures de ce redoutable accident, mais l'état du malade reste sérieux et l'albuminurie, qui avait diminué les premiers jours, demeure stationnaire, preuve certaine que l'engouement inflammatoire des reins n'est pas encore dissipé. C'est pour répondre à cette indication, et pour empêcher, si possible, la lésion rénale de passer à l'état chronique, que vous m'avez entendu ce matin prescrire l'application de quatre petits cautères à la pâte de Vienne sur la région des lombes. Nous saurons, dans peu de jours, à quoi nous en tenir sur le succès de notre médication (1).

Il n'y a pas très longtemps que la néphrite scarlatineuse est bien connue des médecins, et aujourd'hui encore plusieurs points de son histoire demeurent obscurs.

(1) Cette leçon a été faite le 18 juin; un mois plus tard, le 18 juillet, le malade, à peu près guéri, ne conserve plus qu'une trace d'albumine dans ses urines.

©BIU Santé

Dès la seconde moitié du XVIIe siècle, Daniel Sennert (1664) et Simon Schultze (1665) avaient signalé la coïncidence fréquente de l'anasarque avec la scarlatine, mais c'est seulement cent ans plus tard que Pleneiz (1762) appela l'attention sur les caractères particuliers de l'urine dans les cas semblables. Au commencement du siècle actuel, Wells (1799-1806) et Blackall indiquèrent l'*albuminurie* comme un phénomène absolument constant chez les scarlatineux atteints d'anasarque. Fischer, en 1824, fit un pas de plus et constata l'existence d'une véritable néphrite, cause à la fois, selon lui, de l'albuminurie et de l'hydropisie. Mais c'est à Rayer (1840) que nous devons la première description clinique vraiment complète de cette néphrite scarlatineuse.

Celle-ci ne se présente pas comme une maladie isolée, mais simplement à titre de complication dans le cours de la scarlatine; toutefois, cette complication est si fréquente, si sérieuse, elle présente une physionomie clinique si particulière qu'on est en droit de lui consacrer une description spéciale.

C'est vers la troisième semaine de la maladie, rarement à la fin de la seconde, plus rarement encore dans la quatrième ou la cinquième, que débute la complication rénale. A ce moment, la fièvre est tombée, la desquamation (dans les formes régulières tout au moins) est en train de se faire; le malade se trouve bien et se croit guéri, quand inopinément les urines deviennent rares, se suppriment même tout à fait; en même temps apparaît une céphalée parfois très intense, un œdème qui en peu d'heures envahit la totalité du corps; puis éclatent des accidents urémiques, convulsions éclamptiques, dyspnée et congestion pulmonaire, menace d'asphyxie, et parfois, moins d'une journée après le début des accidents, le malade est déjà dans la situation la plus critique.

Le début n'est pas toujours aussi brutal : dans la majorité des cas, la marche des symptômes est plus lente, et on ne peut suivre toutes les phases, surtout si on a eu la précaution d'examiner tous les jours l'urine des malades. A la suite d'une imprudence, d'une sortie prématurée, d'un refroidissement, parfois même sans cause connue, le convalescent de scarlatine se réveille un matin avec une légère bouffissure des paupières qui ne tarde pas à gagner le reste de la face; en même temps, il accuse des douleurs lombaires sourdes, s'exaspérant par la pression. Il y a des envies fréquentes d'uriner et la miction est légèrement douloureuse. Les urines rendues sont peu abondantes, ne dépassent pas 400 à 500 grammes par jour et peuvent même rester bien au-dessous de ce chiffre; elles sont louches, hautes en couleur, d'une densité exagérée, variant de 1020 à 1030 ou davantage; elles sont pauvres en urée, mais renferment de l'albumine en quantité plus ou moins considérable (de 1 à 10 grammes par litre). Le sédiment urinaire, très abondant, est formé de globules rouges, intacts ou réduits en masses granuleuses amorphes, de globules blancs presque toujours moins nombreux que les rouges; enfin, d'une quantité plus ou moins considérable de cylindres urinaires, d'abord fibrineux, puis hyalins et gras.

Si une thérapeutique active n'intervient pas, les symptômes s'accentuent rapidement : l'œdème se prononce aux malléoles, aux parties génitales, à la face interne des cuisses, et prend la forme d'une anasarque généralisée, avec pâleur et mollesse des téguments. En même temps apparaît de la lourdeur de tête, de la céphalée plus ou moins intense; il y a des palpita-

©BIU Santé

tions cardiaques, une sensation de poids sur la poitrine, parfois des épistaxis; le pouls est dur, et l'auscultation du cœur révèle un bruit de galop aussi net que celui de la néphrite interstitielle chronique (Potain); enfin le malade pâlit et s'anémie rapidement.

La marche de l'affection est très variable : dans les cas légers, surtout quand grâce à l'examen quotidien des urines on a pu saisir l'albuminurie dès son début, et instituer un traitement convenable, les troubles fonctionnels se réduisent à peu de chose et ne tardent guère à disparaître; l'anasarque s'efface rapidement: l'urine reprend peu à peu son abondance et ses caractères normaux, et la guérison peut être complète au bout d'un mois ou six semaines.

Il en est tout autrement dans les cas graves et dans ceux qui, méconnus à l'origine, restent abandonnés à eux-mêmes ; l'anasarque augmente rapidement et s'accompagne d'hydropisie des séreuses (hydrothorax, hydropéricarde, ascite), puis surviennent des complications semblables à celles qui menacent les malades dans toutes les formes de mal de Bright aigu : œdème aigu de la glotte avec sténose laryngée nécessitant la trachéotomie; congestiou œdémateuse des poumons comme chez notre malade; œdème cérébral produisant l'éclampsie et le coma. Dans certains cas, on voit se développer une endocardite grave, ou bien encore une pleurésie, une péricardite purulente; ou enfin un érysipèle phlegmoneux se montre dans les tissus œdématiés. Chacune de ces complications peut entraîner la mort.

Le malade qui échappe à tous ces dangers finit ordinairement par guérir au bout d'un temps qui varie de trois à dix-huit mois. Quelquefois, cependant, la maladie, au lieu de disparaître, change seulement de caractère et passe à l'état chronique. Alors les urines, primitivement rares et troubles, deviennent limpides, pâles, très abondantes (deux à quatre litres); leur densité tombe au-dessous de la normale; la teneur en albumine diminue, mais l'excrétion de l'urée et des autres produits azotés reste à peine suffisante; le malade n'a plus d'anasarque, mais il a des besoins fréquents d'uriner (pollakiurie), de l'essoufflement habituel, des palpitations même au repos, parfois de la céphalée persistante et du prurit cutané; la tension artérielle augmente, le pouls devient dur, et l'examen du cœur montre de l'hypertrophie du ventricule gauche et un bruit de galop manifeste. Cet état peut durer de longues années, parfois même toute la vie; mais, dans la majorité des cas, les lésions rénales sont lentement progressives, le filtre devient de plus en plus imparfait ; vient un moment où l'équilibre est rompu et où éclatent les accidents de l'insuffisance urinaire. Le malade succombe à l'urémie lente qui, presque toujours, affecte en pareil cas la forme gastro-intestinale.

L'anatomie pathologique de la néphrite scarlatineuse est le chapitre de son histoire sur lequel on a le plus discuté. Les premiers auteurs qui l'ont étudiée en Allemagne, Reinhardt, Frerichs, Virchow, en avaient fait une néphrite épithéliale; plus tard Traube, Biermer, Wagner s'efforcèrent de mettre au premier rang les altérations conjonctives; Klebs est allé encore plus loin et a cru pouvoir synthétiser la néphrite scarlatineuse en une prolifératian embryonnaire au niveau des anses des glomérules, une glomérulite. Aujourd'hui on est revenu à des idées moins exclusives, et Cornil, résumant les travaux de Leichtenstein, de Lister, de Gombault, de Brault et les siens propres, a pu dire avec vérité que les lésions de la néphrite scarlatineuse sont avant tout des lésions diffuses. Il semble que le microbe

©BIU Santé

pathogène agisse en même temps sur tous les éléments anatomiques dont se compose l'organe rénal. Chacun d'eux régissant suivant le mode qui lui est propre, on conçoit qu'il y ait en même temps hyperémie et parfois rupture des capillaires sanguins, diapédèse abondante de globules rouges et blancs, prolifération embryonnaire des noyaux du tissu interstitiel, enfin nécrose de coagulation et dégénérescence granulo-graisseuse des cellules épithéliales des tubulis.

Mais l'intensité relative de ces divers processus varie beaucoup d'un sujet à l'autre, selon la prédisposition morbide individuelle et aussi selon la virulence de l'agent infectieux; de là des différences parfois très marquées dans l'aspect des lésions, différences qui expliquent le peu de concordance des descriptions des divers auteurs, et le grand nombre des formes et variétés qu'ils ont tenté d'établir.

Au point de vue macroscopique, la néphrite scarlatineuse aiguë se présente sous deux aspects principaux, bien décrits par Leichtenstein. Tantôt ce sont les lésions congestives qui dominent (*forme d'hyperémie diffuse*); le rein volumineux est rouge; les vaisseaux sanguins sont dilatés; il y a de petites infiltrations hémorrhagiques dans la substance corticale. Plus souvent, au contraire, l'organe rénal est pâle, œdémateux (*forme anémique*), aussi volumineux que dans l'autre variété; son aspect rappelle celui de la chair d'anguille, sa surface décolorée, presque blanche, ne présente que de rares étoiles de Verheyen peu apparentes. Dans l'une comme dans l'autre forme, la capsule se détache facilement, et la tuméfaction, parfois considérable, porte presque exclusivement sur la substance corticale.

Au microscope les deux formes présentent à peu près les mêmes lésions avec de grandes variations d'intensité d'un point à un autre. Souvent il y a une infiltration plus ou moins notable de cellules lymphatiques dans le tissu interstitiel, les anses glomérulaires sont recouvertes de noyaux embryonnaires nombreux (Litten); mais toujours ce sont les lésions épithéliales qui dominent : tuméfaction trouble, desquamation et désintégration hyaline ou graisseuse du revêtement du tubuli. Souvent dans la capsule de Bowman, dans les interstices des tubes même, il existe des épanchements de globules rouges; l'abondance de ces hémorrhagies interstitielles est parfois si grande que Leichtenstein a décrit une forme hémorrhagique intermédiaire aux deux précédentes; mais ce n'est là, en somme, qu'un épiphénomène.

Les lésions que nous venons de décrire appartiennent à la néphrite scarlatineuse aiguë; la forme anémique comme la forme hyperémique peut se rencontrer dans les cas à marche rapide. C'est même chez les malades qui ont présenté les accidents urémiques d'emblée et ont succombé en quelques heures qu'on a trouvé le plus souvent le rein pâle, œdémateux, chair d'anguille. Il semble qu'en pareil cas il y ait eu sur l'organe rénal une véritable poussée d'œdème aigu, produisant la compression des capillaires sanguins, l'anémie glomérulaire et l'anurie.

Quand la néphrite scarlatineuse a eu le temps de passer à l'état chronique, l'aspect des lésions change du tout au tout : les tubuli dépouillés de leur épithélium s'affaissent, les glomérules devenus imperméables passent à l'état fibreux, une sclérose diffuse envahit le tissu interstitiel et produit par sa rétraction l'atrophie de la substance corticale. On a affaire à cette forme de néphrite chronique mixte que Johnson a le premier décrite sous le nom de *petit rein gras granuleux*. A cette période avancée, la néphrite

©BIU Santé

scarlatineuse est constamment accompagnée d'hypertrophie du ventricule gauche, imputable, comme l'a montré Mahomed, à l'hypertension artérielle résultant de la rétention des matériahx excrémentitiels dans le sang,

La pathogénie de la néphrite scarlatineuse est encore actuellement assez obscure, et tant que le microbe pathogène de la scarlatine ne sera pas bien connu, il sera difficile d'arriver à des notions précises sur ce point. Tous les auteurs ont remarqué que la complication rénale, très rare dans certaines épidémies, était extrêmement fréquente dans d'autres. D'après Steiner, la proportion varierait de 5 à 70 p. 100. Ce fait donne à penser qu'il faut faire une place dans l'étiologie à la virulence variable du germe morbide. D'autre part la question de terrain joue certainement un rôle appréciable, comme le prouve la fréquence et la gravité plus grandes de la maladie chez les enfants, chez les sujets scrofuleux ou rachitiques. Sans aller trop loin dans le champ de l'hypothèse, on peut admettre qu'il existe chez certains sujets une susceptibilité organique du rein, comme d'autres ont une susceptibilité du foie ou des centres nerveux. West a cité des cas dans lesquels tous les enfants d'une même famille, atteints de scarlatine, avaient consécutivement de l'anasarque. Moi-même j'ai eu connaissance en clientèle du fait suivant : Sur deux sœurs en apparence aussi bien portantes l'une que l'autre, l'aînée, atteinte de scarlatine à l'âge de 6 ans, présente consécutivement une néphrite grave qui passe à l'état chronique ; la seconde échappe à la scarlatine, se marie, et, à sa première grossesse, est prise d'une albuminurie gravidique qui a mis sa vie en danger et n'a guéri qn'au bout d'un an.

Quant aux causes occasionnelles qui peuvent favoriser le développement de la néphrite scarlatineuse, la plupart des cliniciens français sont d'accord pour attacher une grande importance au refroidissement. Les observations abondent de malades qui, s'étant exposés imprudemment à l'air pendant la période de desquamation, ou ayant fait des ablutions à l'eau froide, ont été pris dans les vingt-quatre heures d'anurie, d'anasarque et d'accidenfs urémiques. Chez le malade que je vous ai montré au début de cette leçon, l'influence du froid humide paraît manifeste. Pour expliquer le fait, on invoque d'habitude le spasme vasculaire qui succède à l'impression du froid sur les téguments fraîchement renouvelés, et la congestion œdémateuse qui doit se faire par action réflexe vers les organes internes. Il est facile de concevoir que le microbe pathogène, qui sommeillait dans l'organe rénal, se réveille sous l'influence de ces conditions nouvelles, et, par une pullulation énergique, détermine dans les épithéliums si délicats des tubuli les réactions vitales qui aboutissent à la dégénérescence.

Le diagnostic de la néphrite scarlatineuse n'offre aucune difficulté dans les formes régulières de la fièvre éruptive, surtout si l'on a eu soin, comme doit le faire tout médecin attentif, d'examiner soigneusement l'urine tous les jours depuis le début. On ne confondra pas avec l'albuminurie néphrétique celle qui se montre d'habitude à la période d'éruption, et qui disparaît spontanément au bout de quelques jours, comme les autres albuminuries fébriles, dont elle a les caractères.

Mais on est souvent fort embarrassé en présence d'une néphrite aiguë survenant, sans cause connue, chez un sujet qui n'a pas eu de maladie antérieure appréciable. En pareil cas, si on a affaire à un sujet qui n'a pas encore eu la scarlatine, il faut toujours songer à la néphrite scarlatineuse. Celle-ci, en effet, est au moins aussi fréquente à la suite des formes larvées

OBIU Santé

que des formes régulières, peut-être même davantage, parce que les malades n'ont pris aucune précaution. Il faut rechercher avec soin les traces de desquamation épidermique, surtout aux mains et aux pieds; en leur absence, la notion d'épidémicité est à mettre en ligne de compte, mais on en est réduit alors aux hypothèses, car ni les caractères de l'urine, ni les symptômes généraux ne permettent de distinguer la néphrite scarlatineuse des autres formes de mal de Bright aigu.

Quant au pronostic, il est difficile à établir, surtout au début : les formes urémiques d'emblée ne sont pas toujours les plus graves. Les antécédents du malade, l'état de santé antérieur ont pour le pronostic une grande importance. Mais le signe le plus clair est celui que fournit le dosage périodique de l'albumine; toute albuminurie scarlatineuse qui ne diminue pas rapidement et régulièrement à la suite d'un traitement complet, et surtout d'un régime lacté rigoureux, doit faire craindre des lésions rénales irrémédiables.

La thérapeutique peut beaucoup dans la néphrite scarlatineuse, surtout aux périodes rapprochées du début. Dans les formes suraiguës, notamment dans celles qui donnent lieu d'emblée à des accidents urémiques graves, vous devez savoir qu'une intervention énergique et immédiate peut changer la face des choses en quelques heures et conserver la vie à des malades qui, abandonnés à eux-mêmes, auraient succombé fatalement. En cas d'éclampsie urémique ou de congestion pulmonaire grave avec menace d'asphyxie, une saignée générale, faite *larga manu,* est le meilleur moyen de conjurer rapidement le danger. Si, malgré cela, les convulsions se répètent, ou si l'état comateux les remplace, on administrera un lavement avec 6 ou 8 grammes de chloral; on fera même, pour plus de sûreté, des inhalations de chloroforme pour modérer l'excitabilité réflexe des centres nerveux et prévenir ainsi leur épuisement. Des sangsues aux apophyses mastoïdes, remplacées à mesure qu'elles tombent, contribueront efficacement à combattre l'œdème aigu des méninges et à diminuer l'hypertension intra-crânienne.

Les accidents aigus sont-ils dissipés, ou bien a-t-on affaire à une de ces formes insidieuses qui se manifestent seulement par de la bouffissure du visage et par l'albuminurie, on se contentera de faire une ou deux applications de ventouses scarifiées sur la région lombaire, on prescrira un purgatif drastique, tel que l'eau-de-vie allemande, et on mettra le malade au régime lacté absolu. Celui-ci devra être continué tant que les urines resteront troubles et peu abondantes; en cas de répugnance absolue, on pourra associer au lait des potages maigres, des œufs, un peu de pain et de légumes, mais on interdira complètement la viande, le bouillon, les sauces grasses, ainsi que le vin, tant que l'albuminurie n'aura pas complètement disparu.

Souvent ces moyens suffisent à amener la guérison en l'espace de deux à quatre semaines; mais si l'amélioration se fait attendre, si l'anasarque et les épanchements séreux persistent, si le malade conserve son teint pâle et blafard, on doit redouter le passage de la néphrite scarlatineuse à l'état chronique. Pour l'empêcher, on aura recours à une révulsion énergique sur les reins; par exemple, à des applications réitérées de pointes de feu, ou encore (comme nous l'avons fait chez notre malade) à de petits cautères à la pâte de Vienne; en même temps, on administrera l'iodure de fer et aussi le tannin, qui, en dépit des assertions contraires, paraît avoir sur la nutri-

©BIU Santé

tion des épithéliums une action tonique très réelle. On aura grand soin, par une hygiène appropriée, par l'application d'ouate ou de flanelle sur les reins, d'éviter les refroidissements et les rechutes qui en sont presque fatalement la conséquence.

Plus tard, quand à l'oligurie initiale a succédé la polyurie, quand l'augmentation de la tension artérielle a provoqué l'hypertrophie du ventricule gauche, la situation du malade ne diffère plus de ce qu'elle est dans les autres formes de néphrite chronique. L'iodure de potassium (ou de sodium) devient l'agent principal du traitement, avec toutes les mesures hygiéniques et diététiques destinées à combattre les effets de l'imperméabilité rénale, et à retarder, en favorisant la dépuration sanguine, le moment de l'urémie lente terminale.

CORRESPONDANCE

Le Havre, 25 juillet 1890.

Très honoré confrère,

L'obligeant chroniqueur de l'*Union médicale* qui a rendu compte de mes *Médecins normands*, t. Ier (Seine-Inférieure) me fait dire ce que je n'ai pas dit, et me prête des opinions que je n'ai pas. On pourrait les mal interpréter, je sollicite donc une rectification.

« Notre confrère regrette la gratuité des fonctions, etc. » Je n'ai ni dit, ni écrit cela. « Ouvrons l'histoire, ai-je dit, et elle nous apprendra qu'aux siècles précédents la gratuité des fonctions publiques exercées par le médecin, services d'hôpitaux, etc., était presque partout un fait général. » J'ai tenu à rapporter ce fait d'histoire, et c'est tout. En note, j'ajoutais : « Qu'il y ait plus de justice à rémunérer ce pénible service, je ne le contesterai pas. » Je peux regretter l'esprit disparu qui dictait de tels actes, mais non la gratuité des fonctions. Ce qui se fait aujourd'hui est incontestablement plus équitable. Enfin, plus loin : « Pour ne plus voir dans le pauvre « un membre souffrant de Jésus-Christ », les pauvres en sont-ils moins bien soignés pour cela? Nous le demandons à notre confrère lui-même. » Peut-être. Inutile d'insister, mais j'affirme que le christianisme, dont la philosophie est de briser notre égoïsme naturel, peut singulièrement tempérer le dur mot de Montaigne : « *Homo homini lupus.* » Entre un chrétien et un philosophe, il y aura toujours la distance qui sépare le laïc de la sœur de charité.

Votre bien dévoué confrère.

Dr Jules Roger (du Havre).

BIBLIOTHÈQUE

Formulaire de thérapeutique appliquée, *ou les médicaments et leurs formules classés d'après les indications thérapeutiques*, par le docteur A. Ferrand, médecin de l'hôpital Laënnec, etc. — Paris, 1890.

Ce formulaire est bien certainement le mieux agencé, le plus complet, le plus pratique qu'on ait publié jusqu'à présent. Le professeur Peter a placé en tête une préface qui commence par ces mots : « Rien n'est plus intéressant ni redoutable que le mouvement médical actuel », et qui est le développement successif, piquant, de ces deux propositions : *Tout est changé! — Rien n'est changé!* Il faut la lire; elle renferme beaucoup de choses en peu de mots. Voici d'ailleurs son jugement sur le livre de notre distingué confrère : « Dans son livre si pratique, M. Ferrand a adopté un point de vue fort éclectique, naguère encore fort négligé, celui qui part de l'indication thérapeutique; celui, qui, séparant méthodiquement les groupes naturels de symptômes, les prend comme autant

d'éléments morbides, dont il fait la base de ses appréciations cliniques, y trouve les éléments d'un diagnostic précis, d'un pronostic sûr et d'une thérapeutique rationnelle et effective... »

En effet, le plan suivi par l'auteur a pour base « non plus le médicament, comme la plupart des formulaires, mais l'indication thérapeutique et les médications qui répondent à chacune de ces indications ». Il a donc réuni en XXIX indications principales toutes celles que la maladie peut offrir à l'observateur, en attribuant à chacune les médications appropriées; et il nous donne le tableau des indications thérapeutiques d'après lesquelles ont été classées les médications et les formules médicamenteuses. Ainsi, première indication — Hypersthénie cérébrale : A. méd. hypnotique; B. méd. narcotique. Deuxième indication — Hyposthénie cérébrale : méd. névrosthénique... Et ainsi de suite, jusqu'à vingt-neuvième indication — Empoisonnements : méd. antidotique.

Quand aux détails d'application, c'est-à-dire aux renseignements, aux explications et aux formules, ils sont ce qu'on pouvait attendre d'un thérapeutiste de premier ordre, et constituent un guide sûr et facile à consulter. — G. R.

REVUE DES JOURNAUX

Produits des échanges moléculaires de l'acétanilide dans le corps humain, par le docteur K.-A.-H. Mörner. (*Zeitschrift f. phys. Chemie.*, Bd. XIII, Hft. 1-2.) — Mörner confirme d'abord les résultats de Fr. Müller, d'après lequel l'urine de l'homme donne après ingestion d'acétanilide la réaction de l'indophénol (après ébullition avec Hcl l'addition de phénol et de $H^2 Cro^4$ étendu provoque dans l'urine refroidie une coloration rouge, qui passe à un beau bleu par $A^2 H^3$), et d'après laquelle elle présente aussi une augmentation considérable d'acide éthylsulfurique. Il réussit en outre à retirer de l'urine l'acide éthylsulfurique dont il s'agit, et à l'analyser. Il se trouva formé d'acide amidophénol éthylsulfurique.

L'augmentation de l'acide éthylsulfurique correspond seulement à une partie de la quantité d'acétanilide ingérée. A côté de lui se trouve une substance fortement lévogyre, qui se réduit après ébullition avec Hcl et qu'on peut donc supposer être de l'acide glycuronique. Cette substance n'a pas encore été obtenue en quantité suffisante. — P. N.

Le traitement des hémorrhagies dues aux fibromes, par le docteur H. Lohlein (de Berlin) (*Berliner Klinik.*, 1888, n° 2, p. 130.) — Contre les hémorrhagies dues aux corps fibreux nous possédons des moyens qui sont souvent satisfaisants : Ce sont les préparations d'ergot de seigle et l'extrait d'hydrastis canadensis. Cela résulte des renseignements des femmes sur le début et la durée de leurs règles qui jusque-là étaient trop rapprochées, trop abondantes et trop prolongées.

L'hydrastis est encore plus actif que l'ergot. Au sujet du mode d'administration, je ne ferai que deux courtes remarques : 1° Lorsque l'emploi sous-cutané de l'ergotine présente quelques difficultés, on peut, comme je m'en suis souvent convaincu, la donner avec les mêmes résultats par le rectum, soit sous forme de demi-lavement, soit en suppositoire; 2° On donne l'extrait d'hydrastis canadensis, pour qu'il soit le plus actif possible, 6 à 10 jours avant le début probable des règles les plus proches (30 gouttes 2 à 3 fois par jour.) On obtient ainsi le plus souvent un allongement de la période intermenstruelle, qui est particulièrement constaté avec reconnaissance et espoir par les malades non encore rétablies dans le temps intercalaire, le plus souvent trop court. On arrive en même temps à modérer l'hémorrhagie et à raccourcir sa durée. — P. N.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 16 au 19 juillet 1890.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

©BIU Santé

Jeudi 10. — N° 249. Mlle Lichtermann (Sophie) : De la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse. (Président, M. Peter.) — N° 250. Mlle Dylion (Cécile) : Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la portion antéro-supérieure du foie. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 251. M. Ballengrin (A.) : Fractures des os du tarse. (Président, M. Léon Le Fort.) — N° 252. M Gigon (A.-M.-J.) : De la suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrane. (Président, M. Panas.) — N° 253. M. Amorin (J.-L.) : De la restauration des paupière par la greffe cutanée. (Président, M. Panas.) — N° 254. M. Enon (Louis) : Le sulfonal, son action dans l'épilepsie. (Président, M. Debove.) — N° 255. M. Mounier (Fernand) : Des troubles gastriques dans la neurasthénie. (Président, M. Debove.) — N° 256. M. Blanc-Champagnac (Antoine) : Etude pathogénique et thérapeutique sur la dilatation de l'estomac et sur son influence dans la neurasthénie (déséquilibrés du centre). (Président, M. Debove.) — N° 257. M. Dietz (E.-H.) : Etude clinique et expérimentale sur la suture de la vessie après la saillie hypogastrique. (Président, M. Duplay.) — N° 258. M. Hervé : Rupture des tendons sus et sous-rotuliens. Traitement par la suture. (Président, M. Duplay.)

Du vendredi 11 au mardi 15. — Pas de thèses.

Mercredi 16. — N° 259. M. Mouton (A.) : De la suture des nerfs et en particulier de la suture secondaire. (Président, M. Lannelongue.) — N° 260. M. Claa (Fernand) : Comparaison entre le curage et la cautérisation dans l'endométrite du corps. (Président, M. Lannelongue.) — N° 261. M. Georgiades (Savas) : Considérations sur les fistules uréthro-péniennes et particulièrement sur celles qui succèdent à la blennorrhagie. (Président, M. Lannelongue.) — N° 262 (*) M. Vimont (Maurice) : Contribution à l'étude des oblitérations de la veine cave inférieure. (Président, M. Verneuil.) — N° 263. M. Leriche (William) : Etude sur la paralysie glossolabiée cérébrale à forme pseudo-bulbaire. (Président, M. Fournier.) — N° 264 (*). M. Grandhomme (Albert) : Contribution à l'étude des suppurations des cellules mastoïdiennes, symptômes, diagnostic, traitement. (Président, M. Guyon.) — N° 265. M. Austin (C.-K.) : Sur le diagnostic précoce des néoplasmes de la vessie et du rein au moyen du cystoscope. (Président, M. Guyon.) — N° 266. Mlle Warchawskaia (Estelle) : De l'urémie et de l'état du cœur dans la néphrite compliquant le cancer de l'utérus. (Président, M. Guyon.) — N° 267. M. Collas (Maurice) : De l'occlusion intestinale consécutive aux opérations de laparotomie. (Président, M. Lannelongue.) — N° 268, M. Balard d'Herlinville (L.) : Contribution à l'étude de la luxation des tendons des muscles péroniers latéraux, traitement par le procédé de M. Lannelongue. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 17. — N° 269. M. Pellisson (Louis) : Des procidences méconnues du cordon ombilical. (Président, M. Brouardel.) — N° 270. M. Wavelet (J.) : De la valeur de la compression et des moyens de l'appliquer dans le traitement des épanchements articulaires. (Président, M. Le Fort.) — N° 271. M. Stanciulescu (Georges) : De la luxation du radius compliquant les fractures du tiers supérieur du cubitus. (Président, M. Le Fort.) N° 272. M. Brossard (Jacques) : Etude sur le traitement des ruptures de l'utérus se produisant pendant le travail de l'accouchement. (Président, M. Lefort.) — N° 273. M. Séguier (Joseph) : Recherches cliniques sur l'aristol. (Président, M. Ball.) — N° 274. M. Olympitis (N.-Th.) : Tuberculose de la muqueuse nasale, formes primitives et secondaires. (Président, M. Proust.) — N° 275. M. Lefèvre (Emile) : Contribution à l'étude de la maladie d'Addison. (Président, M. Peter.) — N° 276. Mme Walker-Bruère (Elisabeth) : De l'albuminurie puerpérale. (Président, M. Peter.) — N° 277. M. Corbin (Jules-Etienne) : Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus. (Président, M. Cornil.) — N° 278. M. Henne (Henri) : Les principales théories sur la pathogénie et le traitement de la diphthérie. (Président, M. Laboulbène.) — N° 279. M. Charmoy (Alexandre) : Etude sur la gangrène disséminée de la peau chez les enfants. (Président, M. Laboulbène.) — N° 280. M. Lécaille (Auguste) : Considérations sur le traitement de l'anthrax. (Président, M. Panas.) — N° 281. M. Haran (Antoine) : Contribution à l'étude de l'arthrectomie dans les arthrites tuberculeuses du genou. (Président, M. Panas.) — N° 282. M. Pinçonnet (Armand) : De l'extirpation du larynx. (Président, M. Panas.)

Vendredi 18. — Pas de thèses.

Samedi 19. — N° 283. M. Pouzin (Benjamin) : De l'angine herpétique et du zona

bucco-pharyngien. (Président, M. Laboulbène.) — N° 284. M. Geeraert : Aggravation et, généralisation de la tuberculose après opération; traitement pré-opératoire, opératoire post-opératoire. (Président, M. Laboulbène.) — N° 285. M. Fournieux (Pierre-Charles) : Etude sur l'aristol. (Président, M. Laboulbène.)

FORMULAIRE

Traitement de l'impétigo des enfants. — Chambard.

Lorsqu'on a affaire à l'impétigo de la face et du cuir chevelu chez les enfants, on fait tomber les croûtes à l'aide du bonnet et du masque de caoutchouc; puis, afin de tarir l'exhalation séro-purulente, on applique des poudres inertes, et on fait des onctions de vaseline. Si les croûtes se reforment, on essaie les pommades à l'oxyde de zinc, au calomel, au tannin. Ce n'est que dans les cas d'impétigo très limité, que l'on peut essayer des topiques énergiques, tels que la teinture d'iode (Hardy), ou la solution de potasse (Hébra). — Comme traitement général, on prescrit l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, les amers, les jus d'herbe, le phosphate de chaux. On envoie les scrofuleux au bord de la mer, ou bien aux stations d'eaux chlorurées sodiques, telles que Uriage et Salies-de-Béarn. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 24 juillet 1890, M. le docteur Sanchez Toledo y Hernandez, préparateur au laboratoire de pathologie expérimentale, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

La vaccination obligatoire au Conseil municipal de Paris. — Au Conseil municipal de Paris, M. Navarre partant de ce fait que sur 100 enfants de 10 ans revaccinés 95 ne sont pas en état de réceptivité dans le 13e arrondissement, demande que l'on renonce à une pratique, à son avis, inutile et dangereuse.

D'autres conseillers, MM. Vaillant et Levraud sont d'un avis diamétralement opposé. Ils considèrent cette revaccination comme constituant une nécessité prophylactique de premier ordre.

M. le sous-directeur de l'enseignement clôt l'incident en rappelant que la revaccination obligatoire a été approuvée par le ministre, qu'elle a force de loi et qu'elle sera officiellement pratiquée à la prochaine rentrée des classes.

Le Conseil renvoie à la Commission sanitaire le projet de vœu de M. Vaillant, demandant au Parlement de voter une loi rendant la vaccination obligatoire au moyen du vaccin animal.

Osons espérer que le Parlement tiendra plus compte d'un vœu exprimé par la ville de Paris que par l'Académie de médecine. (*Lyon médical.*)

Concours pour l'école du service de santé militaire. — Le jury est composé de M. le médecin-inspecteur Gaujot et de MM. les médecins-majors Pierrot et Benech.

Société internationale d'assistance. — Le président de la République a reçu, la semaine dernière, le bureau de la Société internationale d'assistance, composé de MM. Théophile Roussel, président, Monod, directeur de l'Assistance publique, vice-président, Thulié, secrétaire général, et Gaufrès, trésorier. En présentant les membres du bureau. M Th. Roussel a rappelé que deux évènements importants pour l'avenir des questions d'assistance s'étaient accomplis depuis peu et pouvaient faire espérer la fin de l'état d'infériorité dans lequel se trouve encore à l'heure actuelle l'organisation de l'assistance en France. C'est tout d'abord l'unification des services, et, en second lieu, la réunion d'un Congrès, où ont siégé toutes les sommités européennes en cette matière. Ce Congrès,

©BIU Santé

qui a décidé de faire de Paris un centre permanent pour ces questions, a nommé un comité permanent international, dont l'un des premiers actes a été la création de la Société présentée aujourd'hui au président. M. Carnot a répondu en constatant qu'à son avis aussi il y avait de grandes réformes à accomplir dans les matières d'assistance, qu'il y aiderait de toutes ses forces et qu'il les considérait comme un des problèmes les plus dignes de l'attention du gouvernement républicain. (*Progrès médical.*)

Les grades universitaires. — Avant de se séparer le Conseil des Facultés de Paris, a discuté les conclusions du rapport sur les équivalences internationales de grades et de diplômes.

Il a estimé :

1° Qu'il n'y avait qu'à maintenir la pratique libérale suivie jusqu'ici, qui admet dans une mesure, mais dans une mesure compatible avec l'intérêt des bonnes études, les diplômes d'études secondaires délivrés à l'étranger en vue de faire en France des études supérieures;

2° Que les Facultés qui le jugeront utile puissent autoriser certains de leurs étudiants à faire une partie du temps de leur scolarité dans une université étrangère;

3° Que sur l'avis conforme de la Faculté compétente, les diplômes ou certificats d'études d'enseignement supérieur faites dans une Université étrangère puissent être déclarés les équivalents des diplômes ou certificats français, mais uniquement au point de vue scientifique, pour la continuation en France de ces mêmes études et comme condition de recherche d'un grade supérieur;

4° Que ces équivalences obtenues ne soient plus assujetties au paiement des droits établis par l'article 5 du décret du 22 août 1854, et qu'en attendant M. le ministre veuille bien user, le plus largement possible, de la Faculté qu'il a d'en accorder la remise.

Hospices civils de Marseille. — *Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* — Le lundi 20 octobre 1890, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour cinq places d'élèves internes.

Le lundi 26 octobre 1890, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour quatre places d'élèves externes.

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

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Nota. — Bien que le concours de l'Internat soit annoncé pour cinq places, et celui de l'externat pour quatre places, ce nombre pourra être diminué ou élevé si la Commission le croit nécessaire.

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. LANCEREAUX : Les conditions pathogéniques et le traitement de l'urémie. — II. BIBLIOTHÈQUE : Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. — Code manuel des médecins et des pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société médicale des hôpitaux. — IV. FORMULAIRE. — V. COURRIER. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Les conditions pathogéniques et le traitement de l'urémie (1).

Leçon recueillie par M. Ad. LAFFITTE, interne du service.

Les indications thérapeutiques découlent naturellement des notions que je vous ai exposées dans une leçon précédente, sans qu'il soit nécessaire d'insister sur la distinction à établir entre l'urémie cérébro-spinale et l'urémie gastro-intestinale. On comprend que les deux grandes formes de l'urémie ne peuvent être soumises au même traitement; si, faute de connaissances pathogéniques suffisantes, on cherche à supprimer l'urémie gastro-intestinale, on contribue par là même à la rétention des matières excrémentitielles et l'on peut engendrer la forme cérébro-spinale.

Caractérisée par des vomissements semblables à un bouillon sale renfermant un mucus épais (1), ou par une diarrhée séreuse, blanchâtre, parfois légèrement colorée, l'urémie gastro-intestinale doit être regardée comme providentielle et être respectée. Chercher à la combattre à l'aide des opiacés, comme j'ai vu le faire par des internes et des médecins, c'est favoriser le développement des accidents cérébraux, dyspnée, éclampsie ou coma. Aussi, loin de s'opposer à ces accidents, le médecin doit-il, surtout s'ils sont récents et peu accusés, faire en sorte de les rendre plus intenses, de façon à débarrasser promptement le malade des substances toxiques qui s'accumuleraient certainement dans son sang si elles ne trouvaient un émonctoire. Dans ces conditions, l'indication urgente est donc d'agir sur le tube digestif soit par l'administration d'un vomitif, poudre d'ipécacuanha, tartre stibié à dose vomitive ou en lavage, soit par la prescription d'un purgatif drastique. A la suite de ces moyens thérapeutiques, comme après une diarrhée spontanée un peu abondante, les malades se sentent soulagés, une détente se produit et les forces reviennent. C'est, du reste, ce que l'on voit fréquemment pendant les premières années de la néphrite liée à

(1) Je dois faire observer ici que, dans l'urémie comme dans l'alcoolisme, il existe deux ordres de vomissements : l'un provoqué par l'irritation de la muqueuse stomacale et l'augmentation de la sécrétion; il est composé d'un liquide filant et visqueux, c'est le vomissement de l'urémie gastro-intestinale; — l'autre est composé de matières verdâtres ou jaunâtres, amères; c'est un vomissement bilieux, d'origine nerveuse, et engendré par l'action sur le bulbe des matières excrémentitielles retenues dans le sang.

(2) Suite et fin. — Voir les numéros de 24 et 26 juillet 1890.

©BIU Santé

l'artério-sclérose (néphrite artérielle), où de pauvres patients, ignorants de leur état, sont pris sans cause appréciable d'un malaise général, de céphalée, de modifications bizarres du caractère, puis se trouvent tout à coup soulagés à la suite d'une crise de diarrhée de quelques jours. Toutefois, il pourrait être imprudent de pousser trop loin cette indication; il faut savoir que, dans certaines circonstances, et notamment dans la néphrite consécutive à la rétention urinaire, surtout dans celle qui succède à l'épithélioma de l'utérus, il s'établit parfois des diarrhées incoërcibles pouvant amener une dépression fâcheuse de l'organisme et qu'il est utile de modérer. Le salicylate ou le sous-nitrate de bismuth, l'éther et même l'opium répondent alors à la nouvelle indication. Mais l'administration de ces médicaments sera surveillée de près; et si l'on voit survenir quelques troubles indiquant la possibilité d'une complication cérébrale, on n'hésitera pas à avoir recours encore une fois aux purgatifs.

Quand on se trouve en présence de la forme cérébro-spinale de l'urémie, l'indication à remplir est des plus simples et des plus formelles : elle consiste à neutraliser l'action des substances toxiques retenues dans le sang et à les éliminer.

Les moyens de neutraliser les poisons qui occasionnent les troubles morbides sont peu nombreux : en première ligne, nous placerons les inhalations d'oxygène, qui m'ont donné parfois des résultats satisfaisants et qui agissent sans doute en transformant les matières toxiques. Je dois vous rappeler ici que Frerichs, logique avec sa théorie de l'ammoniémie, proposait l'acide benzoïque, le jus de citron, l'acide tartrique, afin de neutraliser l'action du carbonate d'ammoniaque, qu'il regardait comme la cause de l'urémie. Ce que je vous ai dit à propos des conditions pathogéniques vous montre l'inanité de cette intervention thérapeutique.

Si nous sommes à peu près désarmés lorsqu'il s'agit de neutraliser le poison urémique, nous avons des moyens efficaces pour hâter son élimination. Trois voies principales peuvent nous permettre de remplir cette deuxième indication : le rein lui-même, les voies digestives et la peau.

Exciter la sécrétion urinaire, toujours plus ou moins diminuée ou modifiée dans l'urémie, est certainement l'indication la plus naturelle, car c'est s'adresser directement à la fonction troublée. Les diurétiques sont les agents les plus efficaces, et, parmi eux, la digitale nous paraît tenir le premier rang. Nous administrons cette substance à la dose de 0,30 à 0,50 centigrammes en infusion dans 125 grammes d'eau. Nous renouvelons la dose pendant une huitaine de jours, quand ce médicament est bien supporté; et nous devons reconnaître, contrairement à certaines affirmations, qu'il en est presque toujours ainsi. Nous avons observé fort peu de cas d'intolérance, même avec des doses quotidiennes de 0,50 centigrammes de poudre de feuilles, chez des malades atteints de néphrite épithéliale et rendant seulement 200 à 300 grammes d'urine trouble dans les vingt-quatre heures. A côté de l'infusion de digitale, je place le vin diurétique de l'Hôtel-Dieu, qui, à la dose de 80 à 100 grammes par jour, est souvent suivi d'une diurèse abondante. Toutefois, ce n'est pas à ces préparations, excellentes dans bien des cas, que je donne la préférence. Un moyen plus efficace, à mon avis, surtout quand le cœur est malade en même temps que le rein, — ce qui est la règle dans la néphrite par artério-sclérose, — est l'emploi de pilules contenant chacune 0,05 *centigrammes de poudre de scille, de scammonée et de digitale.* Ces pilules, dites *pilules diurétiques,* ont, de plus, une

action purgative par la poudre de scammonée qu'elles contiennent. Je les administre d'abord à la dose de quatre par jour, puis de six, enfin de huit ou neuf, et cela pendant six et sept jours consécutifs, ou même plus longtemps. J'emploie ces pilules depuis plus de dix ans, et toujours avec des effets très remarquables. Elles permettent généralement d'obtenir une diurèse abondante au bout de quelques jours, parfois au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, et de voir les œdèmes se résorber très rapidement, du moins dans les cas de néphrite interstitielle. Un fait que j'ai remarqué, c'est que ces divers modes d'administration de la digitale gagnent souvent à être successivement employés. Quand il y a lieu de redouter l'effet de la digitale ou s'il se produit quelques phénomènes d'intolérance, j'ai recours à l'emploi de la *caféine* à la dose de 1 gr. 50 centigr. à 2 grammes. Cette dose étant parfois mal supportée au début, je commence d'ordinaire par 1 gramme pour augmenter progressivement et par fractions de 0,25 centigrammes. La caféine m'a donné de bons résultats, mais dans un nombre de cas très restreint; la quantité des urines s'élève d'abord, mais elle est loin de toujours se maintenir.

Il est un agent jusqu'ici peu usité, et que j'ai été conduit à prescrire seulement dans la néphrite épithéliale, à cause de son action élective sur les épithéliums du rein : c'est la *teinture de cantharides*. Il y a deux ans, mon interne, M. Pilliet, m'envoie une femme atteinte de néphrite épithéliale avec anasarque. Je fais usage des diurétiques à haute dose et des purgatifs drastiques, mais sans le moindre résultat. J'administre alors la teinture de cantharides à la dose de six gouttes par jour; très rapidement la fonction urinaire se rétablit et, au bout de deux semaines, les œdèmes avaient disparu. Cette malade est sortie guérie de mon service. Je la revois de temps en temps, et depuis deux ans la guérison s'est maintenue. Cet heureux résultat obtenu par les cantharides n'est pas le seul que j'aie observé. Je puis vous signaler une malade qui est encore en traitement, et que vous voyez couchée au n° 21 de la salle Lorain. C'est une nommée B... (Antoinette), âgée de 24 ans, domestique. On note dans ses antécédents personnels des migraines fréquentes depuis l'âge de 12 ans, des épistaxis abondantes revenant régulièrement au renouvellement des saisons. Il y a deux mois, sans cause appréciable, sans refroidissement, elle s'aperçoit que sa figure est gonflée surtout au niveau des paupières; ses urines deviennent rares et rouges; au bout d'une huitaine de jours, l'œdème envahit les membres inférieurs, atteint la racine de la cuisse, puis gagne le tronc. Elle est forcée de s'aliter. Depuis quinze jours environ, elle se plaint d'une violente céphalalgie qui la serre aux tempes; son appétit disparaît et elle commence à vomir. Les vomissements apparaissent aussitôt après l'ingestion d'un aliment quelconque; ils sont peu abondants et verdâtres. A son entrée dans notre service, la malade offre une anasarque extrêmement marquée; la langue est sale, l'anorexie complète, la respiration difficile; les urines sont extrêmement rares et contiennent une énorme quantité d'albumine qui se prend en masse par la chaleur; le microscope y décèle la présence de cylindres hyalins et granuleux. Je traite d'abord cette malade par la digitale et les drastiques; j'obtiens, au début, une amélioration notable et la diminution des œdèmes, mais ce résultat n'est qu'éphémère. L'état de la patiente s'aggrave même tellement, vers le milieu du mois de mai, que je commence à désespérer de la guérison. Alors, j'use de mes dernières armes; je prescris la teinture de cantha-

©BIU Santé

rides à la dose de six gouttes d'abord, puis de huit, enfin de dix. Une amélioration très sensible se montre bientôt ; l'anasarque cède en partie, la dyspnée diminue ; enfin, les urines augmentent de quantité et deviennent claires. Notre malade me paraît aujourd'hui hors de danger ; et peut-être même serons-nous assez heureux pour voir survenir la guérison.

Lorsque les diurétiques ne parviennent pas à rétablir la fonction urinaire, le rôle du médecin est de mettre en jeu les organes qui peuvent venir en aide à cette fonction. Ainsi, les organes digestifs se trouvent forcément indiqués tant par l'observation clinique et anatomo-pathologique que par l'expérimentation physiologique, et le traitement doit viser ces organes ; leur fonction devant être stimulée, l'emploi des purgatifs est tout naturel. Pendant longtemps, j'ai eu recours aux purgatifs salins ; mais, depuis quelques années, ayant remarqué que leur action n'avait pas toujours une énergie suffisante, je les ai abandonnés pour les purgatifs drastiques, en tête desquels je place la scammonée et le jalap. *L'eau-de-vie allemande* ou *teinture de jalap composée* est la préparation à laquelle j'accorde la préférence. Je la donne seule ou associée au sirop de nerprun, à la dose de 20 à 30 grammes. Les malades la prennent sans dégoût et la supportent bien en général. Quand il y a urgence et que l'eau-de-vie allemande est rejetée par le vomissement, je prescris l'huile de croton en pilules à la dose de une à deux gouttes. Quel que soit le drastique employé, il faut l'administrer non seulement une fois, mais plusieurs jours de suite à des doses élevées, car j'ai acquis la conviction que, pour éliminer du sang les matières excrémentitielles qui y sont retenues, pour combattre avantageusement l'urémie, en un mot, il faut non seulement purger, mais produire une superpurgation. Ce qui se passe en pareil cas me rappelle un fait que m'a raconté autrefois Claude Bernard, et qui sans doute se trouve rapporté dans ses œuvres. Il me disait que, lorsqu'il avait fait prendre de l'iode à des animaux et qu'il leur donnait ensuite des purgatifs légers, il lui fallait un temps très long pour arriver à les en débarrasser, tandis qu'un purgatif énergique faisait disparaître presque immédiatement cette substance de la salive.

Enfin la dérivation sur la peau peut être d'un grand secours dans les cas difficiles. J'exige que chez mes urémiques la peau soit d'une propreté absolue ; je cherche à l'exciter par des bains d'air sec et par des frictions énergiques. Dans certains cas, il peut être utile de stimuler la sécrétion de la sueur à l'aide du jaborandi en infusion ou mieux à l'aide d'injections sous-cutanées de son alcaloïde, la pilocarpine. L'analyse chimique nous apprend, en effet, que quelques principes excrémentitiels s'éliminent par la voie des glandes sudoripares. Il ne faut pas cependant avoir une confiance trop absolue dans ces moyens. MM. Labadie-Lagrave et Bouchard ont démontré, en effet, qu'un litre de sueur contient seulement 5 milligrammes de matières extractives, tandis qu'un litre d'urine en contient environ 30 grammes. Il résulte de ces chiffres qu'une diaphorèse extrêmement abondante ne débarrasse par l'organisme d'une aussi grande quantité de principe excrémentitiels qu'une très faible miction.

Je veux vous parler enfin de la saignée comme mode de traitement de l'urémie. Rayer ayant observé qu'une hémorrhagie survenant dans le cours d'une néphrite amendait parfois les accidents, préconisait la pratique de la saignée. M. Peter, M. Lecorché sont aussi partisans de cette méthode. MM. Bouchard et Labadie-Lagrave ont montré qu'en retirant

une certaine quantité de sang aux urémiques on leur enlève en même temps une notable proportion de produits toxiques. D'après ces derniers auteurs, une saignée de 32 grammes enlève à l'organisme 50 centigrammes de matières extractives, c'est-à-dire autant que 280 grammes d'une diarrhée provoquée par les purgatifs, autant que 100 litres de sueur.

L'emploi de la saignée me paraît indiqué dans les cas de néphrites aiguës, quand existent des accidents graves menaçant la vie à courte échéance, dans les cas d'urémie compliquée de stase pulmonaire, chez les femmes atteintes d'éclampsie puerpérale. Je la repousse au contraire formellement dans les néphrites chroniques, surtout dans le cours des vieilles scléroses rénales des athéromateux. Dans ces cas, en effet, les malades sont profondément anémiés par le fait même de la maladie rénale; la saignée ne peut qu'appauvrir leur sang déjà si modifié. De plus, nous savons qu'à la suite de graves hémorrhagies, il peut se produire des convulsions par anémie bulbaire. Une saignée chez un urémique ne pourrait-elle pas hâter l'éclosion des phénomènes convulsifs?

Enfin, quand tous ces moyens ne permettent pas de rétablir la fonction urinaire troublée et que l'insuffisance rénale persiste, le médecin ne doit pas perdre courage; il ne faut jamais désespérer du succès dans une maladie de cette nature; après avoir épuisé toutes les ressources médicamenteuses, il reste un moyen qui m'a réussi dans plusieurs circonstances et m'a permis de prolonger l'existence de mes malades. Ce moyen, dont la réussite confirme ce que nous savons des conditions pathogéniques de l'urémie, consiste à établir sur les membres une surface sécrétante, un ulcère qui, en l'absence de fonctionnement du rein et du tube digestif, sert dans une certaine mesure à l'élimination des produits excrémentitiels de l'urine ou déchets de la nutrition. C'est là une dernière ressource qui m'a été suggérée par l'observation d'un fait très intéressant que je veux vous rappeler.

Une dame d'une cinquantaine d'années, auprès de laquelle j'avais été appelé en consultation, se trouvait atteinte d'une néphrite saturnine due au maquillage. Lorsque j'arrivai auprès d'elle, elle était atteinte d'une anasarque très prononcée et d'une dyspnée urémique des plus intenses; le confrère, désespéré, m'avoua qu'il m'avait fait appeler uniquement pour mettre sa responsabilité à couvert, responsabilité d'autant plus grande qu'il s'agissait d'une personne amie. Or, sous l'influence du régime lacté, des diurétiques et des purgatifs se produisit une amélioration sensible. Au bout de cinq à six mois, le médecin traitant réclama une nouvelle consultation : la malade était atteinte d'une crise des plus intenses, en proie à une dyspnée extrême avec anasarque et œdème très prononcé aux membres inférieurs. Je trouvai la situation alarmante et je portai un pronostic grave. Je n'entendis plus parler de ma patiente. Quelques mois plus tard, je rencontre mon confrère, et ne suis pas peu surpris d'apprendre que sa cliente n'avait plus d'œdème, que depuis longtemps elle avait cessé le régime du lait et que son appétit était excellent. Curieux de revoir cette dame et d'apprécier par moi-même son état, je vais chez elle le lendemain, à la demande de son médecin : je la trouve à table, finissant avec plaisir un excellent repas. Désireux de me rendre un compte exact de ce qui s'était passé, j'examinai les urines, qui étaient toujours albumineuses, mais en même temps je constatai l'existence d'un vaste ulcère spontanément formé à l'une des deux jambes et qui suintait d'une façon continue.

©BIU Santé

Il me parut que c'était là le mot de l'énigme : la malade avait été préservée par cet exutoire. Quelques mois après, l'ulcère se dessécha, et la mort eut lieu presque subitement.

Il ne faudrait pas croire ici à l'existence d'une simple coïncidence, car, dans d'autres circonstances, il m'est arrivé d'observer des effets analogues. Chez un malade de 40 ans, que je faisais vivre depuis deux années à grand renfort de purgatifs et de diurétiques, et qui avait en même temps qu'une affection rénale un cœur chargé de graisse et hypertrophié, je pris le parti, pour vaincre une dyspnée insupportable, d'appliquer un vésicatoire sur chacune des jambes œdématiées. Il se produisit un écoulement que j'entretins avec des pommades irritantes ; la dyspnée diminua bientôt et le malade put continuer à vivre pendant plusieurs mois. Plus tard il se produisit à l'une des jambes un phlegmon très douloureux qui fut ouvert et pansé par mon collègue et ami, M. le docteur Horteloup. Tant que durèrent la sécrétion et le pansement, tout alla bien : l'œdème avait disparu, la respiration était facile. La femme du malade, les personnes qui l'entouraient et même mon collègue attendaient avec impatience la cicatrisation de la plaie et entrevoyaient avec plaisir une guérison relative. Quant à moi, qui n'avais cependant jamais désespéré de mon client, je ne laissais pas d'être inquiet. En effet, les plaies se cicatrisèrent définitivement, et, quelques jours plus tard, le malade succombait brusquement comme la dame dont je vous ai tout à l'heure rapporté l'histoire. Ces faits vous montrent le danger qu'il peut y avoir à provoquer la guérison de certains ulcères et vous permettent de mieux comprendre un certain nombre d'observations rapportées par des auteurs des derniers siècles et mis en doute sans raison plausible par la plupart des médecins et des chirurgiens contemporains. Mais ce n'est pas là le point que je veux retenir ; ce que je tiens à vous démontrer, c'est que dans ces cas extrêmes, alors que toutes les médications ont échoué, la production artificielle d'une *surface ulcérée et sécrétante* peut être utile pour combattre les accidents de l'urémie.

En résumé, deux méthodes principales sont en présence dans le traitement de cet accident :

1° Une méthode qu'on pourrait appeler *méthode de neutralisation* et qui a pour but d'enrayer l'action des agents toxiques charriés par le sang. En dehors de l'oxygène qui a une action directe sur le globule, cette méthode ne dispose que d'un nombre de moyens très douteux.

2° Une *méthode d'élimination* qui a pour but de suppléer à l'insuffisance rénale par une dérivation sur un autre émonctoire.

Or, la physiologie, la clinique et l'anatomie pathologique montrent que l'effort naturel d'élimination s'essaie sur le tube digestif. C'est donc à cette porte que le médecin doit d'abord frapper. Les purgatifs, drastiques, employés à doses suffisantes et fréquemment renouvelés, sont la base du traitement rationnel de l'urémie, de plus ils sont applicables à tous les cas.

La digitale, la caféine, en agissant sur le cœur et en élevant la tension dans le système artériel, s'adressent indirectement à l'émonctoire rénal. Quand ces substances sont bien supportées, ce qui est la règle, elles sont une ressource extrêmement précieuse. Dans certains cas, la cantharidine donne de bons résultats pour les néphrites épithéliales.

Les frictions sèches, les bains d'air chaud ou de vapeur, les injections de pilocarpine s'adressent à l'émonctoire cutané. Ces moyens ne seront pas négligés, mais il ne faut pas trop compter sur leur emploi.

La saignée, inutile et même dangereuse dans les néphrites chroniques, surtout dans les néphrites artérielles, trouve quelquefois son indication dans les néphrites épithéliales aiguës, et aussi dans l'éclampsie puerpérale.

Enfin, quand tous les moyens thérapeutiques auront échoué, il est indiqué de provoquer la formation d'un ulcère étendu dont le suintement sera entretenu par l'emploi de pommades irritantes. Ce moyen permet de prolonger la vie de malades qui paraissaient voués à une mort certaine.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES, par le docteur F. FALRET. Paris, J.-B. Baillière, 1890.

Ce volume est la réunion des mémoires publiés par l'auteur depuis vingt-cinq ans dans les Archives de Médecine et dans les Annales médico-psychologiques.

Après avoir exposé les principes à suivre dans la classification des maladies mentales et étudié la séméiologie des affections cérébrales, M. Falret a rapporté tous ses travaux relatifs à la folie paralytique et aux diverses paralysies générales. On voit l'influence que ces recherches ont eue sur l'histoire de cette partie de la pathologie mentale.

Nous relèverons encore les mémoires sur l'état mental des épileptiques, sur la folie raisonnante et enfin sur la folie circulaire ou folie à formes alternes. Ce dernier travail a été écrit en 1878-79 et expose l'état actuel de la question. — P. Ch.

CODE MANUEL DES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE, par le docteur L. COLLIN. — Paris, Doin, 1890.

Médecin major à la direction du service de santé, M. Collin était parfaitement à même d'écrire un volume très utile pour ceux de nos confrères à la disposition de l'autorité militaire.

Dans la première partie se trouvent les renseignements relatifs à l'année de service que doivent les étudiants en médecine et aux appels auxquels ils doivent se rendre, une fois leur service terminé.

Dans la seconde partie se trouvent exposées les prescriptions nouvelles relatives à l'avancement et les connaissances indispensables aux médecins militaires, depuis que les lois récentes ont donné au corps de santé l'autonomie qu'il réclamait depuis si longtemps. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juillet 1890. — Présidence de M. DUMONTPALLIER.

SOMMAIRE : *Traitement de la fièvre typhoïde; discussion sur le rapport de M. Merklen. Abcès du foie. — La sécrétion lactée des nouveau-nés.*

M. DEBOVE : Le rapport de M. Merklen sur les divers traitements employés dans les hôpitaux de Paris contre la fièvre typhoïde a été extrêmement intéressant. Basé sur un certain nombre de statistiques, ce rapport montre comparativement les résultats obtenus avec diverses méthodes thérapeutiques. Parmi celles-ci, la méthode de Brand semblerait la plus efficace. Cependant, à ce point de vue, le rapport de M. Merklen n'est pas très convainquant. En constatant lui-même le chiffre de la mortalité, qui est de 9,92 p. 100, M. Merklen affirme que « le dernier mot n'est pas dit sur l'efficacité de la

©BIU Santé

méthode ». Mais on a déjà tenté, à plusieurs reprises, d'employer les bains froids à titre de traitement systématique; chaque fois on a dû y renoncer. De plus, voici les chiffres d'une statistique personnelle qui prouvent que des résultats tout aussi favorables peuvent être obtenus avec les moyens thérapeutiques ordinaires : 154 cas de fièvre typhoïde de 1884 à 1888; 17 décès; mortalité : 11 p. 100.

Dans ces deux dernières années : 54 cas, 5 décès; mortalité : 9,2 p. 100.

Or, la mortalité, d'après le rapport de M. Merklen, est de 9,92 p. 100 avec la méthode de Brand. Il ne vaut donc pas la peine d'infliger aux malades le supplice des bains froids, puisque, dans les deux cas, le chiffre de la mortalité est à peu près égal.

M. Debove n'a pas employé de traitement systématique. Mais, chez tous les malades, il a provoqué une diurèse abondante en leur faisant absorber plusieurs litres de liquide par jour. La diurèse est indiquée, puisque le rein est la voie d'élimination du poison typhique.

M. Gérin-Roze : On ne pourra se ranger à la méthode des bains froids que lorsque des statistiques bien faites viendront démontrer qu'elle est réellement supérieure aux autres méthodes thérapeutiques.

Or, voici les chiffres d'une statistique personnelle, qui n'est nullement à l'appui du système de Brand.

Du 1er janvier 1889 jusqu'au 1er juillet 1890, c'est-à-dire dans une période de dix-huit mois, 48 fièvres typhoïdes ont été traitées dans le service de M. Gérin-Roze à Lariboisière, 16 femmes et 32 hommes. La statistique ne porte que sur des cas diagnostiqués à coup sûr, après l'apparition des taches rosées. 13 malades ne sont venus à l'hôpital qu'après le quinzième jour. Aucune médication n'a été systématiquement employée; mais, suivant ces cas, on a eu recours aux antithermiques, aux toniques, à l'antisepsie intestinale.

Pour celle-ci, le salicylate de bismuth et le naphtol ont été ordinairement employés; quelquefois aussi l'eau sulfo-carbonée à la dose de 7 à 8 cuillerées à soupe par jour. On s'est, en outre, servi dans quelques cas de l'hyposulfite de soude en lavements ; comme antithermique, lorsque la température atteignait et dépassait 40°, 1 gr. 50 à 2 grammes de chlorhydrate de quinine, avec, dans quelques cas, deux, trois, quatre bains à 30° tous les jours.

Enfin le rhum, le thé, le quinquina ont été les principaux toniques employés.

Parmi les complications, un cas d'entérorrhagie assez grave et deux cas de pleurésie. Sur les 48 malades, il n'y a cependant eu que 3 terminaisons fatales; la mortalité n'a donc été que de 6 2/3 p. 100.

Encore, sur ces trois décès, pourrait-on en passer deux sous silence dans la statistique, car deux malades n'ont pas suivi de traitement. Le premier, un alcoolique, avait le délire lorsqu'il entra à l'hôpital; il mourut le treizième jour. L'autre, une femme apportée à l'hôpital dans un état comateux, mourut trois jours après. On n'a pu faire prendre aucun médicament à ces malades.

Les chiffres de cette statistique sont donc autrement favorables que ceux fournis dans le rapport de M. Merklen par la méthode de Brand.

La discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde reste à l'ordre du jour et pourra être reprise dans les séances ultérieures.

— M. Laveran : La pathogénie des abcès du foie des pays chauds est encore très obscure malgré les nombreux travaux qui ont paru dans le cours de ces dernières années. Ce que l'on peut affirmer, c'est que les abcès du foie sont ordinairement consécutifs à la dysenterie; M. Laveran a pu s'en rendre compte en Algérie, et les deux observations qu'il rapporte devant la Société en sont une nouvelle preuve. Mais s'il est démontré que les abcès du foie sont consécutifs à la dysenterie, il y aurait grand intérêt à être fixé sur la nature de cette dernière affection; il n'en est malheureusement pas ainsi.

MM. Chantemesse et Widal ont bien décrit, comme microbe spécifique, un bâtonnet court, peu mobile, à extrémités arrondies. On a trouvé aussi, d'abord à Saint-Pétersbourg, puis en Egypte, des amibes dans l'intestin de dysentériques. Kartulis a même

©BIU Santé

retrouvé les mêmes amibes dans le pus d'abcès du foie; mais elles ont ensuite été rencontrées dans l'intestins d'individus non dysentériques.

Dans ces derniers temps on a isolé, dans le pus d'abcès du foie, le staphylococcus aureus, et l'on a pu provoquer expérimentalement la formation d'abcès du foie par l'injection dans l'intesiin de staphylococcus provenant d'un panaris.

Mais ces expériences ne prouvent pas grand'chose. Il est évident que des microbes pyogènes charriés jusque dans le foie par la veine-porte pourront s'y développer et former des foyers purulents. Ces mêmes microbes doivent-ils être mis en cause dans la dysenterie?

M. Netter a communiqué, dans la séance du 11 juin dernier, l'observation d'un abcès du foie, nettement consécutif à la dysenterie, et dont le pus ne contenait aucun microbe pyogène.

Il en a été de même dans deux cas que M. Laveran a récemment observés.

C'est d'abord un soldat de 37 ans qui passa trois ans au Tonkin où il eut une diarrhée assez prolongée, une dysenterie légère. Rentré en France en 1888, cet homme ressentit bientôt au niveau du foie une douleur vague, mais continue; l'organe était augmenté de volume. Le diagnostic resta longtemps douteux. Enfin, le 15 septembre, une ponction exploratrice amena un peu de pus. Cinq jours après, une large incision fut faite qui permit l'évacuation d'une certaine quantité de liquide purulent. Cependant la fièvre, l'affaiblissement continuèrent, et le malade mourut le 7 octobre suivant. A l'autopsie, on vit que l'abcès avait été bien vidé, mais autour de ce foyer principal on trouva de nombreux foyers secondaires; l'un d'eux contenait du pus mêlé à de la matière biliaire. La muqueuse intestinale était simplement hyperhémiée.

A l'examen du pus, amené par la ponction, on n'avait trouvé ni microbes ni amibes, et tous les essais de culture étaient restés stériles. Il en fut de même pour le pus retiré après la mort.

Dans le second cas, c'est un soldat de 24 ans qui, en décembre 1889, à Saïgon, eut une forte dysenterie. Rentré à Paris le 14 mars 1890, cet homme ressentit, quelques jours après son arrivée, des douleurs vives au niveau du foie; il entra au Val-de Grâce le 19 avril. On trouva dans l'hypochondre droit une saillie volumineuse, une tumeur arrondie, sans fluctuation véritable. Le 24 avril, une ponction donna 300 grammes de pus. Deux jours après, large incision, évacuation d'une grande quantité de pus, pas de lavage antiseptique. La guérison fut très rapide; le 6 mai, la cicatrisation était parfaite.

L'examen du pus ne révéla ni microbes pyogènes ni amibes, et encore une fois les essais de culture furent absolument négatifs.

Il ne faudrait pas conclure pour cela que le pus des abcès du foie ne contient jamais de microbes; ceux-ci peuvent, au bout d'un certain temps, être détruits; dans l'un des cas précédents, la bile s'était épanchée dans un petit foyer secondaire. De plus, les amibes existaient peut-être, mais non à l'état vivant, et il est impossible alors de les retrouver au milieu des globules du pus. Mais peut-être aussi les micro-organismes véritablement spécifiques échappent-ils à nos moyens d'investigation et ne peuvent-ils pas se développer dans les milieux ordinaires de culture.

S'il n'y a pas de microbes, on doit, au point de vue pratique, tirer cette conclusion : les injections antiseptiques sont inutiles. Elles peuvent, en outre, devenir dangereuses en détruisant les adhérences qui existent et s'épancher dans la cavité péritonéale. Dans un des cas précédents, la guérison a été obtenue en quelques jours sans lavages antiseptiques.

M. Netter pense, comme M. Laveran, que les micro-organismes de la suppuration manquent très souvent dans le pus des abcès du foie. Kartulis a constaté huit fois leur absence dans une série de 13 cas; dans 2 de ces cas, il trouva le staphylococcus aureus et, dans un cas, le staphylococcus albus.

Ces microcoques meurent probablement au bout d'un certain temps; mais peut-être aussi y en a-t-il que l'on ne connaît pas?

— M. Variot présente quelques remarques sur la sécrétion lactée chez les nouveau-

©BIU Santé

nés. Du huitième au quinzième jour après la naissance les glandes mammaires deviennent saillantes et forment une petite tumeur du volume d'une noisette, empâtée, douloureuse à la pression; elles peuvent à ce moment devenir le siège d'abcès. En comprimant la glande on fait sourdre 2 ou 3 centimètres cubes d'un lait que les analyses de Gubler ont montré semblable au lait de la femme adulte. M. Variot a lui-même fait faire l'analyse chimique de trois échantillons différents; voici les chiffres obtenus :

1er Echantillon : beurre, 15 grammes p. 1000; caséine, 11 grammes p. 1000.

2e Echantillon : beurre, 17 grammes p. 1000; caséine, 13 grammes p. 1000; sucre de lait, 47 grammes p 1000.

3e Echantillon : beurre, 14 grammes p. 1000; caséine, 25 grammes p. 1000; sucre de lait, 46 grammes p. 1000.

La présence de la caséine n'est nullement douteuse, malgré l'opinion de quelques chimistes qui la prenaient pour une espèce indéterminée d'albumine.

De Sinéty, dans les *Archives de physiologie*, a décrit au fond des culs-de-sac glandulaires de la mamelle des jeunes enfants les grosses cellules qui existent chez la femme adulte. M. Variot a lui-même retrouvé ces globules lactés chez les nouveaux-nés. La chimie et l'anatomie s'accordent donc pour établir l'analogie de la sécrétion lactée à ces deux périodes de la vie.

Chez les jeunes enfants, c'est du huitième au quinzième jour que cette sécrétion atteint son maximum. Après cette époque on ne peut plus faire sourdre que du colostrum. L'activité de la glande ne s'éteint cependant que très lentement; pendant longtemps encore on trouve au microscope des globules lactés mêlés à de grandes cellules rondes dont les granulations masquent les noyaux, et, dans quelques cas, on a pu, même au quatrième ou au cinquième mois, obtenir quelques gouttelettes de lait.

La syphilis héréditaire, la cachexie n'entraînent nullement le tarissement de cette sécrétion. Il n'en est pas de même chez la femme, où l'état général a tant d'influence sur la fonction des mamelles; il faut aussi noter chez elle l'influence des organes génitaux, qui est absolument nulle chez les nouveau-nés. Les enfants des deux sexes présentent la sécrétion lactée.

M. Variot a vainement recherché une sécrétion chez de jeunes chiens et chez de jeunes chats.

— Dans le cours de la séance, M. Rendu a été élu secrétaire général de la Société en remplacement de M. Desnos, démissionnaire.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ALOPÉCIE SYPHILITIQUE. — Mauriac.

Sulfate de quinine.....	ââ 0 gr. 50 centigr.
Turbith minéral.....	
Moelle de bœuf.....	30 grammes.

F. s. a. une pommade, que l'on étend soir et matin sur le cuir chevelu, pour remédier à l'alopécie syphilitique. — Tous les 2 jours, on fait des lotions avec la solution suivante : Carbonate de soude et borax ââ 1 gramme, eau distillée 300 grammes.

On peut également recourir, pour combattre l'alopécie syphilitique, aux lotions de bichlorure de mercure au 500e ou au 1000e, selon la susceptibilité du cuir chevelu, et à la pommade de précipité jaune. — N. G.

COURRIER

Le ministre de l'Instruction publique a constitué d'une façon définitive la délégation qui doit se rendre au Congrès international de médecine de Berlin. M. Bouchard, mem-

bre de l'Académie de médecine de Paris, professeur à la Faculté de médecine, a été nommé président de la délégation, qui est composée de MM. les docteurs Baudoin, A. Berlioz, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris; Chantemesse, professeur agrégé à la même Faculté; Gellé, Javal, membres de l'Académie de médecine; Josias, médecin des hôpitaux; Gley, professeur agrégé à la Faculté; Lacasagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Le Fort, membre de l'Académie de médecine; Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Magitot, membre de l'Académie de médecine; Moure, professeur libre de laryngologie, otologie et rhinologie, à Bordeaux, Netter, médecin des hôpitaux; Nicaise, chirurgien des hôpitaux; Proust, inspecteur général des services sanitaires; Ch. Richet, professeur à la Faculté de médecine; Valude, médecin-adjoint de la clinique des Quinze-Vingts; Vignes, médecin oculiste; et Bouchut, professeur agrégé à la Faculté, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants.

— Par décret, en date du 19 juillet 1890, le doyen de la Faculté de médecine de Paris, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 29 mars 1880, le legs fait par la dame veuve Béhier, née Adèle Aumont, d'une somme de 30,000 francs pour la fondation d'un prix biennal.

Ce prix portera le nom de prix « Béhier » et sera décerné au meilleur travail, imprimé ou manuscrit, sur une question de pathologie médicale.

— M. Friedel, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est chargé de représenter le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui se tiendra à Limoges du 7 au 14 août 1890.

ECOLE DE MÉDECINE NAVALE DE BORDEAUX. — Voici le décret qui institue une Ecole de santé de la marine à Bordeaux.

Il est créé à Bordeaux une Ecole du service de santé de la marine qui relève du vice-amiral, commandant en chef, préfet du 4e arrondissement maritime.

Cette Ecole a pour annexes trois succursales situées dans les ports militaires de Brest, de Rochefort et de Toulon.

La constitution de l'Ecole et de ses annexes, le mode et les conditions d'admission des élèves, le régime, la police et la discipline, l'administration et la comptabilité, l'enseignement et les programmes des concours sont déterminés par arrêtés ministériels.

Voici maintenant le tarif des suppléments attribués au personnel de l'Ecole du service de santé de la marine et des trois annexes.

1° SUPPLÉMENTS DE FONCTIONS

Ecole principale

Directeur	2.008 68
Sous-directeur	1.004 84
Répétiteur	608 24
Trésorier	606 24
Econome	600 »

2° INDEMNITÉS POUR FRAIS DE BUREAU

Ecole principale

Directeur	388 20
Sous-directeur	291 »
Trésorier	261 »

Ecoles annexes

Brest (président du conseil de santé)	388 20
Rochefort (président du conseil de santé)	291 »
Toulon (président du conseil de santé)	388 20

©BIU Santé

Costume des élèves de l'Ecole de santé navale. — L'*Officiel* vient de publier le décret suivant :

Article premier. — Les élèves du service de santé de la marine admis, après concours, à l'Ecole principale, portent un uniforme de petite tenue qui se compose d'une casquette, d'une redingote et d'un pantalon conformes à ceux qui sont en usage pour les médecins et pharmaciens de la marine.

Art. 2. — La cuve de la casquette a comme marque distinctive un petit galon d'or de 6 millimètres de largeur et la redingote un parement en velours cramoisi pour les élèves de la ligne médicale et en velours vert clair pour les élèves de la ligne pharmaceutique.

Ce parement est surmonté d'un petit galon de 6 millimètres de largeur, mi-partie or et soie rouge pour les élèves-médecins et mi-partie or et soie vertes pour les élèves pharmaciens.

Art. 3. — Les élèves du service de santé de la marine portent l'épée sans dragonne et le ceinturon de soie noire.

Art. 4. — Pour le service d'hiver et le mauvais temps, les élèves du service de santé de la marine ont un caban avec pélerine mobile et capuchon du modèle réglementaire.

Recrutement des infirmiers et infirmières de Paris. — Le Conseil municipal de Paris est saisi du projet suivant relativement au recrutement des infirmiers et infirmières de nos hôpitaux.

« Considérant que le service des infirmiers et infirmières dans les hôpitaux exige des garanties morales et professionnelles ;

« Que, malheureusement, il se recrute encore trop au hasard par les directeurs des hôpitaux et hospices ;

« Que le salaire dérisoire alloué à ce personnel ne leur permet pas de subvenir à leur entretien et à les garantir de congés souvent arbitraires ;

« Qu'il s'ensuit de la part de ce personnel un entraînement déplorable ou à exploiter les malades et les visiteurs ou à ne pas remplir consciencieusement leur tâche, et cela au préjudice des malades et de l'Administration.

« La direction de l'Assistance publique est invitée :

« 1° A n'accepter comme infirmiers et infirmières que des postulants et postulantes présentant par des certificats et après enquête toutes garanties désirables ;

« 2° A étudier les voies et moyens budgétaires propres à rénumérer par un salaire équitable les services qu'elle serait en droit d'exiger ;

« 3° Les postulants infirmiers et infirmières ne seront pas admis après la 35e année d'âge et auront droit à une retraite après 25 ans de services.

Installation d'étuves a vapeur sous pression dans huit hôpitaux. — Le Conseil municipal vient de voter :

1° La création d'étuves pour les besoins des établissements de : l'Hôtel-Dieu, La Charité, Necker, Laënnec, Broussais, La Clinique, rue d'Assas, la Clinique Baudelocque ;

2° La création d'étuves pour les besoins de l'hospice et du public, à l'hôpital Beaujon.

La dépense est de 120,947 fr. 54 c.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c. ; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. H. Stapper : Remarques sur la température des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs. — III. Bibliothèque : Dictionnaire de botanique. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

BULLETIN

Mon dernier *Bulletin* était rédigé et envoyé à l'imprimerie lorsqu'a eu lieu à la Société de chirurgie une sorte d'épilogue de la discussion académique sur les anesthésies mixtes. Ce fut une exécution capitale de la morphino-atropo-chloroformisation. C'est pourquoi j'y reviens aujourd'hui en quelques mots.

Que se proposaient M. le professeur Dastre, M. Aubert (de Lyon) et ceux qui avaient adopté cette méthode mixte? D'abréger la période pré-anesthésique, de prévenir la période d'excitation et les vomissements chloroformiques, et de donner après l'opération une période de calme et même de sommeil à l'opéré. Or, d'après M. Reynier, M. Terrier, M. Quénu, M. Richelot, etc., etc., on n'a évité ni la période d'excitation, ni les vomissements, et le sommeil consécutif à l'opération s'est prolongé si longtemps dans certains cas que deux fois il n'a pas cessé. Vous comprenez bien que les deux malades se sont réveillés dans l'autre monde, bien que l'on ait fait tout ce qu'il est humainement possible pour les ramener dans celui-ci. Un seul chirurgien, M. Brun, a eu des anesthésies faciles avec la morphino-

FEUILLETON

CAUSERIE

La mode des Congrès a franchi, comme bien d'autres choses venues d'Europe, les barrières séculaires du Japon. Le Japon se modernise à la vapeur, il devient *fin de siècle*. Donc cette année au mois d'avril, eut lieu la première réunion des médecins japonais. Les membres du Congrès étaient à Tokio, au nombre d'environ trois cents, tous Japonais, les médecins étrangers résidant à Tokio n'y ayant pas pris part, pour une raison que j'ignore.

La session dura une semaine entière, toujours comme en Europe ; on y lut de nombreux mémoires, mais aucun d'eux, autant qu'on en peut juger par les titres seuls, n'offre d'intérêt pour les médecins de l'Occident, parce qu'ils ne renferment rien de relatif aux maladies spéciales au Japon ou aux conditions particulières qui influent sur la santé dans ce pays.

En commentant cette absence de travaux ayant un caractère purement national, un rédacteur du *Sei-I-Kwai medical Journal* dit qu'elle montre que les Japonais n'ont pas compris que la médecine occidentale ne doit pas être simplement adoptée, mais adaptée aux conditions existantes en Orient. L'histoire naturelle d'un peuple et ses particularités constitutionnelles doivent être prises en considération lorsqu'il s'agit de traiter

©BIU Santé

atropo-chloroformisation, mais ses malades se sont réveillés très vite, ce qui est en contradiction avec la théorie des physiologistes.

Nous en revenons donc toujours à nos moutons, à savoir que pour mettre de son côté toutes les chances de sécurité, l'aide chargé d'anesthésier un opéré doit donner le chloroforme à doses petites et continuer, en surveillant continuellement, sans distraction, le pouls et la respiration du sujet. L'appareil le plus pratique est la simple compresse, sur laquelle on verse le chloroforme par une dizaine de gouttes à la fois.

C'est encore la méthode expérimentale qui a été mise à contribution par M. le professeur Semmola (de Naples) pour nous expliquer la théorie pathogénique de l'albuminurie. Bien que les choses soient moins obscures dans cette question que dans la précédente, elles ne sont cependant pas encore d'une limpidité parfaite, puisque M. Hayem a pu combattre les opinions de M. Semmola, et qu'en somme la question est encore loin d'être vidée.

Et celle des dyspepsies? et l'extrait de cannabis indica? et le condurango? Voilà bien du travail sur la planche pour l'Académie! Aussi la savante Compagnie, après avoir entendu le discours de M. Germain Sée et les répliques de M. Dujardin-Beaumetz et de M. Hayem, a-t-elle cru devoir remettre à six semaines la suite de la discussion. D'ici là, j'aime à penser qu'aucun des orateurs ne sera mort, mais qu'au contraire tous seront suffisamment armés de faits nouveaux pour nous apprendre ce que c'est que la dyspepsie, et surtout comment il faut la traiter.

La lutte continue entre Montpellier et Marseille, comme nous l'avions prévu, et à son tour Toulouse va descendre dans l'arène. Tout le Midi se lève! Toulouse veut aussi avoir sa Faculté, fait des démarches dans ce sens, et, bien entendu, l'Hérault crie à la concurrence déloyale. Naturellement M. Constans, qui est de Toulouse, est en train de se dire : « Puisque les gens de l'Hérault protestent, démissionnent et crient, peu importe qu'ils crient, protestent et démissionnent un peu plus. » Montpellier va donc avoir à combattre Marseille, Toulouse et M. Constans. Que voulez-vous

---

les maladies qui lui sont propres. La base de la médecine scientifique, dit excellemment notre confrère de Tokio, est la même pour tous les pays et pour tous les peuples ; mais les détails de l'édifice construit sur cette base doivent varier avec les conditions différentes de constitution, de climat, etc.

Dans toutes les contrées nouvelles (nouvelles relativement à la civilisation européenne) les fondements de la science médicale doivent être enseignés par les étrangers ; mais lorsque les naturels se les ont suffisamment appropriés, le développement ultérieur de la science dans leur propre contrée doit leur être abandonné. Connaissant leurs compatriotes et possédant les principes généraux de l'art de guérir, c'est à eux d'appliquer leurs connaissances à cet égard de manière à en obtenir les meilleurs résultats. Le médecin étranger a alors complètement accompli sa mission, et peut sans crainte retourner dans son pays achever l'éducation de ses compatriotes.

***

A ajouter au dossier de la profession médicale aux Etats-Unis.

Il n'y a certainement pas de phénomène social plus curieux que celui qui forme l'attrait extraordinaire de la profession médicale dans ce pays, comme moyen de gagner sa vie.

Ce sujet est un de ceux sur lesquels on revient souvent, mais il est douteux qu'il en soit beaucoup qui réalisent la disproportion grotesque avec laquelle la médecine l'em-

qu'elle fasse contre trois? Je ne dis pas qu'elle en mourra, mais, dans la bagarre, elle pourrait bien perdre cette Université régionale qu'on lui promet comme compensation.

Seulement, si je voyais à Marseille les éléments d'une Faculté de médecine, je ne les vois pas aussi bien à Toulouse. Mais ceux qui sont chargés de l'organiser les voient peut-être mieux que moi. D'une manière générale, le corps enseignant y est cependant plus jeune, plus actif, ce me semble, mais il y aura probablement lieu aussi de le compléter par des éléments venus du dehors. Que nos anciens internes des hôpitaux y songent et se préparent à la lutte. Il y a peut-être là pour eux plus d'avenir que dans les concours du Bureau central de Paris, où ils sont 68 pour 3 places. A la vérité, la préparation à ces concours est pour eux la meilleure préparation à toute compétition de ce genre, que la lutte ait lieu à Marseille ou à Toulouse. — L.-H. P.

Remarques sur la température des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs.

Par H. STAPFER

Dès 1874, peut-être avant, M. Siredey enseignait aux élèves de son service que les accidents puerpéraux infectieux apparaissent avant le cinquième jour et que le pronostic est très grave si les glandes mammaires restent flasques ou se vident. M. Siredey avait, dès cette époque, sur l'infection, des idées aujourd'hui courantes ; mais la nature infectieuse de la phlegmatia alba dolens, accident réputé tardif, ne fut énergiquement soutenue par lui qu'en 1884, et par le docteur Hutinel en 1883, suivant la thèse de M. Widal. Ce dernier a fait reposer les affirmations de MM. Siredey et Hutinel sur des constatations microbiologiques. Il a montré le flagrant délit.

Lorsque j'ai rendu compte de son travail, j'ai promis que j'apporterais à

---

porte aux Etats-Unis sur les autres gagne-pain. Quelques chiffres la feront sauter aux yeux.

La France a une population de 38 millions d'habitants, 11,995 médecins, et chaque année accorde le grade de docteur à 624 étudiants.

L'Allemagne a une population de 45 millions d'habitants, environ 30,000 docteurs, et diplôme chaque année 935 étudiants.

Les Etats-Unis environ 60 millions d'habitants, près de 100,000 docteurs, 13,091 étudiants en médecine et graduent chaque année 3,740 d'entre eux.

L'Allemagne, qui a relativement la moitié moins de docteurs que les Etats-Unis, ne sait déjà plus que faire de ceux qu'elle a en trop. Lorsqu'on compare la France avec l'Amérique, l'excès des médecins est encore plus effrayant. Une comparaison des Etats-Unis avec les pays d'Europe, dans quelque sens qu'elle soit faite, conduit à cette idée que notre fécondité médicale, dit le *New-York medical Record*, a quelque chose de morbide.

Nous sommes complètement de l'avis de notre confrère; seulement, il y a à cela un remède qu'il n'indique pas. On peut diminuer la quantité des docteurs en augmentant leur qualité. Que leurs études soient plus sérieuses, les examens plus sévères, qu'on coupe court aux Universités libres, qu'on ne confonde plus la liberté avec la licence, et alors il y aura moins de médecins qui seront meilleurs, et qu'on ne *blaguera* plus dans la vieille Europe.

* * *

Maintenant, quelques anecdotes prises de ci, de là.

©BIU Santé

ces recherches l'appoint de quelques observations et de l'idée que je m'étais faite de la marche de la phlegmatia, idée que je trouve exprimée en toutes lettres par M. Widal, lorsqu'il dit : « Après enquête rigoureuse, nous avons toujours retrouvé dans nos observations quelques symptômes fébriles avant l'éclosion de la phlegmatia » ; et ailleurs : « pas de phlegmatia sans signes fébriles au préalable. »

Cette formule est un peu absolue, mais le fait est vrai dans la grande majorité des cas. La phlébite est à mes yeux un accident infectieux parce qu'elle s'annonce d'ordinaire avant le cinquième jour. Si l'accident est réputé tardif, c'est qu'il couve longtemps avant d'éclore. Dans bien des cas cette incubation ne se révèle que par une élévation médiocre de température.

Il n'y a pas d'indice plus précieux de la santé des femmes en couches que la température prise au jour le jour, matin et soir. Le thermomètre est un avertisseur fidèle. On a dit : « prenez le pouls ; le pouls suffit quand l'état est physiologique ». Il ne suffit pas. Le thermomètre ne subit pas, comme lui, le contre-coup des hémorrhagies et des impressions morales. C'est une sonnette d'alarme. Il est vrai qu'elle peut s'agiter avec violence, faisant beaucoup de bruit pour rien, mais elle a parfois des tintements faibles et persistants qui, dans un calme trompeur, révèlent un état pathologique latent.

Chez une accouchée dont l'état est physiologique, la température a de faibles oscillations. Elle varie entre 36°5 et 37°3 le matin, et le soir entre 37° et 37°6. Le chiffre 36°5 n'est pas un minimum. Il semble que chez certaines femmes, pendant les premiers jours, la température dite normale s'abaisse comme le pouls se ralentit. Une température de 37°5 le matin, s'élevant à 37°8 le soir, n'attire pas d'ordinaire l'attention du médecin, car la femme ne se plaint de rien, et tout semble excellent ou au moins bon : pouls, état local, état général. Si cette température persiste avec tendance à l'ascension, le médecin doit se préoccuper et ne pas se laisser endormir par des rémissions passagères. Il y a anguille sous roche. C'est une accou-

---

La duchesse N. N., arriva à Paris pour consulter une célébrité médicale. Elle était accompagnée de son médecin, un jeune confrère d'une certaine suffisance, comme on va le voir.

Sur la recommandation d'une amie, elle fait appeler le professeur Lasègue, qui se rendit auprès d'elle et, après l'avoir examinée, se retira dans une chambre à part avec le jeune confrère, médecin traitant. Il y eut une divergence d'opinion entre eux deux sur le diagnostic.

Le jeune confrère, avec une jactance sans égale, s'écria : « Eh bien ! Monsieur le professeur, j'ai l'honneur d'être médecin de son Altesse, et je puis vous assurer que je ne me trompe jamais ! »... « Eh bien, moi, répond le professeur Lasègue en se disposant à s'en aller, j'ai l'honneur d'être professeur à la Faculté de médecine, et je puis vous assurer que je me trompe au moins dix fois par jour !...

⁂

Dupuytren n'était pas à beaucoup près si modeste et ne se gênait guère avec les gens de qualité. Ce grand chirurgien avait été appelé un jour auprès d'une marquise qui avait une contracture des mâchoires. En entrant chez elle, Dupuytren, sans prononcer un mot, lui appliqua sur la joue un vigoureux soufflet. La marquise ouvrit aussitôt la bouche pour donner l'ordre à ses valets de mettre Dupuytren à la porte.

.... Mais elle était guérie. C'est un procédé, ajoute M. Brouardel, qui cite l'observation dans son cours, que je ne saurais vous conseiller ; il n'est pas à la portée de tout le monde.

chée à suivre. Peut-être n'est-ce rien ; mais certaines infections débutent ainsi.

Quelle est la cause de cette petite élévation de température, quelle est sa marche, sa durée, à quelle moment s'est-elle montrée, dans quelles circonstances ? Y a-t-il menace d'infection, et de quelle nature? Autant de questions que le médecin doit se poser et malheureusement elles ne sont pas toujours solubles d'emblée.

Une température de 37°8, 38°, 38°5, survenant le soir du premier jour, est expliquée par la fatigue du travail. Elle est éphémère comme le surmenage qui l'a causée.

Une température de 37°8, 38° survenant vers la quarante-huitième heure, et accompagnée de la tension des seins, est expliquée par la montée du lait. Encore éphémère, elle est par exception plus persistante que la température du surmenage, mais elle ne dure guère plus de trois jours, à dater de la fluxion mammaire.

Une température de 37°8, 38°, 38°5, survenant avant le cinquième jour, peut être due à la stercorémie (intoxication par les matières fécales) et persister tant qu'on n'a pas évacué ou aseptisé l'intestin par le naphtol.

La même température survenant à une époque variable, chez une femme qui a expulsé un fœtus de quatre à cinq mois et conservé le placenta, indique l'imminence du décollement de cet organe. Voilà ce que j'ai observé une fois quinze jours, une autre fois trois semaines après la sortie de l'embryon. Je ne sais si le fait a été signalé. Dans les deux cas auxquels je fais allusion, une hémorrhagie abondante s'est déclarée après l'élévation de la température, qui avait été normale durant quinze jours et trois semaines; les placentas furent expulsés *frais et exsangues*, puis la température redevint normale. L'élévation thermique ne peut donc être attribuée qu'au seul décollement placentaire.

Si la généralisation de ces faits était démontrée, on pourrait en tirer un enseignement clinique précieux. Lorsqu'une femme fait une fausse couche en deux temps, lorsque le premier temps seul est accompli, l'élévation de

---

Quelques mots de Ricord, empruntés au professeur Zambaco, un de ses anciens élèves.

En parlant des succédanés du mercure, il y a quarante ans, dans un moment où les préparations d'or avaient une grande vogue comme antisyphilitiques, dans ses célèbres leçons en plein air dans le jardin de l'hôpital du Midi, qui l'ont rendu si célèbre : « Messieurs, s'exclama-t-il d'un air goguenard, avec ce charmant sourire qui lui était propre et qui ne le quittait jamais, croyez-en mon expérience, l'or fait beaucoup plus d'effet lorsqu'il est donné par le malade au médecin que quand il est administré du médecin au malade. »

« Parlant un jour de la blennorrhagie : « Messieurs, dit-il avec son sourire sardonique (cette fois le sourire charmant avait fait place au sourire *sardonique*), la blennorrhagie a été créée avant l'homme, et je le prouve la Bible à la main; les animaux ont été créés avant l'homme, et, comme la blennorrhagie existe chez les animaux, donc elle a été créée avant l'homme ! »

« C'est encore lui qui, parlant des différentes méthodes thérapeutiques tour à tour employées contre la syphilis et arrivé à la saignée, qui avait fait son temps, trouva, avec son sens profond de clinicien un mot stigmatisant mieux les errements de cette méthode sanguinaire que ne l'avaient fait des ouvrages volumineux qu'on ne cessait de publier. « Eh bien, la médecine a eu son 93! »

Dupuytren avait cependant ses moments d'esprit. Ainsi, en entrant un jour dans la salle de dissection, Dupuytren aperçoit Giraldès en train de disséquer un cadavre.

L'illustre Giraldès, comme il faut l'appeler aujourd'hui, car il a été un des hommes

©BIU Santé

la température sans lochies fétides annoncerait l'imminence du décollement et des hémorrhagies.

Une température de 37°8, 38°, 39° survenant avant le cinquième jour peut être due à la rétention de débris membraneux et placentaires qui se putréfient dans l'utérus. Si le médecin a présidé à l'accouchement, il sait ou doit savoir à quoi s'en tenir. Le délivre était-il complet ou non? Question parfois insoluble, car il est des cas où la reconstitution de l'œuf est impossible et laisse des doutes au plus habile. Il en est d'autres où le médecin n'a pas assisté la malade, où les renseignements sont nuls et l'odeur révélatrice masquée par des injections vaginales récemment faites. Dans cette sorte de septicémie, la marche de la température est fort variable; mais des injections intra-utérines ou simplement vaginales bien faites et l'expulsion des débris abaissent rapidement et définitivement la température.

Bien des causes peuvent faire monter le thermomètre dès les premiers jours des suites de couches; mais je me borne aux plus fréquentes, n'ayant pas l'intention de passer en revue toute la pathologie, et je reviens à mon sujet.

Une température de 37°6, 37°3, 38°, survenant avant le cinquième ou sixième jour, peut être le signe de l'absorption par la plaie utérine du streptocoque pyogène. Il est possible que, dans certains cas, l'atténuation du virus soit telle que les accidents se bornent à un état fébrile plus ou moins durable. C'est l'explication la plus logique que je trouve de deux faits dont j'ai été témoin et dans lesquels une très petite fièvre persista pendant trois ou quatre semaines et fut le seul phénomène morbide observé. Chez la seconde malade, il y avait des exacerbations assez régulières, sans que le mal cédât au sulfate de quinine.

Ce n'était pas une paludéenne, et, au temps où nous vivons, il faut d'ailleurs ne pas mettre trop facilement sur le compte du paludisme la fièvre des accouchées. On sait que l'infection a été longtemps un insaisissable Protée. C'est ainsi qu'on appelait fièvre typhoïde l'infection accompagnée de diarrhée, d'adynamie et de stupeur.

---

les plus remarquables de cette célèbre Faculté de médecine de Paris, avait le malheur d'être laid et avait positivement la figure d'un singe.

Dupuytren, en le fixant, s'écria : « Comme c'est curieux; jadis les hommes disséquaient les singes; aujourd'hui ce sont les singes qui dissèquent les hommes. »

Ricord aurait été un grand artiste, grand diplomate, comme il a été une des plus grandes figures médicales de notre époque. Il aimait le luxe, les objets d'art, les tableaux de prix, les beaux chevaux, les riches équipages; son hôtel de la rue de Tournon était magnifique et meublé en grand seigneur; il passait pour être aussi grand amateur du beau sexe. A ce propos, se trouvant un soir au Grand-Opéra, car il était aussi passionné pour la musique, un jour de première représentation, il s'aperçut que toutes les lorgnettes étaient braquées vers une loge où se trouvait une de ces beautés nouvellement arrivées. Comme il ne pouvait pas bien la voir de sa loge, celle de la dame se trouvant du même côté que la sienne, il sort et se met de planton à la porte de la loge de la dame, attendant la sortie pour la mieux voir. En effet, celle-ci ne tarda pas à sortir. Ricord ne se lassait pas de la contempler.

Un de ses intimes, grand amateur du sexe comme lui, s'en apercevant, lui tapa sur l'épaule et, avec un clignement d'œil habituel aux vieux paillards, lui dit tout bas : « N'est-ce pas qu'elle est belle? » Ricord, se retournant et le reconnaissant, lui dit à l'oreille : « Où sont mes soixante ans? » Il en avait juste 85 au moment où il le disait.

Un streptocoque, moins atténué ou qui germe dans un terrain plus favorable, détermine d'autres accidents qu'un état fébrile, mais l'état fébrile les précède, les annonce. Voilà pourquoi je les ai appelés accidents *réputés* tardifs. En réalité, le véritable accident, celui d'où procèdent tous les autres, la pénétration du streptocoque, date des premiers jours, et la température commence à s'élever avant le cinquième ou sixième jour. Si pendant longtemps les accidents tardifs n'ont pas été considérés comme infectieux, c'est qu'on ne connaissait pas leur période latente. Une élévation de température, parfois très légère, avec des rémissions trompeuses, échappait ou était considérée comme indépendante. Ce qui trompait encore, c'était la persistance de la sécrétion lactée, qui est supprimée dans les accidents graves, autrefois réputés seuls infectieux.

Les accidents réputés tardifs sont les collections purulentes du petit bassin, les phlegmatias, les thromboses viscérales pulmonaires. Ces accidents surviennent souvent du septième au douzième jour, et, s'il en était toujours ainsi, ne mériteraient pas le nom de tardifs, mais souvent aussi ils sont retardés jusqu'à la cinquième et sixième semaines, et ce que je veux montrer, c'est que le thermomètre permet de les suivre depuis leur début, et qu'il peut y avoir une longue période durant laquelle le streptocoque semble sommeiller. Pendant cette période, le thermomètre révèle l'ennemi caché. Dans ces cas, la température peut, à certains jours, revenir à la normale, mais elle ne s'y maintient pas. La température de 37° est rare ; au-desous elle est exceptionnelle ; et, dans tous les cas, la normale est passagère. Le thermomètre remonte et oscille entre 37°4, 37°6, 37°8, 38° jusqu'à éclosion du mal.

Veut-on des preuves? Il est peu de médecins des hôpitaux qui n'aient admis dans leur service une femme dont l'histoire est la suivante : Accouchée quelques semaines auparavant, cette femme, qui se jugeait ou qu'on avait jugée en état de vaquer à ses occupations, entre à l'hôpital avec les symptômes d'un phlegmon, d'une phlébite ou d'une affection thoracique. Si cette femme est accouchée dans un service public, si l'on peut avoir des

***

Qui donc prétendait que nos médecins de campagne n'étaient pas observateurs? Un d'eux a bien voulu m'envoyer le petit fait suivant, dont je lui suis très reconnaissant.

« En faisant une tournée à la campagne, m'écrit-il, on m'arrête pour voir une femme en travail. Celle-ci souffre depuis vingt-quatre heures; ça ne marche pas, tout le monde s'ennuie. La position est bonne, mais la poche des eaux tarde trop à se rompre. La dilatation étant complète, je n'hésite pas à la crever, et, quelques instants après, la mère met au monde un garçon. Les parents lui ont donné le nom de Moïse (sauvé des eaux).

Eh bien, vraiment, pour des provinciaux, ça n'est trop mal.

SIMPLISSIME.

COTON BORIQUÉ ET COCAÏNÉ CONTRE LES BRULURES. — Etter.

Solution de cocaïne à 2 p. 100	30	grammes.
Acide borique	2	—
Glycérine	4	—
Acide phénique	1	—
Coton hydrophile	30	

F. s. a. un coton calmant et antiseptique pour le pansement des brûlures. N. G.

©BIU Santé

renseignements exacts sur les suites de couches, on apprend tantôt qu'elle a eu quelques accidents péritonitiques vite conjurés, tantôt que les suites ont été normales ou ont paru normales, qu'elle avait cependant peu d'appétit et qu'on a hâté son départ pour la soustraire à l'influence de l'hôpital. A mon avis, de telles femmes, évidemment infectées, ont eu avant le cinquième ou sixième jour une élévation de température qui a persisté avec des rémissions plus ou moins marquées jusqu'à l'éclosion du mal.

Il n'est pas de médecin de la ville ayant un peu de pratique qui ne retrouve dans ses souvenirs une histoire semblable à celle qui suit : *Il y a neuf ans*, un accoucheur me priait de le remplacer auprès d'une de ses clientes. Voici quelle était la teneur de la lettre : « Mme X..., accouchée récemment, m'a causé une vive inquiétude. Elle a eu, quarante-huit heures après la couche, des accidents péritonitiques heureusement conjurés. L'*état est redevenu physiologique* ; nous sommes au neuvième jour ; on peut donc être tranquille. »

Mme X... me mit elle-même au courant. Elle était accouchée spontanément ; le placenta était sorti sans difficulté une demi-heure après l'enfant. Tout allait bien, lorsque le ventre devint sensible à droite et à gauche. Une douzaine de sangsues lui avaient ôté son mal comme s'il avait été pris avec la main. Depuis lors *elle se sentait guérie*, quoiqu'un peu faible, ce qu'elle attribuait à la saignée. Elle était pâle ; elle avait le pouls légèrement accéléré ; la température *appréciée avec la main* semblait normale ou à peu près ; le ventre était souple et indolore. Trois semaines plus tard, elle demandait à se lever. Changer d'air, pensait-elle, la remettrait complètement *en dissipant les bouffées de chaleur qu'elle éprouvait de temps en temps, et lui rendrait l'appétit qui n'était jamais revenu.*

Je l'autorisai à se lever, à essayer doucement ses forces chez elle, et, si tout allait bien, à sortir le sur lendemain à pied. J'accordai une promenade de cent pas. Elle en fit cinq cents et rentra pour se mettre au lit et m'appeler. Elle avait un frisson, des vomissements et le ventre sensible. La température s'élevait à 40°. Les culs-de-sac vaginaux devinrent douloureux, l'un d'eux s'indura ; puis des accidents de rectite survinrent ; elle eut la sensation de quelque chose qui crève intérieurement, un peu de pus se mêla aux gardes-robes, et, après une courte convalescence, la guérison fut définitive.

Je reconstituai par la pensée, et *avec les idées du jour*, l'histoire de cette affection. Il y avait eu lymphangite utérine quelques heures après l'accouchement, lymphangite de nature bénigne, inflammatoire. Les sangsues, en décongestionnant les organes de voisinage, avaient arrêté la marche de cette lymphangite ; mais un ou plusieurs ganglions du bassin s'étaient engorgés à distance. Cet engorgement était peut-être en voie de résolution lorsque l'imprudence de Mme X... vint lui donner une poussée inflammatoire. L'adéno-phlegmon consécutif avait causé une pelvi-péritonite, puis le foyer purulent, bien localisé par les adhérences, s'était ouvert dans l'extrémité inférieure de l'intestin dont l'usure se révéla par la rectite.

De ce fait, je tirai simplement cette conclusion clinique : les femmes qui ont eut des accidents péritonitiques dans les premiers jours sont menacées d'accidents secondaires tardifs, bien que les primitifs aient été conjurés.

Aujourd'hui l'infection me semble démontrée. Il en faut accuser le streptocoque pyogène (Widal), qui tantôt s'enkyste et se localise (abcès, phlegmon), tantôt, charrié par le sang, se répand dans l'organisme et cause des

accidents dont la nature et la gravité varient avec le nombre, la virulence du microbe et de ses sécrétions, et la réceptivité du terrain.

Je suis convaincu, que, chez la femme dont j'ai parlé, pendant les trois semaines d'apyrexie *apparente* qui ont précédé le phlegmon, *véritable période d'incubation*, la thermométrie aurait indiqué cette incubation.

L'infection aurait pu aboutir à une phlébite crurale, à une thrombose pulmonaire, à une éruption cutanée, au lieu d'aboutir à un phlegmon. Elle aurait pu ne pas signaler sa présence par les accidents péritonitiques des premiers jours, *mais seulement par une élévation de température peu marquée et presque continue.*

De là l'importance de la thermométrie chez les femmes dont l'état est ou semble physiologique. Il n'y a pas, je le répète, d'avertisseur plus fidèle, de réactif plus sensible.

Ayant eu à soigner récemment une femme accouchée depuis cinq jours, et qui avait de la parésie intestinale avec ballonnement très considérable, accompagnée de vives douleurs à la pression des fosses iliaques et du fond de l'utérus, de la perte complète de l'appétit et du défaut de sécrétion lactée, *j'affirmai dès le troisième jour, à un moment où je ne pouvais poser encore un diagnostic exact sur la nature des accidents, que cet état n'était pas alarmant, parce que la température se maintenait entre* 36°5 *et* 37°3. *La suite des évènements a justifié ce pronostic.*

La phébite crurale et la thrombose pulmonaire se montrent isolément, simultanément ou l'une après l'autre. D'après mes observations, la phlébite crurale a d'ordinaire le pas sur l'infarctus pulmonaire, mais j'ai vu l'infarctus précéder la phlébite. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Dictionnaire de botanique, par M. H. Baillon, avec la collaboration de MM. de Seynes, de Lanessan, Mussat, Nylander, Tison, Poisson, Fournier, Soubeyran, Bocquillon, Dutailly, Bureau, Manoury, Weddell, de Montgazon, Durand, Franchet, etc., etc. — Dessins de Faguet. — Vingt-sixième fascicule — NEPE PAND.

Cette livraison renferme de nombreux sujets qui présentent un grand intérêt, soit au point de vue de l'ornementation, soit au point de vue de l'utilité dans les arts ou dans la thérapeutique, entre autres les suivants : une belle représentation du *papaver orientale*, planche en dehors; une image excellente du tronc curieux de l'Oboounchoa du Gabon; l'Anante; un joli dessin réunissant des Oliviers; l'Opuntia, forme curieuse; l'Oranger; l'article Orchidacées, Orchidées; l'Orge; l'Ovule; Oxalidées; l'article important Paléontologie végétale; Palmiers, avec une planche très belle; etc., etc. On a ainsi la preuve que cette grande publication ne s'arrête point.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire sur une épidémie de variole en Kabylie et la liste des vaccinations réussies dans la circonscription médicale du Djurdura pendant l'année 1889, par M. le docteur Jaubert ;

©BIU Santé

2° Un mémoire sur le traitement des laryngites tuberculeuses, par M. le docteur Clado;

3° Un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1888-1889 et 1889-1890 au 3e régiment de tirailleurs algériens, par M. le docteur Léon Charrier.

— MM. Crocq et Kalindero sont élus correspondants étrangers.

Pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite brightique. — M. Semmola pose les conclusions suivantes :

1° Le degré de l'albuminurie expérimentale n'est pas toujours en rapport avec l'intensité du processus morbide rénal. Dans les néphrites toxiques produites par des agents qui n'ont pas d'action altérante sur la constitution du sang, on obtient au maximum des lésions rénales avec une albuminurie très faible, tandis que dans les néphrites toxiques d'origine minérale, en général, on réalise un maximum d'albuminurie qui est dû en même temps aux lésions rénales et à l'état dyscrasique.

2° Dans l'albuminurie expérimentale produite par l'injection de blanc d'œuf, il n'y a besoin d'aucune altération épithéliale pour que l'élimination albumineuse soit réalisée. Il s'agit là d'un simple phénomène d'élimination dépurative selon toutes les lois bien connues de la physiologie de la sécrétion rénale en rapport avec les principes étrangers et nuisibles circulant dans l'économie.

3° Cette élimination dépurative d'albumine à travers le rein n'en constitue pas moins un effort fonctionnel auquel l'appareil rénal ne doit pas se prêter physiologiquement, parce que, dans l'état vraiment normal de l'organisme, les principes albuminoïdes provenant de l'alimentation sont destinés à remplir des fonctions intra-organiques et non pas à être éliminés au dehors.

4° Cet effort fonctionnel dépurateur est en conséquence un état pathologique, et il arrive, en effet, que cette élimination d'albumine produit à la longue des altérations rénales secondaires qui doivent rentrer dans la série des néphrites toxiques, avec cette différence que, dans ces dernières, prédomine un caractère plus franchement inflammatoire, tandis que, dans les altérations rénales consécutives à l'élimination de l'albumine injectée, prédominent des effets dégénératifs.

5° L'albuminurie brightique, qui est toujours caractérisée par de grandes oscillations dans la quantité d'albumine émise dans les différentes heures de la journée, soit par le fait de l'alimentation plus ou moins azotée, soit par suite d'autres causes incapables d'être évaluées, doit être rangée dans les albuminuries hématogènes, parce que, à part toutes les raisons cliniques ou anatomiques (gros rein blanc, bilatéralité, etc.), il serait impossible de concevoir des changements si rapides et si nombreux dans le degré du processus morbide des épithéliums avec une différence de quelques heures seulement, tandis que persiste le processus morbide du rein tout entier.

M. Hayem fait des réserves sur la conception de M. Semmola relative à la maladie de Bright. L'altération des éléments albuminoïdes du sang n'est pas démontrée. Si l'albumine du blanc d'œuf produit une néphrite, c'est qu'elle est particulière, non assimilable et doit être rejetée en dehors; on a alors une néphrite toxique.

M. Hayem a fait des injections de liquides naturels très riches en principes albuminoïdes (liquides péricardique, d'hydrocèle) et il n'a jamais eu de néphrite.

Il a transfusé à un chien saigné à blanc le sang d'un autre chien qui était brightique; même dans ces conditions, le chien transfusé n'a pas présenté d'albuminurie. Donc, s'il y a des néphrites dyscrasiques, et M. Hayem le pense, on ne sait pas en quoi elles consistent.

M. Semmola maintient que les faits expérimentaux qu'il a apportés démontrent la réalité d'une néphrite produite par des altérations du sang. Il ignore, du reste, encore la nature des altérations des albuminoïdes.

M. Hayem pense avoir prouvé que l'injection de sang brightique à un individu bien portant ne rend pas ce dernier malade.

Le cannabis indica dans le traitement des dyspepsies et des névroses gastriques. — M. Sée

termine la lecture de son mémoire sur ce sujet. La forme la plus convenable pour employer le médicament est celle d'extrait gras à la dose de 5 centigr. en trois doses.

L'auteur a expérimenté le cannabis dans les affections non organiques de l'estomac.

Les dyspepsies et les névroses entraînent cinq grands groupes de phénomènes : des atonies; des régurgitations qui rentrent dans les troubles du mouvement; des éructations et de la distension gazeuse; des troubles digestifs; des accidents divers, tels que les vertiges, les migraines, etc.

L'action du cannabis est remarquable contre les douleurs. Il les fait cesser immédiatement; des femmes qui n'osaient plus ingérer d'aliments, à cause de leurs souffrances, étaient soulagées dès les premières doses du médicament. Les irradiations douloureuses vers le dos, la névralgie intercostale symptomatiques disparaissent rapidement. Quand les douleurs relèvent de l'hyperchlorhydrie, il faut aider l'action du cannabis par l'administration de hautes doses de bicarbonate de soude à la fin de la digestion stomacale. Les crampes d'estomac se trouvent bien de la morphine comme du cannabis, mais la première est très inférieure par suite des effets secondaires qu'elle provoque. Le cannabis augmente l'appétit. Par contre, il n'agit pas sur les atonies et les dilatations.

Il est utile contre les spasmes, le pyrosis et favorise l'évacuation des gaz stomacaux.

La digestion des anachlorhydriques n'est pas influencée par le cannabis. En un mot ce médicament est le véritable sédatif de l'estomac et ne présente pas les inconvénients des narcotiques comme l'opium et le chloral, ni des absorbants ou des sédatifs généraux qui agissent défavorablement sur le tube digestif. Du reste son emploi doit être combiné avec celui des autres méthodes curatives variables selon les cas et surtout le régime.

M. Dujardin-Beaumetz pense comme M. G. Sée que si le cannabis n'a pas été plus employé, c'est à cause de l'imperfection de ses formes pharmaceutiques. Il vante l'emploi de la poudre de condurango en cachets de 1 gramme. L'absence ou la présence de de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique ne peut servir au diagnostic entre les dyspepsies chimiques et nerveuses.

M. Hayem rappelle que la constatation de la quantité d'acide chlorhydrique libre renfermé dans le suc gastrique ne peut servir à établir l'acidité totale.

Trépanation dans les accidents éloignés à la suite des blessures de la tête. — M. Vaslin tire des faits qu'il a observés les conclusions suivantes :

On doit, dans les lésions traumatiques du crâne, être réservé dans le pronostic au début, même dans les cas d'apparence bénigne;

Il faut tenir le blessé en observation constante, malgré les apparences d'une guérison complète;

On doit agir promptement quand les troubles nerveux graves surviennent;

4° La trépanation, dans ces cas, appliquée à temps, produit les plus heureux résultats.

FORMULAIRE

Injection hypodermique contre l'apoplexie. — Pécholier.

Acétate de vératrine.....	0 gr. 05 centigr.
Eau distillée.....	10 grammes.

Faites dissoudre. — Tous les quarts d'heure, jusqu'à effet utile, on injecte sous la peau, le contenu d'une seringue de Pravaz de cette solution, en ayant soin de faire pénétrer profondément la canule. — L'auteur prescrit cette injection dans le cas d'attaque d'apoplexie, alors que le malade avale difficilement le jalap ou le calomel. La vératrine se comporte comme un drastique très puissant, destiné à produire une révulsion énergique. — N. G.

©BIU Santé

COURRIER

Par arrêté ministériel, M. le docteur Rabé (de Muligny) a été nommé au grade de chevalier du Mérite agricole.

— Par arrêtés, en date des 17 et 28 juillet 1890, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le docteur Legendre (de Saint-Léger-sous-Beuvray) et M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris.

— Par arrêtés, en date des 16, 17, 24 et 28 juillet 1890, sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Despréaux (de Paris), Battesti (d'Ornessa) Cotte (de Barrême), Pain (de Cayenne), Romieu (de Digne), Augé (de Qeuilly), Bontemps (de Saumur), Fabre (de Saint-Pons), Pallier (de Paris), Pouget (de Laroquebrou), Issaurat (de Paris), Weil (de Paris) et Durand (de Preuilly).

M. l'officier de santé Girerd (de Lyon).

MM. les pharmaciens Doux (de Paris), Salla (de La Tour) et Vendrely (de Champagney).

— La Société française d'hygiène décernera, en 1891, une médaille d'or de 200 francs, une médaille d'argent et deux médailles de bronze aux auteurs des meilleurs mémoires sur la question suivante :

« Exposer les soins à donner, avant l'arrivée du médecin, aux personnes victimes d'accidents sur les voies publiques ou dans les travaux industriels. »

Pour renseignements détaillés, les concurrents sont priés de s'adresser au bureau de la Société, 30, rue du Dragon, Paris.

Clientèle à prendre en Seine-et-Oise à 1 heure et demie de Paris. Pays riche. Chatelain résidant. Relations agréables. Pour détails circonstanciés s'adresser au docteur Le Gendre, 49, rue Le Peletier, lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 3 heures.

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

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.— Anorexie.— Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Bulletin bibliographique.

Du vertige cardio-vasculaire ou vertige des artério-scléreux, par le professeur J. Grasset et le docteur G. Rauzier.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120, et, à Montpellier, chez Coulet, libraire-éditeur.

Bibliothèque anthropologique, tome XIII : Dépopulation et civilisation; — Étude démographique, par Arsène Dumont, membre de la Société d'anthropologie. 1 vol. in-8. — Prix : 8 francs.

Cet ouvrage se trouve chez Lecrosnier et Babé, éditeurs, 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. Bibliothèque : Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. — III. Revue des journaux : Traitement de la chlorose grave par les émissions sanguines. — Emploi de la teinture d'eucalyptus pour combattre la céphalalgie. — Sur l'action comparée des divers antipyrétiques. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME

Chancre syphilitique : Ulcération.

Messieurs,

Mon intention, au commencement des conférences de cette année, est de de consacrer plusieurs leçons à l'étude des ulcérations vénériennes des organes génitaux chez l'homme. Nous voyons ici défiler chaque jour sous nos yeux un nombre considérable de ces ulcérations ; nulle part ailleurs vous ne sauriez trouvez meilleure occasion de les étudier et il est fort important de savoir les distinguer les unes des autres. Si quelques-unes, telles que le chancre mou, les ulcérations herpétiques, celles de la balanite, sont des affections purement locales, sans avenir, sans lendemain, destinées à disparaître plus ou moins rapidement en laissant l'économie indemne de toute atteinte profonde ; d'autres, les chancres syphilitiques, sont l'entrée en matière d'accidents multiples et polymorphes, le commencement de cette maladie si grave qui a nom vérole. Le jour où un malade viendra vous trouver terrifié, comme c'est l'habitude pour les porteurs d'ulcérations génitales, il est nécessaire que vous puissiez l'éclairer sur la nature de l'ulcération qu'il vous présente, ce qui n'est pas toujours facile ; il est nécessaire que vous sachiez distinguer les uns des autres, autant que nos connaissances actuelles le permettent, les ulcérations essentiellement bénignes de la balanite, le chancre simple avec ses menaces locales, le chancre syphilitique avec son pronostic toujours si anxieux malgré ses apparences souvent si bénignes ; il faut que vous puissiez dire à votre malade si oui ou non il va entrer dans la syphilis, cette affection qui, dans ses formes les plus légères, réserve toujours au patient des mois d'ennuis, des années d'angoisses, le maintenant sans cesse dans la crainte d'éruptions capables de trahir son état ; le rendant pour longtemps un être inférieur, incapable de contracter le mariage, ne le laissant même jamais absolument tranquille ; car, s'il est certain que la plupart des véroles guérissent bien, guérissent complètement, guérissent même quelquefois rapidement, nul ne peut cependant répondre que la vérole la plus simple et la plus légère à ses débuts, la mieux traitée, ne donnera pas, après de longues années de silence, quelque témoignage d'une vitalité persistante ; aucun syphilitique n'est sûr, quelque guéri qu'il paraisse, qu'il ne se réveillera pas, après nombre d'années de

©BIU Santé

tranquillité et de repos, atteint d'un de ces accidents quelquefois graves auxquels la classification la plus usuelle donne le nom de tertiaires. Le client qui vient vous consulter, atteint d'une ulcération génitale, connaît souvent toute la gravité des accidents qui peuvent suivre certaines ulcérations génitales et, s'il vousdemande de le guérir, il vous demande aussi de lui dire immédiatement si oui ou non il est menacé de la vérole ; et c'est pour cela, qu'il est de première importance que vous connaissiez bien les ulcérations vénériennes des organes génitaux, pour que vous puissiez délivrer de l'anxiété qui l'oppresse le malade porteur d'une ulcération inflammatoire banale ou d'un chancre simple, et non d'un chancre syphilitique.

Nous commencerons notre étude des ulcérations par celles du chancre syphilitique et du chancre simple ; ce sont certainement les ulcères les plus importants des organes génitaux ; ce sont, de plus, permettez-moi cette qualification, les enfants de la maison ; c'est, en effet, de cet hôpital du Midi que sont sortis les travaux auxquels nous devons la différentiation exacte de ces deux chancres ; jusqu'à Ricord, leur histoire était confondue, et c'est l'illustre chirurgien de l'hôpital du Midi qui jeta les premières bases d'une distinction que ses élèves Bassereau, Fournier, Caby rendirent indiscutables ; étudions les caractères de ces deux chancres tels que ces maîtres éminents nous ont appris à les connaître, et, puisque « à tout seigneur tout honneur », étudions d'abord le chancre syphilitique ; sa qualité d'accident premier de la vérole vaut bien qu'on s'occupe de lui avant de parler du chancre simple.

Le chancre syphilitique, souvent appelé chancre induré, — vous verrez tantôt pourquoi, — constitue la première manifestation de la syphilis ; on a, dans ces dernières années, fortement critiqué la dénomination de chancre donnée à cet accident de la syphilis : un chancre, pour beaucoup de gens, ne peut être qu'un ulcère rongueur largement destructif ; or, tout autre est, dans la plupart des cas, l'accident initial de la syphilis : c'est une ulcération de peu d'importance, peu ou point douloureuse, sans tendance à l'extension ; c'est parfois, comme le dit le professeur Fournier, un bobo minuscule, indolore et qui paraît facilement négligeable, aussi est-ce, pour beaucoup d'auteurs, faire trop d'honneur à un tel accident que de lui donner le nom de chancre. C'est pour cette raison que nombre de médecins, nos voisins d'outre-Rhin en particulier, ont proposé de substituer au nom de chancre celui de sclérose primitive, dénomination qui ne vaut guère mieux que celle de chancre ; car, si l'ulcération est généralement peu importante, l'induration peut faire complètement ou presque complètement défaut dans l'accident primitif de la syphilis, et ne peut servir à le définir dans tous les cas et dans toutes ses formes.

Si donc il fallait absolument abandonner la qualification de chancre induré ou de chancre syphilitique pour dénommer autrement l'accident initial de la vérole, je vous proposerais plus volontiers de nous rallier à la dénomination d'accident primitif proposée par quelques auteurs ou à celle de syphilome primaire adoptée par mon savant ami le professeur Leloir (de Lille) ; ces qualifications ont l'avantage sur celles de chancre induré, de sclérose primitive, de ne se trouver jamais en défaut. Cependant, jusqu'à nouvel ordre, on peut, je crois, laisser l'usage faire loi, et nous continuerons, si vous le voulez bien, à appeler indifféremment chancre induré ou chancre syphilitique l'accident initial de la vérole.

L'accident initial de la syphilis peut se présenter sous des aspects fort

différents : voyez d'abord cette énorme masse indurée, dont la base repose sur le sillon balano-préputial et dont le sommet se perd dans l'intérieur du prépuce auquel elle enlève son élasticité : c'est un chancre induré du sillon glando-préputial avec sclérose très accentuée, comme il est fréquent de l'observer dans cette région : entraînez le prépuce en arrière du gland, vous verrez cette masse basculer comme bascule le cartilage tarse de la paupière, quand vous renversez celle-ci ; saisissez la masse entre les doigts, elle vous donnera, par sa dureté, par son élasticité, une sensation analogue à celle qu'on éprouve en saisissant un morceau de cartilage ; la consistance et la forme rappellent assez exactement celles du tragus de l'oreille ; ceci est un type d'induration chancreuse.

Voyez maintenant cette vaste ulcération du fourreau, profondément creusée, d'un rouge-brun, à fond irrégulier, au-dessous de laquelle il est à peine possible de sentir une légère résistance des tissus ; cette autre ulcération du fourreau, beaucoup plus petite, d'un rouge vif, reposant sur une induration aplatie, dont la forme circulaire et la dureté rappellent assez bien aux doigts qui la saisissent la sensation que donneraient une pastille ou un bouton de guêtre introduits sous la peau ; cette croûte sèche, minuscule, située sur le gland, et qui laisse voir, quand vous l'avez arrachée, une ulcération rouge brunâtre légèrement saignante et circonscrite par un petit bourrelet saillant ; toutes ces ulcérations, malgré leurs différences d'aspect et d'étendue, sont des chancres syphilitiques, la première manifestation de véroles commençantes ; on y retrouve les deux caractères essentiels de la lésion primitive de la vérole, l'ulcération et l'induration ; mais ces deux éléments y sont associés, combinés dans des proportions fort différentes, c'est ce qui rend les aspects si dissemblables. L'aspect du chancre varie, en effet, beaucoup suivant que c'est l'ulcération ou l'induration qui prédomine ; mais, dans presque tous les cas, il est possible de retrouver l'une et l'autre avec ses caractères spéciaux qu'il faut bien connaître pour savoir les retrouver dans les cas difficiles où ces caractères atténués ne frappent pas à première vue ; apprenons donc à bien voir ce qu'on doit voir, l'ulcération avec ses caractères optiques ; à bien sentir ce que l'on doit toucher, l'induration avec ses caractères tangibles ; nous étudierons ensuite les principales combinaisons de ces deux symptômes.

Ulcération chancreuse. — La forme habituelle de l'ulcération chancreuse est arrondie, remarquablement circulaire, on pourrait souvent dire mathématiquement circulaire ; la configuration spéciale des parties sur lesquelles l'accident s'est développé peut modifier cette configuration naturelle ; dans le fond du sillon balano-préputial, vous verrez souvent le chancre se couper en deux moitiés, l'une située sur le gland, l'autre à la face interne du prépuce, moitiés susceptibles de se superposer exactement, c'est le chancre en volet ; dans cette même région, certains chancres érosifs s'allongent indéfiniment, occupent une étendue considérable de ce sillon, peuvent en faire le tour presque complet, formant de vastes érosions superficielles qui sont facilement confondues avec de simples ulcérations inflammatoires ; au niveau des plis de la peau ou des muqueuses, à l'orifice du prépuce, par exemple, le chancre se modèle sur les plis, la région affecte une disposition allongée et se présente sous la forme d'une fissure ou d'une raghade plus ou moins pendue au milieu des plis de la peau.

Les dimensions de l'ulcération chancreuse ne dépassent en général pas celles d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes ; elles peuvent être

©BIU Santé

infiniment moindres, c'est ainsi qu'il existe des chancres nains nettement caractérisés, dont la surface égale à peine ou n'égale point celle d'une lentille ; dans d'autres cas, au contraire, l'ulcération, sans être encore phagédénique, a des tendances envahissantes très prononcées, elle est serpigineuse et devient fort étendue ; vous pouviez voir, il y a quelque temps, dans notre service, un chancre érosif qui avait envahi presque toute la surface du gland et s'étendait au loin sur le fourreau.

L'ulcération syphilitique est habituellement unique ; mais les cas ne sont pas rares où l'on peut constater deux, trois et même un plus grand nombre de chancres sur le même sujet ; il ne faut donc pas trop se hâter de conclure de la multiplicité des chancres à la nature non syphilitique de l'accident, comme je le vois faire facilement par ceux d'entre vous qui arrivent ici plus riches en données théoriques qu'en expérience clinique.

L'ulcération chancreuse est une ulcération superficielle sans tendance à l'extension en profondeur ; c'est une érosion plutôt qu'une ulcération ; dans l'immense majorité des cas, cette ulcération est sensiblement de niveau avec les parties environnantes, quelquefois même elle est surélevée au-dessus d'elles par suite de l'épaississement du derme ; il est rare que le processus destructif soit assez accusé pour qu'il y ait formation d'une véritable excavation.

Dans les cas ordinaires, on pourrait dire normaux, la transition du fond de l'ulcération aux parties saines de la peau se fait par une pente douce, presque insensible ; il en résulte une dépression creusée pour ainsi dire à l'évidoir ; nulle description ne saurait donner une idée aussi exacte de la conformation générale de l'ulcération que la comparaison que l'on a établie entre la cavité d'un godet et celle du chancre ; l'ulcération syphilitique typique est, d'une manière frappante, une ulcération en godet.

La couleur du chancre est une des propriétés les plus importantes à connaître ; elle est, en effet, pour ainsi dire pathognomonique et constitue une des bases les plus certaines du diagnostic ; cette coloration présente une couleur fondamentale rouge, une couleur annexe grise.

La couleur fondamentale de l'ulcération chancreuse, particulièrement sur la peau, est d'un rouge très accusé, plus ou moins foncé, pouvant tirer sur le marron ; cette rougeur a été comparée à celle du cuivre rouge, de la viande crue, à la tranche d'un jambon fumé (Hardy) ; cette dernière comparaison est peut-être la plus exacte ; elle se rapproche, en tout cas, davantage de la vérité que celle qu'on a voulu établir avec la couleur du cuivre, dont la rougeur n'a jamais le ton du chancre. L'aspect général est éclatant et donne à l'ensemble de l'ulcération une couleur tellement spéciale que toutes les comparaisons ne sauraient en donner une idée vraiment exacte : il y a là une couleur, un ton tout à fait particuliers qui n'ont leur semblable dans aucune autre lésion de l'économie et qui paraissent dus à la structure et à la vascularisation spéciale du tissu chancreux.

La couleur grise est due à la production à la surface du chancre d'une pellicule d'un gris sale rappelant l'aspect des membranes diphthéritiques ou celui du vieux lard qui commence à rancir ; cette pellicule peut se rencontrer au niveau des muqueuses du gland ou du sillon balano-préputial et sur la peau du fourreau, peut-être plus fréquemment sur les premières ; son développement est souvent assez prononcé pour qu'on puisse la détacher avec une spatule ; on voit alors apparaître au-dessous d'elle la couleur rouge qu'elle masquait. Cette pellicule n'est habituellement pas assez

étendue pour masquer complètement la couleur rouge du chancre; il est fréquent de rencontrer les couleurs rouge et grise associées et différemment mélangées à la surface d'un même chancre ; une combinaison très commune, qui a particulièrement appelé l'attention, est celle dans laquelle les couleurs rouge et grise se trouvent concentriquement disposées, la grise forme un disque central que le rouge encadre en formant autour d'elle un anneau complet; cette disposition systématisée des deux couleurs a reçu le nom de chancre en cocarde.

Dans un certain nombre de cas, la couleur grise forme encore la couleur fondamentale du chancre; la rouge s'associe à elle sans former des figures régulières comme dans le cas précédent; elle se présente sous forme de points rouge foncé irrégulièrement disséminés au milieu de la couche grise; il en résulte un piqueté rouge marron sur fond gris, un chancre gris pointilié de rouge.

A la suite d'irritations répétées ou violentes, le chancre subit quelquefois une destruction ulcéro-caséeuse et l'ulcération peut prendre un aspect pultacé, mais c'est là une déviation du type normal.

La surface du chancre est égale; elle peut être lisse; mais, dans la plupart des cas, elle est finement granuleuse; je vous ai fait souvent remarquer ce caractère parfois tellement accusé que je n'hésitais pas à comparer le fond de l'ulcération chancreuse à la surface de section d'un poumon en état d'hépatisation, rapprochant les deux formes rouge ou grise du chancre des deux variétés rouge ou grise de l'hépatisation pulmonaire.

L'aspect de l'ulcération est souvent vernissé, luisant, et cet état brillant me semble dû en grande partie à la sécheresse même de la surface ; car c'est là encore un des phénomènes propres à l'érosion chancreuse qu'il ne se produise pas ou qu'il se produise fort peu de sécrétion à la surface. Le chancre ne suppure pas, ou il suppure infiniment peu; il ne laisse ordinairement écouler qu'un peu de sérosité claire, transparente, ambrée, qui ne devient louche, grisâtre, légèrement purulente que dans les cas où le chancre a été soumis à une irritation artificielle. Cet état de sécheresse habituelle du chancre est une de ses caractéristiques. Le professeur Leloir (de Lille) a montré qu'en pressant un chancre syphilitique entre les deux doigts, c'est à peine si l'on augmente l'humidité de sa surface; si on soumet au même mode d'exploration une ulcération d'autre nature, celle, par exemple, qui succède à une vésicule d'herpès, on voit très rapidement perler à la surface de celle-ci sous forme de gouttelettes une sérosité abondante. Il y a dans ce signe de l'*expression du suc* un élément de diagnostic qu'il ne faut pas négliger dans les cas douteux.

Le liquide fourni par la surface du chancre laisse voir, à l'examen microscopique, quelques globules de pus, des granulations fines protéiques ou graisseuses, des cellules cornées et des cellules du corps muqueux de Malpighi en voie de destruction; il renferme encore des productions végétales ou vibrionniennes, très abondantes, surtout le jour de l'arrivée du malade à l'hôpital, avant que le chancre n'ait été soumis à aucun nettoyage et à aucun pansement (Cornil). Vous pourrez aussi rencontrer ce bacille que Lustgarten a considéré comme la caractéristique des lésions syphilitiques et comme le microbe causal de la syphilis, vous me permettrez de ne point m'attarder à son étude, car la spécificité de ce bacille est aujourd'hui plus que discutée; et ceux d'entre vous qui désireront être édifiés

©BIU Santé

sur son peu de valeur n'ont qu'à lire les justes critiques du professeur Cornil et de M. Alvarez.

Le professeur Leloir et mon collègue Balzer ont insisté sur ce fait qu'on ne rencontre dans le liquide recueilli à la surface du chancre induré, ni débris de tissu conjonctif, ni fibres élastiques, éléments qu'il est de règle de trouver dans les liquides recueillis à la suface de la chancrelle dont la tendance ulcéreuse est beaucoup plus accusée, et qui ne consiste pas en une simple érosion comme le chancre, mais s'accompagne au contraire toujours d'une destruction plus ou moins profonde du derme. L'examen du liquide fourni par la surface d'un chancre (signe du raclage de M. Leloir) pourra donc être d'un grand secours; mais il faut savoir que des débris conjonctifs, des fibres élastiques peuvent se rencontrer dans le liquide recueilli à la surface d'un chancre syphilitique, quand l'ulcération s'est approfondie et creusée à la suite d'irritations extérieures.

Les liquides sécrétés à la surface du chancre peuvent, dans les parties découvertes du fourreau et du gland, se concréter en une croûte plus ou moins épaisse, irrégulière, de couleur brunâtre, peu adhérente aux surfaces sous-jacentes ; quand on détache cette croûte, on découvre au-dessous d'elle l'ulcération chancreuse avec les caractères que je vous ai déjà fait connaître ; entre la croûte et l'ulcération, il y a souvent interposition d'une petite couche de sérosité transparente ; au moment de l'arrachement de la croûte, il se produit un léger écoulement sanguin.

Quand on examine avec soin comment se fait la transition entre le tissu érodé et le tissu sain, on constate souvent à la jonction des deux un léger bourrelet dû à l'épaississement des tissus à ce niveau, une mince surélévation en dos d'âne, ce que vous m'entendez quelquefois appeler un mur de circonvallation et qui mériterait plutôt le nom de talus. Il est tout à fait exceptionnel qu'on ne remarque pas à la limite de l'ulcération ce petit bourrelet en dos d'âne dont la face correspondant à l'ulcération présente souvent une couleur d'un rouge vif ; ce bourrelet n'est que la traduction à l'œil de l'épaississement de l'épithélium et des papilles du derme dont l'histologie montre l'existence au pourtour de l'érosion ; là est sa raison anatomique. Ce bourrelet a une certaine importance parce qu'on ne le rencontre pas dans les érosions non syphilitiques du derme.

L'ulcération syphilitique est absolument indolente; elle n'est le siège d'aucune douleur spontanée, d'aucune sensibilité spéciale à la pression et aux frottements; elle ne devient douloureuse que dans les cas où sa surface est soumise à des causes d'irritation relativement puissantes ou répétées, pansements intempestifs, frottements répétés.

En résumé, l'ulcération syphilitique est habituellement une érosion plutôt qu'une ulcération; sa couleur fondamentale est rouge, mais elle peut être masquée par une pellicule grisâtre, par une membrane diphthéroïde due à l'altération vésiculeuse des cellules épithéliales (Leloir).

Sa forme normale est remarquablement circulaire; elle est quelquefois modifiée par les dispositions anatomiques de la région dans laquelle le chancre s'est développé; elle devient allongée, fissuraire.

La cavité de l'ulcération est une cavité en pente douce, en forme de godet, creusée pour ainsi dire à l'évidoir, dont la surface est très finement granuleuse surtout au niveau de la peau.

Les bords sont, dans la plupart des cas, limités par un léger bourrelet en

dos d'âne se continuant en pente douce, d'un côté avec l'ulcération, de l'autre avec la peau normale.

La surface de l'ulcération ne fournit qu'une sécrétion fort rare, ne renfermant de fibres conjonctives ou élastiques que dans les cas où l'érosion est devenue ulcération à la suite d'irritations extérieures; la sécrétion de la surface du chancre est susceptible de se concréter en une croûte brunâtre qui masque la surface de l'ulcération. *(A suivre.)*

BIBLIOTHÈQUE

SYPHILIS TERTIAIRE ET SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, par M. le docteur MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. — Paris, 1890; J.-B. Baillière.

On n'a pas oublié les remarquables leçons que le savant médecin de l'hôpital du Midi a publiées, en 1883, sur les maladies vénériennes. L'œuvre importante, qu'il a fait paraître naguère, est le complément magistral de cette première série, que le public médical avait, à juste titre, si bien accueillie. L'auteur a traité son sujet avec tous les développements qu'il comporte, car il lui a consacré près de douze cents pages; mais il ne pouvait faire moins, s'il voulait donner, à cette seconde partie de ses recherches, les larges proportions qu'il avait accordées à la première. Il nous fait remarquer en effet, dans sa préface, que le tertiarisme occupait autrefois une place restreinte, par rapport à la syphilis primitive et à la syphilis secondaire, mais que, de nos jours, son importance s'est considérablement agrandie. L'on pourrait ajouter que, par ses travaux personnels, M. Mauriac a fortement contribué à cette transformation, qui s'accentuera davantage encore par la suite, car les notions nouvelles, chaque jour plus nombreuses et plus précises, que nous devons aux anatomo-pathologistes modernes, sur les lésions viscérales profondes, sont destinées à accroître beaucoup le domaine des localisations spécifiques de la troisième période; on ne saurait donc trop s'appesantir sur leur compte. Les premières leçons de ce second volume sont consacrées à la pathologie générale de la syphilis tertiaire, les suivantes aux manifestations tertiaires des différents appareils organiques; enfin, dans les dernières, il s'agit de la syphilis héréditaire, ce sujet si intéressant et encore si obscur, quoique, depuis dix ou quinze ans, nos connaissances, sous ce rapport, aient notablement progressé.

Nous ne pouvons que signaler brièvement les pages relatives, soit à la sclérose des corps caverneux, soit aux arthropathies, aux ostéopathies, ou aux myopathies syphilitiques. Il faut lire, avec soin, ce qui concerne les syphiloses laryngiennes, trachéales, bronchiques, buccales, œsophagiennes, hépatiques, cardiaques, vasculaires, car on ne saurait trouver un exposé plus clair, plus méthodique, et en même temps plus concis, de ce qui est relatif aux déterminations tertiaires des organes respiratoires et digestifs, ou de ceux de la circulation. Les encéphalopathies de même nature ne sont pas moins savamment étudiées; le praticien trouvera, dans cette section de ce substantiel ouvrage, des renseignements minutieux sur leur séméiologie, comme sur leur diagnostic ou sur leur traitement. Les détails dans lesquels l'auteur est entré sur les affections des organes des sens, sur celles de la vision en particulier, sont instructifs au plus haut degré, et on peut en dire autant des considérations qui se rattachent aux myélopathies spécifiques, dont les unes sont paraplégiques, sans ataxie, tandis que les autres peuvent s'intituler tabétiques.

La partie du volume qui correspond à l'étude de la syphilis héréditaire est beaucoup plus courte que l'autre, mais non moins féconde en enseignements. Ceux qui s'occupent de la médecine des enfants doivent remercier M. Mauriac d'avoir eu l'habileté de condenser, dans une centaine de pages, avec cette autorité et cette précision de langage qu'on n'acquiert que par une longue pratique, tout ce qu'on connaît de nos jours sur cette partie de la science, l'une des plus complexes et des plus scabreuses de la pédiatrie. Quiconque lira attentivement les chapitres où il est question de l'étiologie, puis de l'anatomie patho-

BIU Santé

logique de l'hérédo-syphilis, aura une idée nette et suffisante de ce que tout médecin doit savoir aujourd'hui sur ce point. Le même éloge s'appliquera à la description de la syphilis héréditaire, fœtale, précoce, ou tardive, de la syphilis post-conceptionnelle, de la syphilis infantile acquise, de celle qui se transmet du nourrisson à la nourrice ou réciproquement. Enfin un exposé succinct, mais fort complet, met le lecteur au courant de ce qu'on doit faire soit comme prophylaxie, soit comme thérapeutique, qu'il s'agisse d'une mère contaminée pendant la grossesse, ou d'un enfant frappé par la spécifité héréditaire ou accidentelle.

Le livre, dont nous venons de présenter la trop courte analyse, est digne, à tous les points de vue, de ceux que nous devons déjà à M. Mauriac. Les qualités de style, le talent d'exposition qui ont placé cet éminent clinicien à un rang si élevé parmi les écrivains de l'époque contemporaine, sont trop connues de tous pour qu'il soit utile ici d'insister de nouveau sur leur compte. Jamais il n'a su mieux les mettre en relief, jamais il n'en a fait un meilleur usage. Il nous annonce qu'il publiera une troisième série de leçons sur le chancre mou et la blennorrhagie. Espérons que le couronnement d'un édifice, si bien commencé, ne se fera pas trop attendre.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la chlorose grave par les émissions sanguines, par le docteur A. Wilhelmi. (*Wan. med. Presse*, 1889, n° 48, et *Revue hebd. de thérap.*, 1890, 4.) — Dans une communication préalable, M. Wilhelmi (de Güstrow) attire l'attention des médecins sur un traitement de la chlorose, qui est de nature à jeter dans un grand étonnement les pathologistes modernes; il s'agit de la saignée, si discréditée de nos jours. Dans vingt cas d'anémie grave, la phlébotomie a donné à M. Wilhelmi des résultats qu'il qualifie de surprenants. Non seulement la saignée entraînait comme résultat immédiat une amélioration considérable de l'état subjectif des femmes; mais, en outre, il se produisait un changement très marqué dans l'état objectif des malades, changement qui se traduisait surtout par une augmentation de poids corporel. — P. N.

Emploi de la teinture d'eucalyptus pour combattre la céphalalgie, par le docteur Weir-Mitchell. (*Revue hebdom. de thér.*, 1890, 4.) — Conformément à ce qu'avaient annoncé Morris, J. Lewis et Wharton Senkler, le professeur Weir-Mitchell a constaté que la teinture d'eucalyptus, administrée par prises de 5 gouttes (en capsules gélatineuses), au nombre de quatre à six par jour, montre une grande efficacité contre la céphalalgie. La médication a donné des résultats particulièrement satisfaisants dans les cas où la céphalalgie était en rapport manifeste avec la congestion cérébrale. — P. N.

Sur l'action comparée des divers antipyrétiques. (*Nouveaux remèdes*, 1890, 2.) — A. Crombie (*Ind. med. Gaz.*, juillet 1889) tire de ses observations les conclusions suivantes sur l'action antipyrétique de l'antipyrine, de l'antifébrine et de la phénacétine :

1° C'est l'antipyrine qui est l'antipyrétique le plus actif; l'antifébrine et la phénacétine ne diffèrent que très peu par leur énergie;

2° C'est la phénacétine qui est l'antipyrétique le plus inoffensif;

3° L'action de l'antipyrine se manifeste plus rapidement (sans doute, par suite de sa solubilité plus grande); l'antifébrine ne vient qu'en second lieu, et la phénacétine est la plus graduelle, et son maximum n'est pas atteint trois, quatre et même cinq heures après son administration;

4° La durée de l'action de la phénacétine est la plus longue;

5° La sûreté de l'action suit le même ordre que la rapidité, c'est-à-dire l'antipyrine vient en tête, puis l'antifébrine et, en dernier lieu, la phénacétine;

6° Tous ces antipyrétiques présentent le même inconvénient dans les endroits aussi chauds que l'est l'Inde; c'est que leur administration est suivie de sueurs profuses.

L'auteur suppose que l'antipyrine est un excellent moyen contre le coup de soleil. La phénacétine est supérieure aux deux autres antipyrétiques en question, en ce qu'elle

jouit aussi de propriétés calmantes et provoque un sommeil tranquille. Contre la fièvre, l'apoplexie, le coup de soleil et l'hyperthermie en général, c'est l'antipyrine qui est indiquée; s'agit-il d'une température de 39°4, 40°5 C., on peut recourir indifféremment à l'antifébrine ou à la phénacétine; dans le cas d'une température inférieure à 39°4 C., c'est la phénacétine qui est préférable. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juillet. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Traitement des fibromes utérins par l'électricité. — Dangers de l'atropo-morpho chloroformisation.

M. Lucas-Championnière rappelle qu'il a fait, il y a quelque temps, deux communications sur le *traitement des fibromes par l'électricité*. Il partage en grande partie l'avis de M. Richelot. Au début, il a eu, dans ses essais avec M. Danion, beaucoup de mécomptes. Plus tard, il a cherché à déterminer exactement les indications et les contre-indications du traitement qu'il avait reconnu être utile dans un certain nombre de cas.

L'électricité n'est pas toujours contre-indiquée quand il y a une lésion des annexes et on peut l'employer dans ces conditions sans qu'il y ait toujours du danger. Cependant, le traitement est parfois tellement douloureux que l'on est forcé de l'interrompre; il faudrait même cesser dès que les douleurs apparaissent. Les trop hautes intensités, les ponctions que pratique M. Apostoli sont certainement nuisibles.

Si l'on évite les courants trop forts, la méthode de M. Lucas-Championnière n'est pas douloureuse.

Un certain nombre des objections qui ont été faites par M. Richelot ne reposent que sur les récits des malades, qui sont insuffisants pour juger de la valeur d'une méthode thérapeutique.

M. Danion ne met plus d'électrode dans le col et place simplement un tampon dans le vagin. Cette pratique est bien tolérée.

Il est évident que, si l'on emploie l'électricité dans tous les cas, on aura de nombreux insuccès. Cependant on peut s'en trouver bien, même quand il s'agit de fibromes qui ne sont pas intra-utérins. Quant aux fibromes pédiculés, il faut toujours les enlever. Lorsque cette ablation sera impossible, on devra pratiquer l'enlèvement des annexes.

Si l'indication du traitement électrique est bien posée, on a de bons résultats. Il faut y avoir recours quand le traitement chirurgical est impossible, quand il n'y a pas de graves complications péri-utérines. Il peut permettre d'espérer le rétablissement de malades épuisées par des hémorrhagies. C'est, du reste, toujours une faute de s'attarder au traitement électrique quand il est nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

L'oophorectomie et l'hystérectomie sont alors à discuter; cependant, M. Lucas-Championnière a eu une mortalité considérable par la seconde opération.

Il n'y a pas de douleurs si l'on n'emploie pas de fortes intensités, si l'on n'applique pas l'électricité sur la surface interne de l'utérus.

C'est surtout au moment de la ménopause que le traitement électrique agit bien; quelquefois aussi les accidents s'atténuent même chez des jeunes femmes.

M. Quénu a appliqué le traitement électrique, sans recourir à un spécialiste, dans le dispensaire qu'il dirige. Il a employé des intensités variant de 80 à 150 milliampères en en mettant l'électrode tantôt simplement en contact avec le col, tantôt dans sa cavité. Les 18 ou 20 malades qu'il a traitées doivent être rangées dans diverses catégories.

Dans une première classe, on peut mettre un certain nombre de succès complet, 4 ou 5, entre autres celui obtenu chez une dame qui, lors du début du traitement électrique, était dans un état cachectique avancé : vomissements, muguet, etc. Le traitement électrique a encore réussi chez une femme qui avait subi la castration et chez

©BIU Santé

laquelle les pertes avaient cependant reparu. Dans tous les faits de ce groupe, il y a eu disparition des douleurs, des pertes, des troubles digestifs.

Le second groupe de faits comprendra des cas où il n'y a eu qu'une amélioration plus ou moins sensible.

Enfin, dans une dernière catégorie se placent les échecs complets, assez nombreux, sans que, du reste, le traitement ait entraîné d'accidents.

La localisation du fibrome n'a pas d'importance relativement au traitement et on peut espérer réussir aussi bien dans un fibrome énucléé que dans une tumeur interstitielle.

Cependant l'électricité a certainement une influence nuisible dans certaines éventualités. C'est ainsi que, M. Quénu y ayant eu recours chez une dame dont le fibrome entraînait des hémorrhagies incoercibles, la tumeur se mit à augmenter de volume et à se ramollir. Il se décida à pratiquer la laparotomie et trouva, outre un petit fibrome gros comme les deux poings, un kyste de l'ovaire qui avait eu un développement rapide.

De son expérience, M. Quénu conclut que la constatation de l'âge de la malade, celle de l'existence de l'absence de lésions des annexes, celles du siège du fibrome ne peuvent servir pour établir les indications et les contre-indications du traitement électrique. Du reste il est souvent impossible d'arriver à savoir d'une façon certaine quel est l'état des annexes, car la douleur n'est pas un signe de lésions de ce côté.

Actuellement on ne peut dire qu'une chose, c'est que l'on doit avoir recours au traitement électrique quand l'intervention chirurgicale est impossible, soit par suite de l'état général, soit à cause de l'enclavement de la tumeur.

M. Richelot fait remarquer que, bien que M. Lucas-Championnière émette contre le traitement électrique du fibrome d'autres arguments que lui, ses conclusions sont les mêmes.

M. Richelot a voulu insister sur l'abus que l'on a fait du traitement et blâmer les prétentions de ceux qui pensent remplacer la chirurgie par l'électricité.

Pour lui, il ne faut pas employer le traitement dans les fibromes énucléés, ni dans les fibromes pédiculés situés sous le péritoine. Il peut être avantageux dans les tumeurs de ce genre qui sont interstitielles.

M. Regnier fait une communication sur la méthode d'anesthésie de M. Dastre qui associe le *chloroforme*, *l'atropine et la morphine*, afin de combattre les accidents réflexes de la chloroformisation et l'action de l'atropine elle-même.

Les résultats que M. Dastre obtenait chez les animaux étaient excellents; il a conseillé d'employer son procédé d'anesthésie chez l'homme, et M. Aubert (de Lyon) s'en est servi. Ce chirurgien faisait, quinze ou trente minutes avant l'opération, une injection de 1 c.c. 1/2 d'une solution renfermant 10 centigr. de chlorhydrate de morphine, 5 milligr. de sulfate d'atropine pour 10 gram. d'eau distillée. D'après lui, cette méthode rend le sommeil et le réveil faciles et n'entraîne que très rarement des inconvénients consécutifs.

M. Reynier a employé le procédé d'Aubert chez un certain nombre de malades, injectant, selon la force du sujet, 1 centig. à 1 centig. 1/2 de morphine, 1 demi à 3 quarts de millig. d'atropine. Malheureusement il a eu un accident mortel.

Une jeune fille de 16 ans, faible, étant atteinte d'une ostéite tuberculeuse du pied droit et ne présentant que quelques craquements du côté d'un sommet, M. Reynier se décida à faire l'évidement du cuboïde. Une demi-heure avant l'opération, il pratiqua une injection de 1 demi-centig. de morphine et de 1 quart de millig. d'atropine. L'anesthésie fut facile, et, jusqu'à la fin, on ne dépensa que 20 à 30 grammes de chloroforme; l'acte opératoire était, du reste, terminé au bout de quelques instants. Il y avait déjà à peu près dix minutes que la malade respirait à l'air libre, et l'on appliquait le pansement, lorsqu'elle rouvrit les yeux sans parler et fut transportée dans la salle. Deux ou trois minutes plus tard, on prévint M. Reynier que la malade ne respirait plus. Arrivé auprès d'elle, le chirurgien constata qu'il y avait encore quelques rares mouvements respiratoires, qui cessèrent rapidement en même temps que le pouls disparaissait, bien que les battements du cœur existassent encore à un faible degré. La pupille se dilata alors brusquement. La respiration artificielle continuée pendant longtemps sembla, au bout d'une demi-heure, provoquer le retour de la respiration spontanée. Mais ce ne fut

qu'un éclair, et malgré la respiration artificielle qui fut employée en tout pendant trois heures, malgré l'injection d'éther et les moyens accessoires habituels, l'opérée succomba. L'autopsie permit de constater l'anémie de la substance cérébrale et du bulbe.

L'autopsie a dû être faite judiciairement par M. Verneuil, car le directeur de l'hôpital avait cru devoir prévenir l'autorité judiciaire. M. Reynier déplore l'intervention du Parquet dans les circonstances de ce genre, car il pourrait aussi bien faire une enquête quand il s'agit, par exemple, de choc traumatique.

La mort, dans ce cas, est survenue tardivement par les effets de l'intoxication chloroformique. C'est là un fait rare, d'autant plus remarquable que la vie a pu être entretenue par la respiration artificielle pendant plus de trente minutes. Le chloroforme s'éliminait donc lentement, et cette élimination serait rendue encore plus lente par l'action de la morphine et de l'atropine qui agiraient aussi pour leur compte.

M. Reynier et M. Villejean ont fait des expériences sur des chiens. Ils ont vu que les animaux endormis par le chloroforme, la morphine et l'atropine n'avaient pas de phénomènes réflexes au début, mais que les accidents de la fin de l'anesthésie étaient plus graves. D'autre part, il y a des cas dans lesquels le procédé d'Aubert entraine une dyspnée marquée qui dure assez longtemps.

Chez le chien, il suffit, quand on emploie la morphine et l'atropine, de très peu de chloroforme pour amener l'anesthésie; chez l'homme, il en faut beaucoup plus. De plus, chez ce dernier, il est impossible d'injecter 1 centig. de morphine et 1 millig. d'atropine par 1 kilog. d'animal.

En résumé, le procédé de M. Dastre est excellent chez les chiens, mais ne peut être transporté en clinique. Quand au procédé de M. Aubert, il accroîtrait les chances d'intoxication.

M. Terrier a essayé le procédé de M. Aubert. Chez l'homme, il n'a, le plus généralement, rien remarqué de notable; rarement le sommeil a été prolongé. Chez la femme, le procédé semble, au contraire, raccourcir la période préanesthésique; le réveil est aussi beaucoup plus lent qu'avec le chloroforme seul.

Sur 5 cas, M. Terrier a eu 1 mort. Il s'agissait d'une néphrectomie. L'opération avait duré une heure et on avait donné 60 grammes de chloroforme. Il y eut d'abord un court réveil, puis la respiration se ralentit, la cyanose apparut et, malgré l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas, la mort survint au bout d'une heure dix minutes.

Probablement que les femmes sont plus sensibles que les hommes à l'action de l'atropine.

M. Quénu insiste sur ce point que les modes de réveil sont très variables après l'anesthésie, et on ne sait pourquoi certains malades se réveillent vite et d'autres lentement. La mort tardive peut s'observer après l'emploi du chloroforme seul.

M. Routier s'est servi du procédé d'Aubert chez 50 à 60 malades. Il n'a pas vu de différence avec la chloroformisation ordinaire. Cependant, certains malades se sont plaints d'une soif inextinguible. M. Monod n'a non plus rien noté de spécial dans l'anesthésie mixte; il l'a abandonnée à cause d'un cas où il a eu des accidents.

M. Brun a observé que la méthode d'Aubert, chez des hommes, permettait d'obtenir rapidement l'anesthésie et d'user peu de chloroforme. Le réveil était rapide.

M. Schwartz préconise la méthode de M. Labbé, c'est-à-dire qu'il donne le chloroforme d'une façon continue et à petites doses.

M. Terrier fait remarquer que les résultats obtenus par M. Brun sont le contraire de ceux cherchés par M. Dastre. Ce physiologiste insiste, en effet, sur ce point que le réveil par son procédé est toujours retardé. C'est ce que M. Terrier a vu chez les hommes, mais non chez les femmes. Il est probable que la quantité minime d'atropine que l'on donne en clinique explique la différence des effets que nous observons avec ceux qu'a notés M. Dastre. Mais on ne peut songer à augmenter les doses d'atropine.

— M. Reclus présente un *appendice vermiculaire* réséqué au cours d'une laparotomie pour péritonite généralisée.

— MM. Ledru, Bois, Lagrange et Chalot sont élus correspondants nationaux.

©BIU Santé

FORMULAIRE

SIROP CONTRE LA CONSTIPATION DES ENFANTS. — Bouchut.

Podophylline	0 gr. 05 centigr.
Alcool	5 grammes.
Sirop de guimauve	95 —

Faites dissoudre. — Une demi-cuillerée à soupe, par jour, pour faire cesser la constipation des enfants. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 11 juillet 1890, il a été décerné une médaille d'argent à M. le docteur Heylles, médecin des épidémies de l'arrondissement de Castelnaudary.

— La « Société des Amis de l'Université de Nancy » vient de se constituer. Elle a élu son comité définitif composé de trente-six membres choisis parmi les personnalités les plus distinguées de l'enseignement supérieur, de l'armée, du barreau, de l'industrie, du commerce et de l'agriculture. Les souscriptions ont, en quelques jours, atteint le chiffre de plus de 30,000 francs. L'usine Solvay (de Dombasle) offre, à elle seule, une somme de 10,000 francs. Le bureau définitif est composé ainsi qu'il suit : Président, M. le général Hanrion, ancien commandant de corps d'armée; vice-président, M. Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine; secrétaire général, M. Blondel, professeur à la Faculté de droit; secrétaire-archiviste, M. Lambert des Cilleuls, secrétaire de la Faculté de médecine; trésorier, M. Collin, notaire. M. Gavet, agrégé chargé de cours à la Faculté de droit, président d'honneur de la Société générale des étudiants, a été nommé président d'honneur de la Société des Amis de l'Université.

La ville de Nancy a fait l'acquisition des vastes terrains situés derrière la nouvelle église Saint-Pierre, à côté du nouvel hôpital civil, et dans lesquels seront construits l'Institut anatomique et divers bâtiments destinés aussi à plusieurs services de la Faculté de médecine. La pose de la première pierre aura lieu, à la rentrée, à l'époque de l'inauguration officielle de l'Institut chimique. Ainsi sera complétée la vaste organisation de l'enseignement supérieur à Nancy. Il faut, en effet, remarquer que la ville de Nancy compte outre les quatre Facultés et l'Ecole supérieure de pharmacie, une grande école, unique en France, l'Ecole forestière, et d'autres Ecoles telles que : l'Ecole d'agriculture de Tomblaine et l'Ecole régionale des beaux-arts, dont le développement de l'Université assurerait aussi la supériorité et le relèvement du niveau des études. (*Gaz. des hôp.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur L. Deligny (de Toul), médecin des eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie).

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Dieulafoy, Chantemesse, Widal : Une pseudo-tuberculose mycosique. — II. Dubuc : Deux cas de lithotritie chez la femme. — III. Bibliothèque : Céphalalgie et massage. — IV. Revue des journaux : Eau chloroformée pour le lavage de l'estomac. — De l'action de la digitale sur la température normale et de sa valeur antithermique dans la fièvre typhoïde. — V. Revue d'ophthalmologie. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Une pseudo-tuberculose mycosique.

Communication faite au Congrès international de Berlin

Par MM. Dieulafoy, Chantemesse et Widal.

Nous avons suivi l'évolution d'une pseudo-tuberculose d'origine mycosique sévissant sur les jeunes pigeons venus du Mâconnais ou d'Italie et vendus sur les marchés de Paris. Parmi ces animaux, il en est qui sont atteints d'une maladie de la bouche désignée vulgairement du nom de chancre. Les auteurs s'accordent à considérer cette lésion comme le produit de la diphthérie des pigeons, mais nous avons reconnu qu'à côté de ces tumeurs buccales, d'origine diphthéritique, il existait d'autres tumeurs dues à la végétation d'un champignon. Les animaux atteints de cette mycose présentent des lésions restant parfois localisées à la cavité buccale, mais qui, le plus souvent, se généralisent au poumon, au foie et plus rarement à l'œsophage, à l'intestin, aux reins. La lésion localisée au plancher buccal prend la forme d'un nodule blanchâtre d'apparence caséeuse, du volume d'un poids à celui d'une petite noisette. Dans le poumon elle affecte la forme de granulations tuberculeuses typiques représentées par des tubercules miliaires tantôt transparents, tantôt opaques, isolés, disséminés ou agglomérés en masses caséeuses, à la façon des tubercules de Laënnec. Ces tumeurs ne renferment pas de bacilles de la tuberculose, mais contiennent à leur centre un mycélium de champignon. Les cultures faites dans le laboratoire de M. le professeur Cornil, avec l'aide de M. Fayod, nous ont montré que ce champignon présentait tous les caractères de l'aspergillus fumigatus. Ses spores ne germent pas au-dessous de 15° et son mycélium prospère surtout à une température voisine de celle du corps humain. La culture, au début, revêt une couleur verdâtre qui bientôt vire à la teinte terreuse ou grisâtre.

En inoculant des spores de l'aspergillus fumigatus ainsi cultivé à des pigeons, nous avons obtenu expérimentalement, suivant la voie d'inoculation et suivant la dose inoculée, une évolution plus ou moins rapide des différentes lésions tuberculeuses qui se développent spontanément chez ces animaux. L'inoculation pratiquée dans la veine axillaire du pigeon amène la mort en trois ou quatre jours. Les lésions tuberculeuses portent alors principalement sur le foie, qui est farci de granulations miliaires moins grosses qu'une tête d'épingle ; le poumon ne contient que quelques granulations très petites et discrètes.

©BIU Santé

Injectées dans la trachée, les spores tuent les animaux en un temps plus long, variant de dix à vingt jours, suivant la dose. Les lésions sont alors prédominantes dans le poumon où les tubercules agglomérés peuvent simuler des blocs d'infiltration pneumonique ou former des masses caséeuses.

Les lésions histologiques qui sont de tous points comparables à celle de la tuberculose bacillaire, sont particulièrement intéressantes à étudier dans les différentes formes de cette mycose. Sur une coupe du poumon, colorée par la méthode de Weigert, on voit une grande quantité de nodules tuberculeux entourés à leur périphérie de cellules géantes.

On peut suivre facilement l'évolution de ces nodules. Les plus jeunes sont formés par une agglomération de cellules leucocytiques ou épithélioïdes autour d'un ou de plusieurs rameaux mycéliques. Les granulations plus anciennes présentent à leur centre un feutrage de mycelium dont les rameaux entrelacés se colorent mieux à la périphérie, au voisinage immédiat des cellules géantes. Dans certains cas, le tubercule est uniquement représenté par une très grande cellule à noyaux multiples, dont le protoplasma contient une ramification de mycelium, soit vivante et bien colorée, soit altérée dans sa structure, moniliforme, décolorée et comme en partie digérée par la phagocytose, pour dire le mot.

Les rameaux mycéliques apparaissent parfois disséminés et espacés au milieu d'une grande masse de cellules dites embryonnaires.

Quelques-uns de ces tubercules ont atteint l'évolution fibreuse; le centre n'est plus représenté que par un protoplasma fibrillaire contenant de petits blocs bleuâtres, vestiges du champignon, ou même ne renfermant plus rien, comme si le tubercule avait détruit le parasite, preuve d'une guérison locale.

Autour de ces tubercules, l'infiltration leucocytique s'étend parfois jusque dans les alvéoles adjacentes, constituant ainsi des blocs de pneumonie, sillonnés de vaisseaux à volume variable.

Certains de ces vaiseaux sont remplis d'un coagulum de globules blancs, les autres sont dilatés et gorgés de globules rouges. Cette congestion sanguine péritubercule use est toujours très développée.

L'aspergillus peut végéter dans les canaux bronchiques et pousser ses prolongements jusqu'à la surface de la plèvre, qu'il recouvre alors d'une couche de moisissure.

Nous avons pu saisir, dans un cas, un des modes étiologiques de la maladie. Chez un de nos pigeons mort de tuberculose mycélique spontanée, nous avons trouvé dans une bronche une graine alimentaire formant le centre de l'infiltration tuberculeuse du poumon. Ce corps étranger avait évidemment servi de véhicule aux spores de l'aspergillus.

Il y a longtemps déjà que des moisissures ont été retrouvées dans les sacs aériens de certains animaux et surtout des oiseaux. Les premières observations, celles de A.-C. Mayer, notamment, remontent au commencement de ce siècle. En ces dernières années, Grawitz s'est attaché à démontrer les qualités infectieuses de certains aspergillus, en injectant leurs spores dans le système circulatoire du lapin, et Lichtheim a prouvé que le rôle prépondérant revenait à l'aspergillus fumigatus.

La propriété de déterminer des lésions simulant macroscopiquement le tubercule avait été signalée par M. Bouchard en 1864 et Laulanié en 1884, étudiant la pneumonie déterminée expérimentalement chez le lapin, par

injection dans le sang de spores de l'aspergillus glaucus, décrivait des follicules développés dans l'intérieur des capillaires.

Aujourd'hui que la question des pseudo-tuberculoses est à l'ordre du jour, il nous a paru intéressant de démontrer qu'il existait une tuberculose mycosique aspergilleuse dont les diverses lésions histologiques sont calquées sur celles de la tuberculose commune. Cette maladie doit prendre rang à côté des pseudo-tuberculoses microbiennes signalées en ces derniers temps.

Cet aspergillus fumigatus possède des propriétés pathogènes envers un grand nombre d'espèces animales. Chez le canard, au cours d'une épizootie ayant sévi au jardin d'Acclimatation de Paris, M. Cornil a reconnu l'existence d'une tuberculose due à la végétation de ce champignon. Chez un singe auquel nous avions injecté quelques spores dans la trachée, nous avons retrouvé dans les bronches une végétation mycélique.

L'aspergillus fumigatus étend jusqu'à l'espèce humaine ses propriétés pathogènes, et le contact avec des animaux contaminés est susceptible de déterminer chez l'homme des pneumopathies particulières.

Il existe à Paris une classe d'individus exerçant la profession de gaveurs de pigeons. Chez eux, il est de notion vulgaire que le gavage occasionne à la longue une maladie chronique du poumon. Nous avons, pour notre compte, observé trois gaveurs atteints d'une pneumopathie dont l'évolution est celle de la tuberculose pulmonaire chronique. Elle est caractérisée par de l'essoufflement, de la toux, de l'expectoration purulente, de petites hémoptysies à répétition et parfois des manifestations pleurales. L'examen de la poitrine décèle des signes de bronchite et d'induration pulmonaire, en général localisée, se révélant par la faiblesse de la respiration et un peu de submatité. La température est relativement peu élevée et cependant les malades pâlissent, maigrissent et passent par des périodes d'aggravation et d'amélioration. Chez l'un d'eux, nous suivons ces alternatives depuis plus de deux ans. Dans aucun cas, nous n'avons constaté la présence de bacilles de Koch dans les crachats.

La similitude des symptômes présentés par ces trois hommes exerçant le même métier nous a fait rechercher si leur maladie ne relevait pas d'une même cause inhérente à leur profession.

Partant des faits cliniques, nous avons été amenés à étudier la pseudo-tuberculose de pigeons dont nous avons retracé l'histoire.

Les gaveurs attribuent leur maladie pulmonaire à leurs efforts d'expiration constants. Pour pratiquer le gavage, ils emplissent leur bouche d'un mélange d'eau et de graines, puis, ouvrant le bec de l'animal, ils y appliquent leurs lèvres pour chasser par expiration une partie du mélange. Chaque homme, dans certains établissements, peut gaver ainsi quelques milliers de pigeons par jour.

Ce n'est pas à cette origine mécanique qu'il faut, suivant nous, attribuer leurs pneumopathies, mais vraisemblablement à l'aspergillus puisé soit à la surface des graines dont ils s'emplissent la bouche, soit au contact direct de la tumeur buccale des pigeons.

La preuve absolue du diagnostic, en pareille matière, ne peut être fournie que par une autopsie, mais l'examen microscopique et l'inoculation des crachats de nos malades nous ont fourni des résultats remarquables. A plusieurs reprises, mais non régulièrement, nous avons constaté dans l'expectoration sanguinolente la présence de petits filaments portant une ou

©BIU Santé

deux ramifications que l'on pouvait considérer comme des fragments de mycelium. L'inoculation d'un crachat de malade à un pigeon a produit une fois une tuberculose mycosique due à l'aspergillus fumigatus. D'autre part, chez un homme aujourd'hui en voie de guérison et qui rendait une expectoration muco-purulente teintée de sang, l'ensemencement des crachats sur des tubes de gélose mis à l'étuve a fourni la culture d'une colonie du même aspergillus.

Ces faits sont à rapprocher de ceux où l'on a constaté chez l'homme la présence de l'aspergillus fumigatus.

Les maladies de l'oreille causées par le développement de ce champignon, et signalées pour la premiere fois par Meyer en 1844, ont été depuis fréquemment observées, comme en témoigne le mémoire récent de Siebenmann. L'aspergillus a été rencontré aussi dans les fosses nasales et sur la conjonctive. Mais les cas où l'on a pu le constater dans le poumon de l'homme intéressent plus particulièrement notre sujet. Pour ne citer que des faits les plus importants, nous signalerons les quatre cas observés par M. Virchow en 1856; celui de Friedreich, de Würzbourg, de Dusch et Pagenstecher; le cas de Fürbringer, dont le diagnostic, en raison de l'examen des crachats, fut porté pendant la vie du malade et vérifié à l'autopsie; et enfin celui plus récent de Lichtheim, où l'aspergillus fumigatus fut nettement caractérisé.

Puisque des pneumopathies aspergilleuses ont été parfois signalées chez l'homme, nous sommes en droit de soupçonner la même affection chez nos malades, en raison des qualités de leur expectoration et de leur contact prolongé avec des animaux ou avec des graines alimentaires contaminées par le même aspergillus.

Notre but, en présentant cette note, n'a donc pas été d'étudier seulement une pseudo-tuberculose mycosique intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique, nous avons voulu aussi appeler l'attention des médecins et des hygiénistes sur une variété rare de pneumopathie causée par la présence d'un champignon.

Deux cas de lithotritie chez la femme.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 juillet 1890,

Par le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

La femme est beaucoup moins exposée que l'homme à être atteinte de calculs vésicaux.

On rencontre chez elle les deux principales variétés de calculs trouvées chez ce dernier : Les *calculs phosphatiques* qui naissent presque toujours dans la vessie, à la suite d'une cystite plus ou moins prolongée, en général d'origine microbienne, et, dans cette catégorie, il faut faire rentrer les cystites consécutives à la présence de corps étrangers dans la vessie. Cette variété de calculs est peut-être plus fréquente chez la femme que la suivante, contrairement à ce qui a lieu chez l'homme.

En second lieu, les calculs d'acide urique dont l'origine est rénale.

Ceux-ci sont beaucoup moins fréquents chez la femme que chez l'homme, parce que, d'une part, la gravelle urique est plus rare chez la femme et que, d'autre part, l'expulsion des graviers est beaucoup plus facile chez elle à cause de la brièveté et de la dilatabilité de son urèthre.

Trois méthodes peuvent être employées pour débarrasser la vessie de la femme des calculs qu'elle contient :

1° L'extraction du calcul à travers l'urèthre soumis au préalable à la dilatation forcée; cette méthode ne convient, en réalité, qu'à des calculs d'un volume restreint.

2° La taille, qui peut être sus pubienne, uréthrale ou vaginale.

La taille doit être réservée pour des calculs très volumineux et très durs, ou pour ceux dont le centre est constitué par un corps étranger résistant;

3° La lithotritie, qui me semble préférable aux deux autres méthodes toutes les fois qu'aucune contre-indication ne s'oppose à son emploi.

Contrairement à ce que l'on supposerait, *a priori*, la lithotritie offre plus de difficultés chez la femme que chez l'homme.

Si, en effet, l'introduction du lithotriteur est très facile chez elle, la préhension du calcul et des fragments est rendue plus difficile par l'étendue et l'irrégularité du champ opératoire. Mais, c'est là une difficulté qui ne saurait arrêter un chirurgien habitué à la pratique de l'opération, et le résultat définitif, lorsque la lithotritie a été faite régulièrement, est supérieur, par la rapidité de la guérison et l'absence de toute complication, à celui qu'auraient fourni les deux autres méthodes.

J'en excepte les calculs d'un petit volume, qu'on peut extraire directement par la voie uréthrale, sans avoir à craindre d'incontinence d'urine plus ou moins durable, complication toujours à redouter dans les cas où la dilatation de l'urèthre a été portée très loin.

Pour montrer tous les avantages de la lithotritie pratiquée chez la femme, comme méthode de choix, je ne saurais mieux faire que de rapporter les deux cas suivants, observés tous deux à la Pitié, dans le service de M. Polaillon, et que je remercie notre excellent collègue d'avoir bien voulu me charger d'opérer.

Observation Ire. — Mme X..., 44 ans, a été opérée avec succès d'hystérectomie abdominale, par M. Polaillon, dans les derniers mois de 1887.

Après l'opération, on lui a laissé pendant plusieurs jours une sonde à demeure, qui semble avoir été la cause déterminante d'une cystite, qui a ensuite persisté avec une grande ténacité.

Quatre mois après le début de la cystite, les symptômes d'un calcul vésical se sont manifestés : apparition du sang dans l'urine à la suite de marches prolongées ou de courses en voiture.

Les urines étaient devenues glaireuses et d'odeur fétide; les besoins étaient très fréquents avec épreinte douloureuse en finissant.

La malade étant rentrée à l'hôpital au commencement de février 1889, c'est-à-dire treize mois et demi environ après l'opération d'hystérectomie, et M. Polaillon, ayant constaté la présence d'un calcul vésical, me confie le soin d'en débarrasser la malade par la lithotritie.

L'opération est pratiquée le 9 février avec toutes les précautions antiseptiques usitées. Le vagin a été lavé, au préalable, avec une solution de sublimé à 1/1000e.

La malade est soumise à la chloroformisation.

Le calcul mesure 3 centimètres 1/2 dans son diamètre saisi; il est friable; mais les prises sont difficiles, à cause de l'irrégularité de la cavité vésicale.

Quatre introductions successives du lithotriteur sont faites; chacune, ayant amené un certain nombre de prises, est suivie de l'évacuation des débris par le lavage et deux fois par l'aspiration.

L'opération a duré en tout quarante minutes. Le chloroforme a été bien supporté.

La pierre, d'après son aspect, est constituée par du phosphate ammoniaco-magnésien.

©BIU Santé

Large cataplasme laudanisé sur le bas-ventre.

Les suites de l'opération ont été des plus simples.

Le lendemain, la température est de 36°6 au moment où je vois la malade; il y a eu, la veille, quelques vomissements dus au chloroforme. Un certain nombre de débris ont été expulsés. L'urine n'est déjà plus sanguinolente.

Le 18 février, je fais une exploration de la cavité vésicale; j'y trouve encore un fragment du volume d'une noisette, que je broie et dont je fais sortir les débris à l'aide du lavage.

Avant ce complément de l'opération, la situation de la malade était déjà excellente; elle n'urinait plus que toutes les quatre heures le jour et trois fois la nuit; l'urine était à peine trouble.

La malade est sortie de l'hôpital, quelques jours après, entièrement guérie.

Depuis lors, M. Polaillon a eu à diverses reprises de ses nouvelles, la guérison ne s'est pas démentie. Les fragments, qui étaient poreux et friables, ayant été égarés, nous n'avons pu avoir le poids du calcul.

Obs. II. — La malade de l'observation précédente était atteinte d'une pierre phosphatique; chez celle-ci, il existait deux calculs d'acide urique, l'un d'eux volumineux et le plus dur peut-être que j'aie encore rencontré.

Voici résumée l'histoire de cette malade :

Agée de 64 ans, blanchisseuse, elle est atteinte depuis longtemps d'une descente de matrice pour laquelle elle a fait usage de pessaires.

A diverses reprises, elle a rendu des petits graviers rouges d'acide urique qui n'excédaient pas le volume d'une tête d'épingle.

Elle souffre de la vessie depuis au moins quatre ans et, assez fréquemment, ses urines ont été teintées de sang après la marche ou après une course en voiture.

Son état de souffrance était devenu tel qu'elle avait dû renoncer à l'exercice de sa profession.

Il existe de la cystite; les urines sont glaireuses, de sorte que, même au repos, elle conserve encore de la fréquence des besoins et de la douleur en urinant.

La santé générale est restée assez bonne ; il n'y a jamais eu d'accès de fièvre.

Son médecin, qui d'abord avait considéré la cystite comme une conséquence de la descente de matrice, s'étant décidé à faire une exploration vésicale, reconnaît l'existence d'un calcul et l'adresse à M. Polaillon, qui, après vérification du diagnostic, veut bien me charger de faire la lithotritie.

Le 11 avril 1890, je procède à l'exploration méthodique da la cavité vésicale.

Je reconnais qu'il existe au moins deux calculs : l'un mobile, qui mesure 2 centimètres; l'autre fixe, occupant le bas-fond, dont le diamètre dépasse 4 centimètres.

La vessie, intolérante, n'admet pas plus de 50 grammes de liquide.

L'opération a lieu le lendemain 12 avril. Le vagin est rendu aseptique au moyen d'une injection de sublimé à 1/1000e.

Toutes les précautions antiseptiques d'usage sont prises pour les instruments et la cavité vésicale. La malade est soumise au chloroforme.

La vessie, intolérante, comme je l'ai dit, ne peut admettre plus de 50 grammes de liquide, encore est-il presque aussitôt expulsé en grande partie le long de l'instrument, de sorte qu'il m'a fallu opérer presque à sec.

Je saisis d'abord le calcul de 2 centimètres de diamètre; je le broie ainsi que les fragments.

Après quelques tentatives infructueuses, j'arrive ensuite à prendre, dans l'espèce de cavité où il est logé, en arrière du col, le gros calcul, qui mesure un peu plus de 4 centimètres de diamètre; je le saisis par la manœuvre des mors renversés directement en bas. Le lithotriteur employé était le n° 2 fenêtré (mors Reliquet).

Les mors chargés du calcul étant ramenés en haut, je constate que le calcul résiste absolument à la pression de la vis.

J'ai recours au marteau, et ce n'est qu'après un nombre de coups considérable que le calcul finit par céder et que les mors peuvent être rapprochés.

Je fais ensuite de nombreuses prises, et jugeant qu'avant de continuer le broiement il vaut mieux déblayer la vessie, j'introduis un tube évacuateur droit n° 28 pourvu d'une large ouverture au voisinage de son extrémité, et je procède à un lavage à grande eau avec la solution boriquée, suivi d'une tentative d'aspiration.

Malgré le sommeil chloroformique, la vessie n'admet que la quantité peu importante de liquide que j'ai indiquée précédemment, et, lorsqu'on veut l'augmenter, le liquide ressort entre la paroi uréthrale et le tube évacuateur.

J'essaie néanmoins de l'aspiration; chaque pression sur la poire en caoutchouc de l'aspirateur a pour résultat la sortie de la vessie d'une certaine quantité de liquide le long du tube évacuateur, de sorte qu'après un petit nombre de ces pressions l'aspirateur est presque vide; force m'est donc de m'arrêter.

Nous avons trouvé nonobstant un certain nombre de fragments dans la boule de verre de l'instrument.

Je réintroduis le même lithotriteur; je saisis, les mors renversés en bas, un très gros fragment qui mesure plus de 3 centimètres de diamètre et qui ne cède encore qu'au marteau, mais plus facilement que le calcul intact.

Je fais ensuite un grand nombre de prises toutes très dures et pour lesquelles il me faut plus d'une fois recourir au marteau. Lorsque la quantité de débris assez fins me paraît suffisante, je procède à leur évacuation à l'aide de la sonde à petite courbure n° 25 et du lavage fait largement avec la solution boriquée.

La vessie déblayée, je réintroduis une troisième fois le même lithotriteur; je fais encore de nombreuses prises de fragments mesurant de 1 à 2 centimètres, fragments tous très durs; je m'arrête lorsque je ne sens plus de débris d'un volume important.

Je procède, comme les autres fois, à un grand lavage avec la solution boriquée. Je renouvelle la tentative d'aspiration; le résultat est le même, c'est-à-dire qu'après un certain nombre de pressions sur la poire de caoutchouc, celle-ci se vide rapidement parce que le liquide poussé dans la cavité vésicale s'écoule entre la paroi de l'urèthre et la sonde évacuatrice. Pourtant quelques fragments sont encore venus tomber dans la boule de verre de l'aspirateur.

La séance ayant duré près d'une heure, je m'arrête là, certain qu'il ne reste dans la vessie aucun fragment qui ne puisse sortir par l'urèthre.

Ce qui a prolongé la séance, c'est l'extrême dureté du calcul principal et des fragments qui en provenaient.

Le chloroforme a été parfaitement supporté, et, après avoir un peu vomi, la malade s'est assez rapidement réveillée sans présenter de phénomènes de dépression.

Large cataplasme laudanisé sur le bas-ventre, tilleul chaud avec un peu d'eau-de-vie, et, comme alimentation, du bouillon.

Les suites de l'opération ont été des plus simples et des plus favorables.

La malade n'a pas eu la moindre fièvre, elle a expulsé un certain nombre de fragments assez volumineux et très durs dans les jours qui ont suivi.

Elle a conservé pendant trois ou quatre jours des envies de vomir du fait du chloroforme; elle accusait en même temps du manque d'appétit; puis ce léger malaise a cessé.

Les phénomènes de cystite ont rapidement disparu sous traitement spécial une fois la vessie débarrassée; l'urine a alors recouvré une limpidité normale.

Cette femme a commencé à se lever au bout d'une semaine et est sortie, le 30 avril de l'hôpital, entièrement guérie.

Depuis lors on a eu de ses nouvelles dans le service; elles sont restées tout à fait favorables.

On n'a en somme qu'assez rarement l'occasion de pratiquer la lithotritie chez la femme, en raison même du peu de fréquence des calculs vésicaux dans le sexe féminin.

Leroy d'Etiolles fils (1) rapporte que son père n'a opéré que 43 femmes

(1) *Traité pratique de la gravelle*, J.-B. Baillière et fils, 1866, p. 447.

©BIU Santé

sur un nombre de calculeux qui approche de 1,200; il y a lieu de supposer que ces 43 femmes n'ont pas toutes été débarrassées de leur pierre par la lithotritie.

Thompson (1), en rendant compte devant la Société de médecine de Londres (séance du 11 mars 1890) de 964 cas de calculs vésicaux tirés de sa pratique, dit qu'il n'en a rencontré, sur ce nombre total, que 14 chez la femme.

La proportion de sa statistique est donc encore notablement au-dessous de celle de Leroy d'Etiolles père; il a d'ailleurs soin d'expliquer que, d'une manière générale, il ne fait entrer dans ses statistiques de calculs vésicaux que les concrétions dont le poids excède 1 gr. 25. Il n'en résulte pas moins que, même s'il a eu recours à la lithotritie pour toutes ses malades, il n'a pratiqué cette opération que quatorze fois chez la femme.

Les quelques considérations qui précèdent me semblent justifier la publication des 2 cas relatés ci-dessus, qui tous 2 ont trait à des calculs d'un volume important.

Ce n'est qu'à l'aide de faits assez nombreux, rapportés ainsi avec des détails circonstanciés, qu'on pourra établir sur des données suffisamment exactes l'avantage qu'il y a à préférer telle méthode opératoire à telle autre dans les cas de calcul vésical chez la femme.

On pourra aussi, lorsque les faits se seront multipliés, établir la proportion relative de succès sur 100 cas que donne la lithotritie chez la femme et chez l'homme.

Il résulte de la lecture de la seçonde observation que la durée un peu longue d'une lithotritie n'a aucune influence défavorable sur le résultat définitif de l'opération.

Trois conditions conduisent au succès : Agir dans un milieu bien aseptique; ne produire aucune lésion opératoire ni dans la vessie ni dans l'urèthre; débarrasser la vessie aussi complètement que possible.

BIBLIOTHÈQUE

CÉPHALALGIE ET MASSAGE, par le docteur NOSTROM. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

L'auteur, qui a déjà publié un premier ouvrage sur ce sujet, en 1885, admet qu'il y a certaines formes de céphalalgie ou de migraine qui dépendent d'une myosite chronique localisée et se caractérisent par un élément continu, peu pénible et inconstant, et un élément paroxystique d'intensité variable.

Il donne dix observations, dont la lecture est fort intéressante, qui permettent de se rendre compte des lésions musculaires que l'on peut rencontrer. Tantôt il s'agit (obs. I) d'une induration du volume d'une noix dans le corps du splénius droit, avec empâtement du cuir chevelu au voisinage du point d'émergence du petit nerf occipital, et, à gauche, douleur à la pression au niveau de l'insertion du trapèze. Tantôt, comme dans l'observation II, on constate des indurations prononcées à droite en arrière de l'apophyse mastoïde, au niveau des insertions musculaires, et à gauche une autre induration du trapèze correspondant au milieu de la nuque, et des indurations dans le sterno-mastoïdien, les scalènes, etc. Dans les autres observations, ce sont toujours les mêmes muscles qui sont le siège de la myosite chronique; cette myosite peut même se généraliser à presque tous les muscles du cou comme dans l'observation IX. Quelquefois l'insertion du temporal est atteinte.

Ces phlegmasies musculaires chroniques se rattachent au rhumatisme. Les nerfs sont

(1) *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (numéro de mai 1890), p. 322.

atteints de différentes façons, soit par compression, soit par propagation de la phlegmasie à la gaine, par périnévrite; quelquefois aussi il s'agit de douleurs réflexes. Souvent il y a de la tuméfaction et de la douleur à la pression au niveau des deux ganglions supérieurs du sympathique cervical et une tuméfaction indolente de certains ganglions lymphatiques du cou. Constamment on trouve sur le cuir chevelu de l'empâtement, des indurations isolées ou multiples de certaines régions déterminées.

Un certain nombre des cas de migraines dépendant de myosites sont d'un pronostic peu favorable. Tels sont les cas très anciens, les cas s'accompagnant d'hystérie ou de chloro-anémie, ceux où la céphalalgie est continue.

La séance de massage doit durer de quinze à vingt minutes et on opère avec le pouce. Au début on se fatigue très vite, mais bientôt on s'habitue. Il faut toujours faire les frictions en allant de la périphérie vers le centre et souvent le pétrissage est nécessaire pour venir à bout des foyers du bord supérieur du trapèze. Au début, le traitement est douloureux, mais, après une quinzaine de séances, il devient facile à supporter. Pour les nerfs on doit faire d'abord une pression simple, puis une pression accompagnée de trépidation. Au niveau de l'inergence du sus-orbitaire on masse latéralement de haut en bas.

Le traitement n'agit qu'assez lentement et il est rare d'obtenir un résultat appréciable avant la troisième ou la quatrième semaine. Quelquefois le succès est bien plus rapide, tandis que, dans d'autres cas, l'amélioration ne se montre pas avant six semaines et plus longtemps.

Tant qu'il reste un point induré, une zone de sensibilité, la guérison n'est pas définitive et on peut observer des récidives. La disposition complète des crises est toujours un indice favorable même quand il persiste une douleur vague dans la tête.

Les retours de la maladie après guérison sont exceptionnels.

REVUE DES JOURNAUX

Eau chloroformée pour le lavage de l'estomac, par le docteur Bianchi. (*Corresp. Blat d. schweiz Ærzte et Scalpel*, 1889). — L'auteur recommande une solution aqueuse de chloroforme à 2 p. 100, pour le lavage de l'estomac. Cette eau soulage les douleurs, agit trés favorablement par ses propriétés antifermentatives et diminue l'intensité des actes réflexes de l'estomac, des vomissements rebelles, la cardialgie, etc. — P. N.

De l'action de la digitale sur la température normale et de sa valeur antithermique dans la fièvre typhoïde, par le docteur Leidy. (*Courrier médical*, 1889, 19). — De ses nombreuses expériences, l'auteur conclut qu'à l'état normal la digitale abaisse la température de 1 degré à 1 degré 1/2 et que cet abaissement persiste un ou deux jours après qu'on a cessé l'ingestion du médicament. Chez les typhyques, elle diminue la fréquence du pouls, le nombre des respirations et la température; ces trois phénomènes sont en rapport les uns avec les autres.

Les indications de son emploi sont les symptômes de faiblesse cardiaque, surtout quand ils accompagnent l'adynamie. Par contre, elle est contre-indiqué quand le pouls est fort et bondissant.

M. Leidy préfère la teinture dans la fièvre typhoïde et l'infusion s'il existe une affection chronique du cœur. De plus, il n'hésite pas, s'il y a intolérance stomacale, à l'administrer par la voie hypodermique et note des succès quand on l'associe à l'eau fraîche et à la quinine. — P. N.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

Sommaire : Amblyopie tabagique. — Le massage de l'œil.

Baker (*J. de méd. de Brux.*, 1889, 14, p. 416) a décrit six cas classiques d'amblyopie d'origine tabagique, entre autres un où il y eut pendant l'espace de huit ans une série de récidives. L'abus de l'alcool ne produit pas la même amblyopie que le tabac, mais il

©BIU Santé

y prédispose; du reste, dans l'amblyopie nicotinique, la cécité n'est pas complète. Il est probable que la maladie est fonctionnelle, car il n'y a pas d'altérations pathologiques visibles. Quand elle a atteint un certain degré, elle peut rester stationnaire, même quand le malade cesse l'abus du tabac. Cette cessation amène rapidement l'amélioration, qui se produit plus rapidement si l'on emploie la strychnine et les toniques.

*
* *

Le *massage de l'œil* est entré récemment dans la thérapeutique, et M. Willmaërs vient de présenter dans les *Archives médicales belges* des considérations intéressantes sur ce sujet.

Comment pratique-t-on le massage oculaire?

On peut agir de deux façons :

1° Par le massage direct de la conjonctive et de la cornée ou massage intra-palpébral.

2° Par le massage extra-palpébral, comprenant : *a*) le massage indirect de la muqueuse oculaire et de la cornée à travers toute l'épaisseur de la paupière et *b*) le massage des parties circonvoisines de l'œil.

Dans le premier cas, voici la manière d'opérer :

S'il s'agit, par exemple, du massage de la conjonctive, on ectropionne la paupière supérieure que l'on maintient dans cette position au moyen de l'indicateur de la main gauche; à l'aide du pouce on fait saillir la conjonctive de la paupière inférieure en renversant cette dernière, puis, rapprochant suffisamment les deux doigts, on juxtapose les conjonctives palpébrales ainsi étalées. La muqueuse est ensuite recouverte, soit d'une poudre antiseptique, soit d'une liqueur médicamenteuse, puis avec la pulpe du doigt on exerce des frictions douces et peu prolongées les premiers jours, plus fortes et plus prolongées les jours suivants. On lave alors l'œil au moyen d'une solution boriquée, afin d'enlever l'excédent de la poudre ou de la liqueur employée.

Quant au massage extra-palpébral ou massage indirect, il consiste à exercer des frictions douces sur l'œil en interposant la paupière entre le doigt et la cornée. Le plus souvent, on a introduit préalablement dans le sac conjonctival une poudre antiseptique, une pommade, etc. Le massage s'exécute avec un ou plusieurs doigts ou mieux avec la pulpe du pouce, appliquée sur la paupière inférieure et opérant des frictions, soit de haut en bas, ou transversalement, soit encore des frictions circulaires.

Le massage, dans les affections oculaires, agit surtout de deux façons; il a d'abord une action mécanique, en ce sens que la friction, exercée sur une cornée ou une muqueuse conjonctivale malade, produit des érosions superficielles et permet ainsi au médicament, associé généralement à l'opération, d'exercer une action plus intime et plus prolongée sur les parties malades. On comprend l'avantage de cette opération quand il s'agit de l'application de l'antisepsie.

Le massage a en outre son action physiologique ordinaire, c'est-à-dire qu'il active la circulation et par conséquent aussi la nutrition des tissus de l'œil; on l'emploiera donc avantageusement dans toutes les affections torpides ou quand il sera nécessaire de provoquer soit une rénovation de substance, soit la résorption d'exsudats ou de produits d'infiltration.

Passons rapidement en revue les diverses affections oculaires justiciables de ce nouveau mode de traitement.

Le massage a surtout été essayé dans le traitement de la conjonctivite granuleuse. La liste des moyens mis en œuvre dans le traitement des granulations est fort longue; on y verra sans peine un indice des difficultés du traitement de cette affection. La nouvelle méthode, préconisée par le docteur Costomiris et par laquelle M. Vignes (de Paris) a soigné une trentaine de granuleux, a donné, d'après ces praticiens, des résultats remarquables. Le massage s'exécute directement sur la conjonctive, mise à découvert par le renversement des paupières. On a soin de bien mettre à jour les culs-de-sac et les angles palpébraux. On étend ensuite sur la muqueuse une couche épaisse d'acide borique, finement pulvérisé, puis, avec la pulpe du doigt, on exerce des frictions, ainsi qu'il a été dit plus haut; on lave ensuite avec une solution boriquée.

Cette friction n'est nullement douloureuse et peut même passer inaperçue, si l'on veut

instiller préalablement quelques gouttes de cocaïne. Le massage se renouvelle toutes les vingt-quatre heures, en ayant soin de prolonger progressivement les séances et d'exercer des frictions plus fortes en avançant dans la cure. La durée d'une séance est généralement de deux à trois minutes les premiers jours; on augmente ensuite progressivement jusqu'à dix à quinze minutes.

La durée de cette cure devra être généralement de quatre à cinq semaines.

M. Vignes cite le cas d'une jeune fille traitée par cette méthode. La malade lui fut amenée atteinte d'un double pannus granuleux total, avec diminution très notable de l'acuité visuelle. En quinze jours de temps, il obtint la diminution des granulations, l'éclaircissement de la cornée, et, en un mois, la malade put reprendre ses occupations abandonnées depuis longtemps.

Depuis quelques années, à l'Institut ophtalmique de Louvain, un certain nombre de granuleux ont été traités avec succès par le massage.

Pour sa part, M. Willmaërs a eu occasion d'instituer ce traitement sur un malade atteint de granulations aux deux yeux, avec pannus léger des cornées. Au bout de quelques séances de massage, il a pu constater une amélioration assez notable dans l'état des conjonctives, un grand nombre de granulations s'étaient affaissées et la muqueuse avait repris en plusieurs points sa coloration et son aspect normal. Le traitement n'a malheureusement pu être poursuivi.

M. le médecin de bataillon de 1re classe Guilmot a pratiqué plusieurs fois, avec de bons résultats, le massage au moyen d'une solution de sublimé corrosif, chez des soldats atteints d'ophtalmie granuleuse, et dont la cure était terminée par des cautérisations au sulfate de cuivre.

Quant à une interprétation satisfaisante des effets qui suivent le massage de l'œil à l'acide borique, elle reste encore à trouver. Si l'acide borique est l'antiseptique héroïque du microbe du trachome, ainsi que les recherches bactériologiques de M. Poncet tendent à le confirmer, il n'en est pas moins vrai que l'action mécanique du massage n'est pas négligeable.

Dans la kérato-conjonctivite phlycténulaire, le massage extra-palpébral rend des services réels. On introduit une petite quantité de pommade au précipité jaune (5 centigr. de précipité par 5 gr. de vaseline ou de lanoline) dans le cul-de-sac conjonctival et on exerce des pressions douces à travers la paupière supérieure. Ce traitement peut être institué dans la période aiguë de la maladie. On voit les phlyctènes s'affaisser au bout de quelques séances; la rougeur et la photophobie diminuer rapidement.

Dans le cas d'ulcérations cornéennes superficielles, les frictions, aidées de l'action du précipité jaune, doivent favoriser les kératinisations des cellules de nouvelles formations et hâter la cicatrisation de l'ulcère.

Dans les opacités cornéennes d'origines diverses, le massage avec la pommade jaune ou une pommade à l'iodure de potassium procure quelquefois des éclaircissements rapides.

M. Darier a recommandé la lanoline hydrargyrique, appliquée en massage, dans tous les cas d'infiltration diffuses de la cornée non accompagnées de phénomènes irritatifs, dans certaines formes légères de kératites interstitielles, dans les kératites superficielles. Pour les kératites parenchymateuses intenses, dit l'auteur, le seul traitement vraiment efficace est celui par les injections sous-cutanées de bichlorure d'hydrargyre; mais quand le pannus morbide a presque parfaitement rétrocédé, le massage à la lanoline hydrargyrique contribue à rendre la cornée plus transparente.

Voici la formule employée :

Lanoline ..... } ââ
Mercure vif ..... }

Ajoutez un quart de vaseline pour éviter le durcissement.

M. Coppez dit s'être bien trouvé du massage à la pommade jaune dans une affection assez remarquable, la kératalgie traumatique.

Cette affection, décrite sous ce nom par M. Grandclément, succède à de très légers traumatismes de l'œil : le frôlement d'une feuille de plante, du doigt, etc. Elle se carac-

©BIU Santé

térise par des douleurs très vives dans l'organe touché, douleurs qui durent, quoi qu'on fasse, pendant les trois jours qui suivent l'accident. En outre, ces douleurs reviennent par crises successives tous les cinq ou six mois ou plus tôt, mais sans aucune cause occasionnelle appréciable. Chaque crise s'accompagne, comme au début, de rougeurs, larmoiement, photophobie; du côté de la cornée on aperçoit à peine un léger nuage au point primitivement touché. L'atropine et la cocaïne ne font que mitiger la douleur, mais n'abrègent pas la durée des crises. Le massage a, au contraire, produit d'excellents résultats.

M. Chibret a également employé avec beaucoup d'avantages le procédé dans les affections synalgiques de l'œil. Ces affections se caractérisent par la coexistence avec une conjonctivite, une kératite ou une iritis, de points extrêmement douloureux à la pression, situés à l'émergence du nerf sus-orbitaire et des branches du nasal externe.

On croit qu'il faut envisager l'affection névralgique comme étant primitive et les troubles oculaires comme étant sous la dépendance d'une influence trophonévrotrique. Les troubles trophiques qui en résultent augmentent la réceptivité microbienne du tissu cornéen et sont le point de départ des kératites infectieuses graves.

Ces affections résistent aux moyens thérapeutiques ordinaires, notamment aux injections d'antipyrine, vantées autrefois par M. Grandclément.

Le massage du point douloureux sus-orbitaire et nasal, combiné dans certains cas avec les moyens antiseptiques locaux, est toujours suivi d'une amélioration notable et souvent de la guérison radicale.

Enfin, le massage a été usité avec les résultats variables dans le traitement de l'épisclérite et pour provoquer la maturation de certaines cataractes.

Le massage est donc un mode de traitement appliqué déjà avec succès à un assez grand nombre d'affections oculaires. On peut entrevoir l'extension de son emploi à d'autres maladies du système visuel. Il rendra, en tout cas, de grands services dans les affections passées en revue et on sera souvent heureux de l'adopter dans des cas rebelles aux moyens de traitements employés jusqu'à ce jour.

COURRIER

Pendant es vacances de la Faculté (du 28 juillet au 11 octobre), les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours aux heures ordinaires.

M. le secrétaire de la Faculté recevra le jeudi de deux heures à trois heures.

— La bibliothèque de la Faculté de médecine sera fermée du 3 août au 31 août; elle sera ouverte les mardis, jeudis et samedis de midi à quatre heures, du 1er septembre au 12 octobre.

Clientèle à prendre en Seine-et-Oise à 1 heure et demie de Paris. Pays riche. Chatelain résidant. Relations agréables. Pour détails circonstanciés s'adresser au docteur Le Gendre, 49, rue Le Peletier, lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 3 heures.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

PHTHISIE, *Bronchites*, *Catarrhes*. — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. H. Stapfer : Remarques sur la température des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs. — III. Bibliothèque : Traité descriptif des maladies de la peau. — IV. Revue des journaux : Recherches sur l'action propre et comparative du strontium et de ses sels solubles sur l'organisme. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

Le Congrès de Berlin.

A l'heure qu'il est, le Congrès de Berlin est presque terminé. Encore une journée, et ce sera fini. Nous n'avons pas encore connaissance des détails de cette grande solennité scientifique, mais nous savons qu'elle a été très brillante et que les médecins français y ont été particulièrement bien accueillis de leurs collègues. Ce point ne faisait d'ailleurs de doute pour personne. Lorsqu'au Congrès de Copenhague M. Virchow a exprimé le désir de la ville de Berlin d'être le siège du Congrès médical international, il avait avancé que tous les membres étrangers seraient reçus cordialement, sans distinction de nationalité; à quoi M. Trélat avait répondu qu'il ne doutait nullement de l'excellent accueil des médecins et de la population intelligente de Berlin, mais que, derrière eux, il y avait une foule qui ne conserverait peut-être pas la même dignité. Nous ne sachons pas que rien soit venu justifier ce fâcheux pronostic. Nos délégués militaires se

FEUILLETON

CAUSERIE

La cour d'assises de la Seine-Inférieure vient de donner un singulier spectacle. Une fille ayant tué son enfant, la coupable a prétendu n'avoir agi que par suggestion de son amant, un berger du pays. L'avocat a soutenu cette donnée avec talent, et le jury, subjugué, ou suggestionné à son tour par la femme, le berger et l'avocat, a acquitté l'accusée. Qui est-ce qui est étonné? Ce n'est pas moi, ni vous, chers lecteurs, car il y a longtemps que je vous ai prévenus que cela arriverait; que la suggestion, une fois entrée dans nos mœurs, y jouerait un rôle capital, lequel consisterait à rejeter sur autrui sa propre faute. Et voilà pourquoi une mère qui a assassiné son enfant est acquittée, sous prétexte qu'elle n'a été que l'instrument inconscient d'une volonté plus forte que la sienne.

Cela prouve bien des choses. D'abord qu'à la fin du XIXe siècle, ce siècle de lumière (l'a-t-on assez dit, mon Dieu! l'a-t-on assez dit!), les jurés de la Seine-Inférieure sont encore assez arriérés pour croire que les bergers sont des sorciers et qu'il leur suffit de souffler à distance sur une femme qui accouche pour lui faire étouffer son enfant. Il est vrai que, le berger ayant été l'amant de cette femme, celle-ci avait évidemment donné

©BIU Santé

sont promenés en uniforme dans les rues de Berlin, où ils ont été fort remarqués, paraît-il, mais non insultés.

Le discours de M. Virchow, qui a inauguré la séance d'ouverture du Congrès, peut être intitulé : *Du rôle de la médecine dans la Société moderne.* Mais c'est surtout à Berlin qu'on peut étudier ce rôle, car, à Paris, on ne trouverait pas les éléments d'une telle enquête. Le rôle des médecins, dans l'assainissement de Berlin, a été considérable ; l'amenée des eaux pures et l'utilisation des eaux d'égout, ces deux questions qui sont encore à l'étude à Paris, paraissent résolues à Berlin. L'assistance des pauvres en cas de maladie, à domicile, est aussi une question sur laquelle on discute encore chez nous, les médecins bataillant contre l'administration, et sans grand succès ; à Berlin, l'affaire est réglée. Peut-être nos délégués pourront-ils faire sur ces questions capitales une ample moisson de documents fructueux et activer, à leur retour, une solution qu'on attend depuis longtemps.

Certaines phrases des discours de cette séance officielle retentiront en France et dans le monde entier.

Nos délégués ont entendu avec satisfaction, j'en suis sûr, la mention que M. Lassar, secrétaire général, a faite de notre exposition professionnelle, la première de ce genre, qui eut lieu aux Gobelins il y a cent ans ; le même M. Lassar a eu une phrase heureuse qui a provoqué les applaudissements de l'assistance : « Un grand ministre de la République française a estimé assez haut ce Congrès pour y envoyer trente-quatre délégués dont l'autorité est reconnue au-delà de leurs frontières », phrase aimable pour notre président du conseil et pour nos délégués.

Malgré tout notre désir de trouver tout bien dans cette fête scientifique, il nous est impossible de ne pas faire quelques réflexions au sujet de la phrase suivante, prononcée par M. Virchow :

« En Allemagne, nous sommes imbus au maximum des principes de la Croix de Genève. »

Qui, nous? Le corps médical, ou la nation entière, ou ceux que la Con-

---

son âme au diable par l'intermédiaire du sorcier ; il y avait un pacte ; elle avait été succube, et lui incube, comme deux bons démoniaques qu'ils étaient, et l'amant n'a eu que peu de chose à faire pour amener sa maîtresse à envoyer dans les limbes la malheureuse petite créature née de leurs relations.

Cette histoire prouve aussi que, grâce aux journaux, les jurés ont entendu parler de M. Charcot, de M. Bernheim, de la suggestion, de la Salpêtrière, etc. Car l'avocat leur a parlé de tout cela dans sa plaidoirie, tant et si bien qu'il a obtenu un verdict d'acquittement en faveur de sa cliente. Et on viendra encore dire que les Normands sont retors ! Qui l'a été le plus, de l'avocat ou des douze jurés? C'est l'avocat, à mon sens, car il l'a au moins été comme sept Normands, peut-être comme douze ; en tout cas, comme sept à douze.

Tout cela est bel et bien. Mais si l'on se met à acquitter, sous prétexte d'hypnotisme et de suggestion, les femmes qui étranglent leurs enfants, je demande qu'on réforme la loi et qu'on fasse asseoir sur les bancs de la cour d'assises celui que la cour croit être le véritable auteur du crime. Dans l'espèce, le véritable criminel est le berger. C'est lui qui a suggéré à sa maîtresse l'idée de tuer l'enfant, donc c'est lui qui doit en être responsable. Et c'est bien ainsi qu'il faut traduire le fait que nous venons de signaler. Il y a eu une victime, cela est hors de doute ; le jury, en déclarant que la mère n'était pas coupable, a déclaré implicitement que c'était le berger qu'il fallait accuser, et dès lors l'avocat général aurait dû immédiatement requérir l'arrestation du berger.

Qu'en dites-vous?

vention de Genève concerne, c'est-à-dire les belligérants? S'il en est ainsi, voilà une déclaration qui fera un sensible plaisir aux médecins militaires et aux ambulanciers, qui, pendant la dernière guerre franco-allemande, n'ont été guère protégés contre les balles et les boulets allemands par le drapeau blanc à la croix rouge. Si maintenant toute l'Allemagne est imbue au maximum des principes de la Croix de Genève, on ne peut que s'en réjouir, tout en souhaitant de ne pas en faire l'expérience.

M. Virchow lui-même ne croit pas que l'Allemagne veuille en faire non plus l'expérience. On a tort, a-t-il dit, « de croire que tous les efforts de l'Allemagne sont concentrés vers la préparation de la guerre. Non, Messieurs, nous sommes partisans résolus de la paix. Nous savons que la paix vivifie et que la guerre tue. Nous désirons vivre en paix avec le monde entier pour pouvoir accomplir sans trouble le rôle d'humanité qui est dévolu à la science. Nous sommes heureux de nous voir entourés en ce jour d'un aussi grand nombre de collègues, qui tous partagent nos sentiments et dont la participation sera pour nous une nouvelle incitation au travail. »

Il est certain que cette phrase fait bien à la fin d'un discours présidentiel, et qu'elle a dû être accueillie par des bravos enthousiastes, l'auditoire étant composé de personnes essentiellement pacifiques; mais je ne suis pas convaincu du tout qu'elle eût été aussi bien accueillie si elle eût été prononcée devant l'état-major allemand, dont les faits actuels sont loin de répondre aux idées exprimées par l'honorable président du 10e Congrès international des sciences médicales. — L.-H. P.

P. S. — La 19e session de l'Association française pour l'avancement des sciences a été inaugurée, jeudi dernier, à Limoges. La section des sciences médicales, sous la présidence de M. le professeur J. Teissier (de Lyon), a nommé président d'honneur, M. le professeur Potain; vice-président, MM. Raymondaud (de Limoges), Mayet (de Lyon), Chapplain (de Marseille) et Huchard; *secrétaires*, MM. L.-H. Petit et Jacquet. Plus de cinquante communications sont annoncées. — L.-H. P.

* * *

Comme le disait plus haut l'auteur du *Bulletin* de ce numéro, M. L.-H. Petit, le Congrès de Berlin étant ouvert, il faut considérer, du moins pour le moment, les polémiques soulevées à son sujet comme terminées, et n'en plus parler. De même que, dans un duel, quand les adversaires sont sur le terrain, il ne peut plus être question de pourparlers. Actuellement, je veux dire à l'heure actuelle, les médecins de tous les pays du monde sont réunis à Berlin; si jamais il y eut une ligue des neutres, c'est bien celle-là; neutres ils doivent être sur le champ de bataille, et, dans l'intervalle des luttes armées, ils doivent s'efforcer de réconcilier les adversaires, après les avoir pansés.

Je dois, néanmoins, donner la parole à M. Georges Pouchet, qui a bien voulu m'écrire la lettre suivante au sujet de mon avant-dernière *Causerie*.

« Paris, ce 31 juillet.

« Cher Simplissime,

« Il est bien tard pour vous parler de votre *Causerie* du 26.

« Non, M. Virchow n'a point été invité au Congrès — non d'anthropologie — mais de l'Association française, qui n'a jamais invité d'Allemands. — M. Virchow n'avait, comme il le reconnaît lui-même (voir dans le *Siècle* du 3 septembre sa lettre du 1er septembre 1878), pas retiré sa carte. On avait cru le reconnaître (il y était) à la séance d'ouverture, et j'avais, dans le *Siècle* du 1er septembre, signalé comme un symptôme heureux la pré-

©BIU Santé

Remarques sur la température des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs (1)

Par H. Stapfer.

Entre plusieurs exemples, j'en choisirai trois ou quatre différents par la marche des accidents et la durée de la période latente.

Dans le premier, cette durée fut de quelques jours seulement et la phlébite s'annonça par d'autres symptômes que par l'élévation du thermomètre. Le cas rentre dans la catégorie de ceux qui ont fait dire à M. Siredey : « La phlegmatia est toujours précédée de prodromes péritonitiques. »

Dans le second, la période latente dura plus de vingt jours et les accidents ne furent annoncés que par le thermomètre.

Le troisième se distingue des deux autres par l'apparition simultanée, d'emblée, de l'état fébrile et d'une thrombose viscérale.

« X..., primipare âgée, accouche par le forceps. Le quatrième jour arrive sans encombre, mais non sans souci, la température ne dépasse pas 37°5, mais elle ne descend pas une seule fois au-dessous de 37° ; il n'y a pas d'appétit et l'*une des paupières supérieures s'œdématie*. Le soir du quatrième jour, le thermomètre monte à 38°8. Lochies fétides. J'ordonne des injections vaginales fréquentes. Je fais trois injections intra-utérines. La fétidité disparaît, mais l'état général reste le même et le fonds de l'utérus est un peu douloureux. La miction est difficile. La douleur du fonds de l'utérus disparaît à son tour, mais l'aine droite devient sensible, puis les deux ligaments larges. J'annonce que le mal va se localiser soit autour de l'utérus, soit dans l'un des membres inférieurs, et, dans l'espoir d'éviter un phlegmon, toujours plus long et plus inquiétant qu'une phlegmatia, j'applique cinq sangsues à droite et quatre à gauche. La douleur se fixe dans l'aine droite, puis au mollet. Les malléoles s'œdématient. Du quatrième au

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 août 1890.

---

sence de savants dont *le langage, comme celui de M. Virchow cinq ans auparavant, n'avait pas assez de railleries à l'égard des Français*. Voilà la phrase unique, absolument unique, d'ailleurs assez mal tournée, qui éveilla les susceptibilités de M. Virchow. Remarquez, que la *Revue scientifique*, où étaient ces lignes, était consacrée en grande partie à une communication qu'avait faite Hœckel à notre section de zoologie, où nous l'avions nommé vice-président.

« C'est alors que M. Virchow écrivit au *Siècle* (1er septembre) une lettre où il dit : « M. Pouchet me fait tenir, il y a cinq ans, un langage plein de railleries à l'égard des « Français. Je ne sais ce que cela signifie (*sic*). Pendant la guerre même, jai essayé de « calmer les esprits de nos compatriotes ; lorsqu'elle a été finie, j'ai, l'un des premiers, « cherché les moyens qui pourraient amener une réconciliation. »

« C'est après cette lettre que j'ai dit toute ma façon de penser. M. Virchow n'avait qu'une chose à faire, imiter M. Du Bois Raymond, qui avait fait la même maladresse coupable en 1870, mais qui du moins, depuis, a tout fait pour qu'on l'oubliât. Nous sommes aujourd'hui dans les meilleurs termes.

« Bien à vous, « G. Pouchet. »

P. S. — Vous trouverez dans le *Siècle* de ce jour, 31 juillet, plus de détails.

* * *

Je suis assurément très flatté que M. Pouchet ait bien voulu prendre la peine de rec-

douzième jour, époque d'apparition de la phlébite, la température a oscillé, le soir, entre 38°1 et 38°5, et, le matin, entre 37°4 et 37°9. Le onzième jour, elle n'a pas dépassé 37°6 le soir. Elle était de 37°8 le matin. Le douzième jour, 38° le matin et 38°3 le soir.

Le membre est placé dans une gouttière et recouvert de compresses imbriquées, trempées dans une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à saturation. Il en est enveloppé d'un bout à l'autre et recouvert de taffetas gommé. Eruption vésiculaire très prompte et confluente sur la jambe et la cuisse. L'œdème diminue et la fièvre tombe, *si l'on considère comme apyrétique un état dans lequel le thermomètre ne s'abaisse pas une seule fois au-dessous de* 37° *et pointe de temps à autre à* 37°8. Apyrétique? Soit. Normal? Non. Disons : *subfébrile*. Le dix-septième jour, le thermomètre avait définitivement abandonné 38° et oscilla jusqu'au vingt-huitième jour entre 37° et 37°8. L'inappétence et des sensations, qui n'étaient ni celles du bien-être, ni celles du malaise, persistaient. Le vingt-septième jour, la température n'était que de 37° le matin et de 37°6 le soir. Le vingt-huitième, elle était de 37°6 le matin et remontait à 38°6 le soir. En même temps, X... est prise d'un très violent point de côté, et je constate à droite de la matité et quelques râles. J'applique de suite un vésicatoire. La matité reste limitée et des frottements pleuraux se manifestent presque immédiatement, mais la jambe gauche devient douloureuse; on sent au niveau du mollet le cordon caractéristique, et l'œdème se déclare. Le point de côté disparaît et les signes stéthoscopiques redeviennent graduellement normaux. La seconde phlébite est traitée comme la première.

Au quarantième jour (la thrombose était du vingt-huitième et la deuxième phlébite du trentième), le thermomètre abandonna de nouveau 38°. Il se maintint entre 37°2 et 37°8 jusqu'au quarante-septième jour. Du quarante-huitième au soixante-dixième, il s'éleva une fois à 37°6 le soir et s'abaissa pour la première fois, mais seulement à deux reprises au-dessous de 37°. Lorsque la normale parut être reconquise, il variait entre 37° et 37°4.

X... nourrissait et l'infection n'arrêta pas la sécrétion lactée. J'ai fait

---

tifier ce que j'avais dit au sujet de ses démêlés avec M. Virchow, mais combien j'aurais préféré, pour ces deux savants, qu'ils n'eussent pas eu lieu, et qu'ils aient employé à des questions plus scientifiques leur temps si précieux, leur papier et leur encre. Surtout M. Virchow, qui me paraît dans son tort. A la vérité, sa conduite envers les Français au Congrès me paraît lui valoir bien des indulgences.

* * *

Soyons moins sérieux. Le docteur Pardo (de Constantinople), ancien élève des hôpitaux de Paris, qui semble assez âgé, car c'est sur lui que Velpeau a fait la première anesthésie dans sa clinique, — le docteur Pardo continue dans la *Gazette médicale d'Orient* la suite de ses anecdotes sur ses anciens maîtres. En voici une assez piquante, qu'il attribue à Marjolin.

Marjolin était simplement mis et très modestement meublé, et il était d'une naïveté presque enfantine dans ses rapports avec les riches clients qui venaient le consulter dans son cabinet. Le fait suivant le démontre assez.

Un millionnaire anglais, souffrant depuis longtemps d'un rhumatisme à l'épaule que les plus célèbres médecins de Londres n'avaient pu guérir, se décida à aller consulter Marjolin à Paris. Il lui exposa son mal et lui montra en même temps toutes les ordonnances des plus illustres praticiens de Londres qui étaient restées sans effet.

Après les avoir parcourues avec beaucoup d'attention, Marjolin lui fit observer qu'en effet les médecins de Londres avaient épuisé presque tous les moyens connus contre

©BIU Santé

cesser l'allaitement dans l'intérêt de l'enfant et de la mère pour éviter toute déperdition de forces.

Ces faits se sont passés en 1888, et aujourd'hui, en 1890, une impotence légère persiste. Les membres inférieurs s'œdématient.

Je passe à la seconde observation, qui date également de 1888.

X... accouche spontanément à terme. Tout est physiologique.

La température ne descend pas au-dessous de 37°3 pendant les trois premiers jours. Elle s'élève à 37°8 le soir du second jour. Elle est de 37°5 le matin du troisième.

Le soir du troisième jour, le thermomètre monte à 39°. Injection intra-utérine avec une solution saturée de naphtol. La sécrétion lactée se fait. X... nourrit son enfant.

Pendant deux jours, variations de 37°8 (minimum) à 38°6 (maximum).

Le soir du sixième jour, frisson, 39°2. Irrigation *continue* au naphtol β. Chute du thermomètre à 37°. On emploie du naphtol impur et la température remonte à 38°6. On change le naphtol, la température s'abaisse à 36°9, puis oscille entre 37° et 37°6. Le douzième, elle remonte à 38°2, puis retombe à 37°6. Pendant trois jours, le minimum est 36°9 une fois; le maximum, 37°6. A ce moment, la sonde se dérange, et la malade se déclarant fatiguée, quoique prête à continuer l'irrigation si je l'ordonnais, je m'adjoins un confrère. En l'absence des docteurs P... et R. D..., j'appelle le docteur Ch. de R... Il est décidé qu'on reviendra, s'il y a lieu, aux irrigations abondantes, mais non continues. Le dix-huitième jour, le thermomètre, qui s'était élevé la veille et l'avant-veille au soir à 38°2, atteint 38°6. Irrigation intra-utérine abondante et à fond. Pendant deux jours, la température se maintient entre 37°2 et 37°6, puis elle atteint de nouveau 38° le soir. En même temps, la jambe droite devient un peu douloureuse; très léger œdème. Le vingt-deuxième, le vingt-troisième jour, le soir, 38°2, 38°3. Très violent point de côté. Matité. Disparition du murmure vésiculaire. Vésicatoire. Marche favorable de l'accident pleuro-pulmonaire. La phlébite, traitée par la solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, évolue avec béni-

---

cette affection, qui est parfois le désespoir des médecins et des malades, mais que néanmoins il restait encore à essayer un nouveau médicament que les médecins de Londres n'avaient pas employé. Il écrit donc l'ordonnance et explique au riche Anglais la manière de s'en servir.

Pendant ce temps, l'Anglais avait tiré de sa poche un rouleau de guinées et, après l'avoir déposé sur le secrétaire de Marjolin, se préparait à sortir en adressant force compliments au docteur. Marjolin, se ravisant, le rappelle, sans avoir nullement fait attention au rouleau, car il était d'un désintéressement inouï, préoccupé seulement d'une idée, et lui dit : « Je vous prie, Monsieur, de passer dans quelques jours pour me dire si réellement le médicament aurait agi, car je vous avouerai que je souffre du même mal et, dans le cas où il vous aurait été utile, je l'emploierais aussi. »

En entendant cette sortie bien naïve, à la vérité, de l'illustre maître, et soupçonnant peut-être une tout autre intention de sa part, l'Anglais, en homme pratique et positif, se rapproche du secrétaire, reprend son rouleau de livres anglaises, et répond gravement à Marjolin, tout en lui rendant l'ordonnance : « Monsieur le professeur, puisque c'est comme cela, j'aime mieux que ce soit vous qui l'essayiez d'abord, et dans le cas où il vous serait utile, ce que je viendrai apprendre dans quelques jours, je l'emploierai volontiers moi-même. »

La semaine prochaine, je vous en dirai d'autres; en d'autres termes, la suite au prochain numéro.

SIMPLISSIME.

gnité. Du vingt-cinquième au vingt-huitième jour, la température s'abaisse et varie entre 36°9 et 37°3, mais, pendant cette période, la malade a pris 1 gramme d'antipyrine chaque jour, ce qui enlève toute valeur au renseignement du thermomètre. Le vingt-huitième jour au soir, il marque 37°6. Le trentième jour, 38°.

J'ai dit que la sécrétion lactée s'était faite normalement. Je n'ai exigé le sevrage que le trentième jour, par conséquent après éclosion des accidents. J'aurais dû l'exiger beaucoup plus tôt; une femme dont l'état fébrile ou *sub-fébrile* se prolonge ne doit pas nourrir, à moins qu'un diagnostic ferme ne démontre d'emblée que cette fièvre cédera à bref délai.

Dès le troisième jour, j'avais dit à la famille que je craignais quelque complication, et particulièrement les thromboses, phlébites et points pleurétiques. Considérant ce genre d'accident comme infectieux, on voit que j'ai tout fait pour le prévenir. Mon traitement ne l'a pas empêché, mais l'a peut-être atténué.

Qui est-ce qui a infecté X...? Moi? La garde? L'accouchée elle-même? Je crois la garde aussi sûre que je le suis moi-même. On ne peut pratiquer l'antisepsie avec plus de religion. Quant à l'accouchée, elle avait l'habitude qu'ont certaines femmes de tâter la vulve avec la main soit pendant le travail, soit pendant les suites. Depuis cette époque, j'ai donné aux gardes l'ordre de laver les mains des parturientes dans la solution de bi-iodure de mercure, où elles se lavent elles-mêmes, à mon exemple. Combien de femmes, même de celles qui n'ont pas cette singulière habitude, assujettissent elles-mêmes les linges ou la ouate de leur garniture? Nul ne sait le chemin que peut prendre un microbe. Celui-là me paraît en être un, des plus courts, des plus directs, des moins extraordinaires.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DESCRIPTIF DES MALADIES DE LA PEAU (symptomatologie et anatomie pathologique), par H. LELOIR et E. VIDAL. 2e livraison.

Cette livraison contient les articles *boutons des pays chauds*, *canitie*, *charbon bactéridien*, *chéloïde*, *colloïde miliaire*, *cor*, *cornes cutanées*, *cysticerques*, *dermatites exfoliatrices*. On y trouve, comme dans le précédent, l'exposé complet de l'état de la science en même temps que les vues personnelles aux auteurs. Nous y signalerons comme particulièrement dignes d'intérêt et riches en idées originales les pages consacrées à la canitie, aux chéloïdes et aux dermatites exfoliatrices. Ces dernières affections, d'après les auteurs, sont caractérisées par les trois faits suivants : *a*) la généralisation des lésions à tout le tégument externe; *b*) l'inflammation subaiguë ou chronique du derme; *c*) la desquamation universelle, abondante, successive; cette desquamation foliacée se détache par larges lamelles, au moins sur le tronc et sur les membres. Ce syndrome ne se rencontre que dans trois affections qui sont : 1° la dermatite exfoliatrice généralisée, maladie générale, *totius substantiæ*, pouvant devenir mortelle avant la fin du troisième mois et ne guérissant guère avant le sixième mois; 2° la dermatite maligne exfoliante (herpétide exfoliatrice de Bazin), résultant de la transformation de certaines dermatoses chroniques, telles que l'eczéma, le psoriasis et le pemphigus; 3° la dermatite scarlatiforme généralisée, récidivante, qui dure quelques semaines et réapparaît à échéances plus ou moins longues. Il faut savoir gré aux auteurs d'apporter de la clarté dans cette question encore si complexe et si controversée des dermatites exfoliatrices.

H. HALLOPEAU.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Recherches sur l'action propre et comparative du strontium et de ses sels solubles sur l'organisme, par M. J. V. Laborde (*Bull. Soc. biol.*, 1890, 26, p. 453). — Le fait capital à l'égard du strontium, c'est un défaut absolu et relatif de toxicité sur l'animal et sur l'homme, quel que soit le mode d'introduction dans l'organisme. L'homme supporte sans le moindre trouble, l'ingestion journalière de 2 gr. de carbonate de strontium pendant six semaines.

Tandis que le chlorure de strontium n'est pas sensiblement toxique, le chlorure de Baryum est d'une toxicité extrême, ce qu'avaient déjà vu Gosselin et Orfila. Cependant ces deux corps ont une étroite parenté chimique.

Les sels de potassium et de sodium sont ainsi beaucoup plus toxiques que ceux de strontium. Par contre, les composés du calcium se rapprochent beaucoup par leur innocuité de ceux du strontium avec cependant une légère différence en faveur de ce dernier.

Le lactate de strontium donné pour l'estomac provoque chez le chien une diurèse parfois extraordinaire.

M. Laborde se propose de continuer ces intéressantes recherches; nous tiendrons nos lecteurs au courant de ses travaux. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 août. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire sur le moyen rationnel de se préserver du choléra, par M. le docteur Pigeon;

2° Un travail sur la dernière épidémie de grippe en 1889-1890, par M. le docteur Laffon;

3° Une note sur la pendaison dans l'ataxie et dans quelques autres affections nerveuses et sur les modifications à la méthode et à l'appareil de suspension, par M. le docteur Baudin;

4° Un pli cacheté sur deux moyens de prophylaxie et de guérison de la tuberculose, et un nouveau mode de culture du vaccin, par M. le docteur Merle.

Les métrites. — M. Polaillon lit un rapport sur un travail de M. Doléris intitulé : *Métrite du col* et *métrite du corps*. L'auteur défend avec conviction le curettage et l'écouvillonnage de l'utérus employés contre les métrites. Le curettage doit être réservé pour les cas les plus graves et se fait avec une curette mousse ou une curette tranchante; la première (petit curettage) est suffisante dans les cas d'inflammation légère de la muqueuse utérine du corps. Dans la métrite du col, on emploie la curette tranchante ou même une sorte de herse avec laquelle on déchire les culs-de-sacs glandulaires.

Sur 700 curettages, M. Doléris a eu 62 guérisons p. 100; avec la cautérisation, M. Polaillon a eu 82 p. 100 de succès. Le curettage échoue si l'utérus est déplacé ou les annexes malades, tandis que la flèche caustique peut réussir dans ces cas.

M. Doléris s'élève avec énergie contre la cautérisation qui pourrait amener des atrésies du col et la stérilité. M. Polaillon n'a jamais vu ces accidents survenir. Il préconise l'emploi du caustique qui est facile, n'exige ni anesthésie, ni précautions antiseptiques trop minutieuses, et donne d'excellents résultats. Pour le curettage, au contraire, il faut abaisser l'utérus après l'avoir dilaté; on doit anesthésier la malade et quelquefois l'opération doit être complétée par la cautérisation à l'aide d'un pinceau ou de l'écouvillon.

M. Charpentier regarde l'antisepsie comme nécessaire dans toutes les opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme. Il ne croit pas que l'on doive distinguer

un petit et un grand curettage. Quand on limite l'intervention au col, on ne guérit pas la malade, et il faut, si la métrite est invétérée, faire l'opération d'Emmet.

Pour la plupart des gynécologistes, le curettage est contre-indiqué s'il y a des affections des annexes, de la salpingite ou de l'ovarite. Cependant, dans les cas d'inflammation chronique de ces annexes, il pourrait être utile. Quand on emploie la curette tranchante, il ne faut s'arrêter que quand on entend le cri du tissu utérin; le pansement consécutif se fait avec un mélange de glycérine et de créosote en parties égales.

Les cautérisations peuvent produire l'atrésie au col, tandis qu'après le curettage, on ne l'observe pas à moins d'employer un caustique trop fort.

Ni le curettage ni le chlorure de zinc ne guérissent toutes les métrites, mais le premier a l'avantage de n'être pas douloureux, tandis que la cautérisation que fait M. Polaillon entraîne des souffrances très vives et très longues.

M. Polaillon maintient que le curettage est une méthode compliquée, qui exige une antisepsie rigoureuse, sinon on a des accidents septiques avec le chlorure de zinc; ce n'est que quand l'eschare se détache que l'on a à se préoccuper de l'antisepsie.

Quand la muqueuse utérine n'est pas très malade, la curette mousse suffit. La cautérisation, quand il y a une péri-métrite, produit une révulsion utile. Les douleurs sont beaucoup moins vives après elle que ne l'a dit M. Charpentier, et il y a des femmes qui ne souffrent pas. Quelques-unes se plaignent pendant quatre à cinq heures au plus. Les atrésies ne sont pas plus fréquentes après les cautérisations qu'après le curage.

En somme, M. Polaillon pense qu'il faut conserver les deux méthodes qui ont des indications différentes et peuvent être toutes deux suivies de succès.

Ostéo-myélite chronique du fémur. — M. Berger communique l'observation d'une ostéo-myélite chronique du fémur survenue sans fièvre à la suite d'un anthrax de la nuque. La trépanation de l'os conduisit sur un abcès central contenant le staphylococcus pyogenes aureus. Le malade était âgé de 28 ans et n'avait pas eu d'ostéo-myélite dans l'enfance. Les relations de l'anthrax et de l'ostéo-myélite, que Pasteur, Verneuil, Lannelongue ont mises en lumière, sont confirmées par l'identité des micro-organismes.

Constitution du lait. — M. Béchamp lit un travail sur la constitution de différents laits. En voici les conclusions :

1° Le lait de femme, pas plus que les laits de vache, de chèvre et d'ânesse, n'est une émulsion;

2° Les globules laiteux de femme, comme ceux des trois autres espèces, sont des vésicules dont la membrane enveloppante n'est pas formée de caséine. Les globules laiteux de femme ont l'enveloppe plus mince et plus extensible : de là leur énorme gonflement dans le lait éthéré; les globules du lait d'ânesse sont ceux qui se gonflent le moins;

3° Les globules laiteux de femme contiennent, outre le beurre, une matière albuminoïde soluble; il en est de même de ceux de la vache;

4° Le lait de femme absorbe beaucoup d'éther; la crème éthérée étant dépurée, le liquide sous-jacent devient limpide. Le lait d'ânesse est celui qui, toutes choses égales d'ailleurs, absorbe le moins d'éther; la crème éthérée qu'il produit est compacte et comme translucide. Les laits de vache et de chèvre absorbent proportionnellement moins d'éther que celui de femme; leur crème éthérée est plus consistante que celle de femme et moins que celle d'ânesse. La couche éthérée sous-jacente à la crème éthérée conserve l'aspect laiteux pour les laits de vache, de chèvre et d'ânesse. Avec le temps, la couche sous-jacente éthérée du lait de femme reste limpide; celle du lait d'ânesse s'éclaircit sans se cailler et un dépôt blanc s'y forme; celles du lait de vache se caillent sans s'éclaircir;

5° Le sucre de lait est le principe immédiat organique commun aux quatre espèces de lait; mais il présente certaines particularités dans le lait de femme;

6° Le lait de femme ne contient point de caséine, ni celui d'ânesse. Les laits de vache et de chèvre sont essentiellement des laits à caséine;

7° Dans les laits de femme et d'ânesse, les matières albuminoïdes sont en dissolution à l'état de laits albuminates alcalins. Dans les laits de femme et de chèvre, la caséine et

©BIU Santé

la lactalbumine existent pareillement en solution parfaite à l'état de combinaisons alcalines;

8° Le lait de femme et des trois autres ne contiennent point de phosphates à l'état libre; les phosphates y existent dissous par les albuminates ou comme parties intégrantes des globules;

9° Le lait de femme contient une matière albuminoïde insoluble dans le sesqui-carbonate d'ammoniaque; cette substance n'existe pas dans les laits de vache, de chèvre et d'ânesse;

10° La galactozymase de femme saccharifie énergiquement la matière amylacée; les galactozymases des trois autres espèces modifient l'empois de fécule sans saccharifier la matière amylacée;

11° Les microzymas et les membranes enveloppantes des globules laiteux de femme décomposent l'eau oxygénée avec moins d'énergie que les microzymas du sang et les enveloppes des hématies;

12° Le lait de femme et celui d'ânesse s'aigrissent spontanément sans se cailler; les laits de vache et de chèvre s'aigrissent spontanément et caillent ensuite; l'aigrissement se produit sous l'influence des microzymas propres à chaque espèce de lait;

13° L'ébullition altère le lait de femme dans sa lactalbumine et annihile la fonction de sa galactozymase; il en est de même des autres trois espèces;

14° L'ébullition, pendant deux ou trois minutes, n'empêche pas le lait de vache de se cailler, mais il se caille sans s'aigrir. Pour arriver au même résultat avec le lait de chèvre, il faut, toutes choses égales d'ailleurs, une ébullition plus prolongée. L'ébullition empêche les laits de femme et d'ânesse de s'aigrir, mais non de s'altérer, sans se cailler toutefois. L'ébullition, selon sa durée et selon les cas, ne tue donc pas les microzymas, mais modifie leur fonction;

15° En principe, l'ébullition peut donc être inefficace pour rendre inoffensif le lait d'une bête malade;

16° Puisqu'il en est ainsi et que l'ébullition altère le lait et annihile la fonction de sa galactozymase, l'hygiène rationnelle veut qu'on ne fasse usage pour l'allaitement artificiel des nouveau-nés que de lait frais d'animaux sains;

17° Il peut être utile de faire bouillir le lait de vache pour l'allaitement des enfants;

18° La conclusion de M. Tarnier que le lait d'ânesse est le meilleur pour remplacer le lait de femme dans l'allaitement des nouveau-nés et des enfants du premier âge est expliquée par le fait que, comme le lait de femme, le lait d'ânesse n'est pas du lait à caséine.

— M. Galezowski propose de corriger l'*astigmatisme irrégulier* par des verres coniques.

— M. Blache lit un mémoire sur la *protection de l'enfance* dans le département de la Seine en 1888 (sera publié *in extenso*).

Traitement de la scarlatine par l'acétate d'ammoniaque. — M. Vidal formule à ce sujet les conclusions suivantes:

1° Il est hors de doute que l'acétate d'ammoniaque est parfaitement toléré par l'organisme à la dose de un gramme par année d'âge, chez les enfants et chez les adultes. Cependant chez l'adulte je n'ai jamais dépassé la dose de 35 grammes par jour;

2° Il y a lieu de croire qu'à cette dose, l'acétate d'ammoniaque, en abaissant rapidement les hautes températures de l'organisme, constitue un moyen de traitement précieux de la scarlatine, et peut-être aussi des autres fièvres éruptives;

3° L'action de ce médicament nous a paru d'autant plus rapide qu'il a pu être administré plus près du début de la maladie.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 21 au 22 juillet 1890.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Lundi 21 juillet. — N° 286. M. Lecureuil (Albert) : Etude clinique de l'adénopathie

péri-trachéale syphilitique et de la syphilis tertiaire de la trachée. (Président, M. Ball). — N° 287. M. Lacombe (Gustave) : Contribution à l'étude clinique des localisations angio-cardiaques de la fièvre typhoïde. (Président, M. Laboulbène.) — N° 288. M. Santoni (Vincent) : Contribution à l'étude des kystes du vagin principalement au point de vue historique et anatomique. (Président, M. Laboulbène.) — N° 289. M. Lobstein (Charles) : Contribution à l'étude des amputations spontanées dans les traumatismes. (Président, M. Laboulbène.) — N° 290. M. Tavenard (Adolphe) : Sur un cas d'anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle. (Président, M. Guyon.) — N° 291. M. Thibault (Hyacinthe) : Sur la salpingite blennorrhagique. (Président, M. Guyon.) — N° 292. Mlle Paule Bert : Contribution à l'étude clinique de l'asthme essentiel chez les enfants. (Président, M. Straus.) — N° 293. M. Bonnières (Louis) : Contribution à l'étude des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde. (Président, M. Straus.) — N° 294. M. Monnier (Jules) : Sur le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire accompagné d'autres vices de développement. (Président, M. Potain.) — N° 295. M. Saint-Aubin (Louis) : Des fugues inconscientes hystériques et diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie. (Président, M. Potain.) — N° 296 (*). M. Clerval (Alfred) : Du sulfonal (Revue générale et observations cliniques). (Président, M. Hayem.) — N° 297. M. Pigache (Eugène) : Contribution à l'étude de l'hydrastis canadensis dans le traitement des affections utérines. (Président, M. Bouchard.) — N° 298 (*). M. Vignalou (A.) : Etude sur la pleurésie à streptocoques. (Président, M. Bouchard.)

Mardi 22. — N° 299. M. Dejardin (Paul) : Quelques considérations sur le traitement local de l'endométrite chronique. (Président, M. Laboulbène.) — N° 300. M. Carrère (J.-Ch.-G.) : Etude sur le traitement de la teigne tondante. Résultats obtenus à l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis. (Président, M. Laboulbène.) — N° 301. M. Vergues (Justin) : La dernière épidémie de grippe à l'hôpital maritime de Brest. (Président, M. Laboulbène.) — N° 302. M. Fourrier (Alfred) : Du traitement et des indications opératoires dans les affections dentaires pendant la grossesse. (Président, M. Laboulbène.) — N° 303. M. Piole (Martial) : Contribution à l'étude du cancer rétro-péritonéal. (Président, M. Peter.) — N° 304. M. Guyénot-Outhier : Contribution à l'étude des propriétés thérapeutiques et toxiques du condurango et de la condurangine. (Président, M. Peter.) — N° 305. M. Barbier (Antoine) : Du rétinol et de son emploi en thérapeutique. (Président, M. Peter.) — N° 306. M. Merchandier (Paul) : Contribution à l'étude de l'empyème métapneumonique ou pleurésie purulente pneumococcique à vaste épanchement. (Président, M. Proust.) — N° 307. M. Douarre (G.-Cl-Ach.) : Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique hypertrophique. (Président, M. Laboulbène.) — N° 308. M. Sans (Pierre) : Sur une forme particulière de conjonctivite infectieuse semblant se rattacher à un contage animal. (Président, M. Laboulbène.) — N° 309. M. Bidault (Alfred) : Etude sur les premiers essais d'anesthésie chirurgicale. (Président, M. Laboulbène.) — N° 310. Mme Frenkel née Zessarsky : Contribution à l'étude de la médication hypnotique analgésique. Valeur thérapeutique du mono-trichloracétyl diméthylphénil pyrazolone. (Monochloralantipyrine ou hypnol). (Président, M. Dieulafoy.) — N° 311. Mme Vinaver (C.) : Etude sur le curettage de l'utérus et l'opération de Schröder. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 312. M. Martin (Paul) : Contribution à l'étude des hygromas tuberculeux. Hygromas tuberculeux à type myxomateux. (Président, M. Debove.) — N° 313. M. Potel : Contribution à l'étude de la grippe et de son mode de transmission. (Président, M. Debove.) — N° 314. M. Lévêque-Lacroix (N.) : Essai sur la conjonctivite granuleuse chronique. (Président, M. Panas.) — N° 315. M. de Paula : Des troubles musculaires du strabisme concomitant. (Président, M. Panas.) — N° 316. Mlle Mendelssohn (Félicia) : Contribution à l'étude de l'iode en obstétrique. (Président, M. Tarnier.) — N° 317. M. de Lauradour (Albert) : Contribution à l'étude des lésions du foie dans l'éclampsie puerpérale. (Président, M. Tarnier.) — N° 318. M. Digoy (L.) : Du délire dans la chorée. (Président, M. Ball.) — N° 319. M. Stcherbatcheff (Erasme) : Contribution à l'étude du doigt à ressort. Théorie articulaire. Variété synoviale. (Président, M. B. Ball.) — N° 320. M. Gascuel (V.) : Contribution à l'étude du mal perforant. (Président, M. B. Ball.) — N° 321. M. D'Hotel (H.-R.) : Etude clinique sur les troubles trophiques de la peau et de ses dépendances dans le rhumatisme articulaire chronique. (Président, M. Ball.)

©BIU Santé

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'HERPÈS GÉNITAL. — H. Feulard.

Dans le cas d'herpès génital discret, lotions avec de l'eau blanche très affaiblie, de l'eau vinaigrée, du vin aromatique. Saupoudrer les petites ulcérations avec de la poudre de bismuth, du talc, de l'amidon. — Si les ulcérations tendent à persister, on les touche soit avec une solution très faible, contenant 4 à 8 décigrammes de nitrate d'argent pour 20 grammes d'eau, soit avec une pommade renfermant la même proportion de sel d'argent pour 20 grammes de vaseline. — Dans le but de prévenir les récidives, on interpose entre le gland et le prépuce de la charpie sèche ou imbibée de substances toniques et astringentes. — Comme traitement général, dans le cas d'herpès idiopathique, on administre un vomitif ou un éméto-cathartique. — Alimentation non excitante, abstinence d'alcool, cure aux eaux d'Uriage. — N. G.

COURRIER

Par décrets, en date du 31 juillet 1890, la chaire de médecine opératoire de la Faculté de Lille prend le titre de chaire de clinique ophthalmologique.

M. de Lapersonne, agrégé des Facultés de médecine, est nommé, à partir du 1er novembre 1890, professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Lille.

— L'ouverture du concours pour les prix à décerner en 1890, à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices (concours de chirurgie et d'accouchement), aura lieu le jeudi 11 décembre 1890, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Voici les résultats des divers concours pour les prix de l'année scolaire 1889-1890 :

Première année : Cinq concurrents, le prix n'est pas décerné.

Deuxième et troisième année (*Anatomie et physiologie*) : trois concurrents, prix : M. Paul Parisot; mention très honorable : M. André Stroup.

Quatrième année : *Médecine* (deux concurrents), prix : M. Paul Weil; mention honorable : M. Jules Sterne. — *Chirurgie* : prix : M. Charles Mouginet.

Prix de l'internat, fondé par le docteur Bénit (quatre concurrents), prix : M. Thiébaut; mentions honorables, *ex æquo* : MM. Frœlich et Prautois.

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

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

GOUTTES AMÈRES DE GIGON, stimulant de l'estomac.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. PETER : Les gastralgiques et les gastralgies. — II. Ouverture du Congrès de Berlin. — III. REVUE DES JOURNAUX : De certaines localisations cardiaques de l'impaludisme aigu. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — V. THÈSES de doctorat. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER.

Hôpital Necker. — M. le professeur PETER.

Les gastralgiques et la gastralgie.

(Leçon revue par le professeur.)

Je veux continuer aujourd'hui à vous parler des gastralgiques et à faire l'étude de la gastralgie; j'ai encore quelques faits typiques à vous citer.

C'est d'abord l'histoire d'un jeune homme que j'ai suivi depuis plus de quinze ans. Il éprouvait alors, à certains moments, de vives douleurs au niveau de l'estomac. Avec cela, il avait un appétit vorace, une sorte de boulimie par suite, à la fois de la surexcitabilité de son pneumogastrique et du « vide à combler » que lui faisait sa dilatation stomacale. A son déjeuner, il dévorait un perdeau froid tout entier, des tranches de jambon, de la purée de pommes de terre, le tout arrosé d'une bouteille de vin de Champagne. Puis, au bout d'une demi-heure, de trois quarts d'heure environ, il s'introduisait le doigt dans la bouche, et, ainsi, se faisait vomir. Mais pourquoi ce manège bizarre. C'est que d'abord il éprouvait une sensation de faim très vive, presque violente ; il mangeait alors et calmait ainsi son estomac. A ce calme succédait la douleur dont il se délivrait en se faisant vomir.

Il y avait là un véritable cercle vicieux : le malade mangeant pour apaiser l'excitabilité douloureuse de son estomac, puis provoquant le vomissement pour se débarrasser d'une nouvelle douleur. Rapidement ce jeune homme s'était amaigri, affaibli et ressemblait à un phthisique.

Tout d'abord je fus frappé de l'acidité des matières vomies par lui, et j'instituai un traitement par le régime azoté (viandes diverses), la presque abstinence des féculents et par le bicarbonate de soude à hautes doses, que le malade prenait par cuillerées à café, en même temps que l'eau de Vichy. En outre, je fis appliquer des pointes de feu sur l'estomac; plus tard j'ordonnai l'hydrothérapie. Il guérit en quelques semaines, mais pour échouer dans l'aliénation mentale complète, avec agitation, délire érotique, etc. Dans la rue, il poursuivait les petites filles, et il fallait qu'un domestique tutélaire le suivît pour prévenir tout scandale. La folie du cerveau avait remplacé celle du pneumogastrique stomacal. Il est guéri maintenant de son aliénation mentale; mais il est resté « toqué »; c'est un hypochondriaque ; il se fait cautériser les mains, les bras, sous prétexte que cela le soulage. Sur ces brûlures se sont développées de petites kéloïdes qu'il veut faire enlever au bistouri; c'est un véritable désir d'hystérique.

©BIU Santé

De temps à autre sa dyspepsie acide reparaît; les douleurs reviennent, et il guérit de nouveau par le bicarbonate de soude. Voilà donc un fait typique de gastralgie, avec douleurs calmées d'abord par les aliments, puis revenant ensuite; et où l'on voit bien, par l'alternance des accidents nerveux stomacaux et psychiques, que la gastralgie dépend d'un vice général de l'innervation.

Ce n'est pas tout; ce qui vient confirmer la névrose, c'est que ce malade présente des antécédents nerveux héréditaires. Son père est un fou hypochondriaque; il a une sœur complètement folle, internée depuis deux ans chez M. Falret. Je viens de demander de ses nouvelles : elle est incurable. Elle ne présente, elle, aucun trouble de l'estomac ; elle est polymaniaque. Le frère a eu de la folie stomacale suivie de folie cérébrale et il est resté déraisonnable.

Chez une jeune fille, atteinte également de gastralgie, on observait une répulsion très vive pour les aliments, bien que l'appétit fût conservé. C'est ce que Lasègue a appelé « l'anorexie hystérique », mais à tort, car il n'y a pas anorexie; le refus de manger est dû à la douleur éprouvée lors des repas et dont les malades se méfient. Cette jeune fille s'est émaciée et est morte deux ans plus tard de tuberculose. Elle aussi avait des antécédents héréditaires : une sœur aussi toquée qu'elle, un père aliéné, enfermé dans une maison de santé. Dans ce cas encore la gastralgie est donc bien une névrose du pneumogastrique stomacal. Je puis vous citer enfin la malade du n° 13 de la salle Trousseau. C'est une jeune fille nerveuse, débile. Elle était entrée dans une maison comme bonne à tout faire; mais elle dut quitter cette place en raison de sa faiblesse. Elle entra dans une nouvelle famille où elle se trouvait très bien; elle reprit de l'embonpoint et de la vigueur. Mais, le 29 avril dernier, on lui signifia qu'on n'avait plus besoin de ses services et on lui retira l'enfant qui lui était confié et à qui elle s'était attachée. C'était une double commotion. Presque aussitôt elle ressentit de vives douleurs à l'estomac et se mit à vomir tout ce qu'elle prenait; cela ressemblait aux vomissements incoercibles de la grossesse. Le 1er mai, elle trouva une nouvelle place, mais elle ne put travailler. Enfin elle entra ici, affaiblie, souffrant beaucoup au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre gauche. La pression sur l'épigastre était douloureuse; elle l'était moins sur l'hypochondre gauche. Alors aussitôt je pressai sur son pneumogastrique gauche et je provoquai un cri de souffrance. A droite, le pneumogastrique était douloureux, mais beaucoup moins. En pressant sur les parties latérales du cou, sur les insertions du nerf phrénique, il n'y avait pas de douleur, le pneumogastrique était donc seul douloureux.

Avec du lait, du repos, de bonnes paroles, tout rentre dans l'ordre et notre jeune fille se porte bien maintenant. Il n'y a plus qu'une certaine douleur à l'épigastre. Ainsi, chez cette malade, la perte de sa place (premier chagrin), le regret d'être séparé d'un enfant auquel elle s'était attaché (deuxième chagrin), ont amené une perturbation fonctionnelle de l'estomac par l'intermédiaire du grand sympathique et du pneumogastrique. C'est là un bel exemple d'un phénomène purement psychique, transformé en trouble matériel et physique. Ainsi s'explique l'action puissante des chagrins sur des affections plus graves de l'estomac. Qu'ils surviennent violents et prolongés à un âge avancé, celui des affections organiques, et la lésion matérielle pourra être un cancer de l'estomac. Qu'il y faille la prédisposition du milieu vivant, voilà qui n'est pas douteux; mais, ce qui ne l'est

pas moins, c'est l'influence des troubles nerveux sur la localisation du mal : le cancer est alors le maximum de la détermination morbide dont la gastralgie est le minimum.

Je puis maintenant vous exposer les symptômes de la gastralgie. Dire que c'est une « affection douloureuse de l'estomac », c'est répéter en français ce qu'exprime le mot grec; la douleur en est le symptôme constant et nécessaire; elle siège au « creux épigastrique » et résulte de l'irritation du plexus solaire. Mais cette douleur peut remonter le long du pneumogastrique gauche, qui est alors sensible à la pression le long du cou, et il existe habituellement un autre point très sensible au niveau de la troisième apophyse épineuse cervicale. La douleur est donc un signe constant, nécessaire dans la gastralgie; elle est due à un trouble sécrétoire certain, à une sécrétion exagérée de suc gastrique et d'acide chlorhydrique. Cette douleur est périodique et revient à certains moments. Au début de l'affection, elle apparaît au moment où l'HCl est le plus abondant, c'est-à-dire une heure après l'ingestion des aliments azotés. Y a-t-il hypersécrétion de l'HCl seulement ou surabondance du suc gastrique en totalité? C'est une question non encore résolue pour moi. Je crois plutôt à une sécrétion exagérée portant sur l'ensemble du suc gastrique. Quoi qu'il en soit, l'HCl en excès attaque la muqueuse de l'estomac, l'irrite, la fait souffrir. C'est alors que le patient éprouve, par un besoin instinctif, le désir de boire; il sait par expérience qu'il calme ainsi la douleur et il fait, sans s'en douter, cette petite opération chimique, qui consiste à diluer l'acide chlorhydrique. (Disons-le en passant, vous voyez quelle est l'erreur du médecin qui prescrit alors la diète sèche, c'est-à-dire l'usage exclusif des aliments solides; la diète lactée est moins irrationnelle sans être plus légitime.) Cette douleur constante et nécessaire a une période d'apparition également nécessaire; elle ne se montre d'abord qu'une heure après le repas. Mais il est des cas plus graves où il y a sécrétion exagérée de suc gastrique même en dehors des repas, la nuit, par exemple, ou le matin. Le malade est alors réveillé par une douleur vive qu'il compare à une brûlure; c'est bien, en effet, une brûlure d'ordre chimique. Il calme cette douleur par l'ingestion d'un verre d'eau (il délaye ainsi son suc gastrique), ou il l'occupe en mangeant un peu de viande froide, un morceau de pain. Cette sursécrétion, presque continue, du suc gastrique indique évidemment une affection plus grave. D'autres individus souffriront toute la journée par le fait d'une sécrétion, on peut dire continuelle. La névrose douloureuse est alors permanente.

La douleur est parfois si vive qu'elle provoque des lipothymies, comme dans toutes les affections douloureuses où le grand sympathique est intéressé. La face se grippe, le pouls devient petit, misérable; des palpitations surviennent par suite d'un acte réflexe du pneumogastrique stomacal sur le pneumogastrique cardiaque; les vomissements sont fréquents, l'estomac rejette les aliments, cause de sa douleur, et s'en débarrasse. Ces vomissements sont donc formés de substances alimentaires; ils sont, de plus, très acides, l'estomac rejetant en même temps le corps du délit, d'où cette sensation d'acidité, d'agacement des dents que vous observerez chez vos malades. Et remarquez bien qu'il n'y a pas d'anorexie véritable; l'estomac n'est pas malade, c'est le pneumogastrique seul qui est fou; aussi est-ce un caractère absolument typique de la gastralgie que cette persistance de la faim.

©BIU Santé

Que verrez-vous encore? Une constipation habituelle, due aux digestions imparfaites, et des régurgitations acides, même en dehors des repas; elles sont une chose nécessaire, l'estomac se débarrassant ainsi d'une partie de son excès d'acide chlorhydrique. Il y a aussi de la flatulence par sécrétion exagérée de gaz. Et à ce propos, Messieurs, rappelez-vous les expériences de Cl. Bernard, établissant que certaines perturbations des pneumogastriques font sortir des vaisseaux les gaz du sang. Le même fait se produit ici, d'où flatulence, d'où dilatation stomacale possible, mais dilatation consécutive et non primitive (la dilatation de l'estomac est d'ailleurs toujours deutéropathique).

En résumé, les gros signes de la gastralgie sont donc : la douleur, les vomissements, la constipation, la soif et aussi des éructations gazeuses, inodores, car il n'y a pas là de fermentation. Voilà toute la gastralgie. Au point de vue chimique, vous trouverez dans les matières vomies une exagération de l'acidité due à la surabondance du suc gastrique.

Maintenant, que peut devenir le gastralgique? Messieurs, j'ai vu des malades mourir des suites de leur affection, — mais de leur affection transformée. A vingt ans de distance, j'ai pu observer des gastralgiques traités par Trousseau, dont le diagnostic avait été, et avec raison, « gastralgie simple ». Eh bien, ils mouraient, vingt ans plus tard, d'un *ulcère simple de l'estomac*. J'ai vu deux cas de ce genre. Il n'est donc pas indifférent d'être un gastralgique.

Un de ces malades était pris, vingt ans après le début des accidents douloureux, de vomissements de sang pur avec mélæna; il ressentait des douleurs atroces et persistantes. Le second mourut d'une perforation de l'estomac qui, s'étant faite du côté du diaphragme, avait déterminé une pleurésie suraiguë, un hydropneumothorax.

L'ulcère simple peut donc être une des terminaisons de la gastralgie. La pathogénie en est des plus faciles à comprendre : il est mauvais pour la muqueuse stomacale d'être en contact permanent et prolongé avec un excès d'HCl, irritation d'abord, érosion ensuite, ulcération plus tard, ulcère simple enfin. Le plus habituellement, la gastralgie a une allure moins violente; elle détermine peu à peu des lésions de la muqueuse stomacale, il y a gastrite diffuse, catarrhale et alors, au lieu de l'hyperchlorhydrie, on trouve une diminution ou une disparition de l'HCl. L'individu, hyperchlorhydrique antérieurement, perd l'appétit, présente tous les signes d'une gastrite chronique : il est hypochlorhydrique.

Avec quelles affections pourrez-vous confondre la gastralgie? Le diagnostic en semble facile. Mais je vous ai dit que la douleur apparaissait environ une heure après le repas. Eh bien, dans la colique hépatique, la douleur se produit à peu près au même moment, alors que la bile afflue dans le duodénum. Il y a donc là une cause possible d'erreur. Je sais bien que, ultérieurement, l'ictère pourra apparaître et le diagnostic sera facile, mais il n'en est pas toujours ainsi. Il y a une forme de colique hépatique, sans ictère, que j'ai appelée « pseudo-gastralgique », dont le diagnostic n'est pas toujours aisé. Mais, en cherchant bien, vous constaterez : qu'il y a non seulement de la douleur spontanée au creux épigastrique, mais aussi de la douleur provoquée au niveau des insertions du diaphragme à droite, c'est-à-dire sur les expansions terminales du phrénique. Ces douleurs peuvent irradier vers le cou et l'épaule *droite*. Elles n'existent pas dans la gastralgie simple. Notre malade du n° 14 de la salle Trousseau n'a pas de

douleur au niveau du phrénique; elle n'en éprouve que sur le trajet cervical du pneumogastrique *gauche*. Donc, dans la colique hépatique, deux sortes de douleurs : celle du pneumogastrique *droit* et celle du phrénique *droit;* au contraire, dans la gastralgie, douleur du pneumogastrique gauche, mais qu'il faut savoir chercher.

Vous pourriez encore penser à l'ulcère simple. Parfois vous serez sur la limite de l'affection. On dira « ulcère simple » si la douleur est presque permanente, et non périodique, comme dans la gastralgie, si cette douleur s'accompagne d'irradiation vers le point du rachis correspondant au creux épigastrique, enfin s'il survient des vomissements de sang pur ou à demi-digéré, s'il y a du melæna. Dans l'ulcère simple encore, vous noterez toujours une élévation de la température locale; prise chez un individu bien portant, elle est, au creux épigastrique, de 35°5; dans l'ulcère simple, vous constaterez une élévation d'un demi-degré, et quelquefois deux degrés; et, en dehors de cette hyperthermie locale, habituelle, il y a encore surélévation au moment des crises douloureuses, et le thermomètre peut alors marquer 38°. Cette élévation de température indique un processus actif, une poussée congestive qui se fait au moment des accès de douleur; on conçoit que cette poussée peut aller jusqu'à la rupture des vaisseaux, d'où les hémorrhagies. Ainsi donc il y a des gastralgies pouvant durer de longues années causées par un excès d'HCl, qui finissent pas aboutir à l'ulcère simple, et celui-ci peut déterminer la mort, ou par perforation, ou par hémorrhagie. J'aurai encore d'autre faits de gastralgie à vous citer; je vous en parlerai plus tard.

Ouverture du Congrès de Berlin

(De notre correspondant spécial.)

Un seul endroit, à Berlin, pouvait contenir 6,000 personnes, c'est le cirque Renz; aussi est-ce lui que l'on a choisi pour tenir les séances générales. Le palais de l'Exposition a été choisi pour les séances des sections, parce qu'il est composé d'un grand nombre de pièces.

La décoration du cirque Renz était très belle pour la séance d'ouverture. En face de l'entrée principale se trouvait la tribune et, immédiatement derrière, une statue colossale d'Esculape; à droite, la loge de l'empereur présentant de chaque côté des statues de la Victoire; à gauche, la loge de la musique contenait une Minerve. Le sol du manège possédait de chaque côté des sièges pour les hôtes d'honneur et, au centre, un passage pour aller depuis l'entrée jusqu'à la tribune. Au faîte et aux colonnes étaient suspendus des drapeaux de tous les pays. En face la loge de l'empereur se trouvait le drapeau de l'empire attaché au toit, plus grand d'un tiers que ses deux voisins et pendant tout droit; à sa gauche était le drapeau français et à sa droite le drapeau anglais. En face de la loge de la musique, il y avait encore un deuxième drapeau allemand de même taille que le premier; des drapeaux de toutes les nations pendaient du toit en formant un cercle complet. J'ai encore vu le drapeau français dans un des trophées attachés aux colonnes.

Les délégués militaires se sont placés en bas, dans le manège, tous en uniforme.

Virchow prit la parole à onze heures un quart et son apparition à la tribune fut saluée par de nombreux applaudissements. Nous relèverons dans son discours les phrases suivantes : « Soyez convaincus que partout, dans notre pays, vous serez admis comme des hôtes aimés. Notre peuple sait que la médecine est un des représentants les plus sincères de l'humanité. Il estime les grands médecins allemands et étrangers.

« Vous remarquerez ici que presque tous les établissements qu'on vous fera visiter ont

©BIU Santé

été construits en un temps où, d'après l'opinion générale, l'Allemagne n'était occupée que de préparer une nouvelle guerre. Non, Messieurs, nous sommes de loyaux partisans de la paix. Nous savons que la paix nourrit et que la guerre détruit. Encore une fois, donc, nous vous accueillons avec une cordialité parfaite. »

O. Lassar a fait ensuite l'exposé des participations au Congrès. Après qu'il eut annoncé que la France avait envoyé 34 délégués, des applaudissements frénétiques ont éclaté. « 60 médecins militaires étrangers au moins sont, a-t il dit, venus pour étudier notre organisation sanitaire militaire. 700 communications au moins sont annoncées. Sont présents 2,500 médecins allemands, 500 des Etats-Unis, à peu près autant de Russie, 300 d'Angleterre, au moins 1,000 dames. Enfin, Edison s'est fait inscrire parmi les membres du Congrès. »

V. Bœtticher, ministre d'Etat, a salué le Congrès, au nom de l'empereur et de l'empire, à la place du chancelier, empêché, et V. Gross, au nom du royaume de Prusse.

Les représentants de chaque pays ont ensuite répondu quelques mots. De nombreux applaudissements ont suivi les paroles du professeur Bouchard, qui a été nommé un des présidents d'honneur.

Le discours de Lister a été interrompu à plusieurs reprises par de vifs applaudissements. Il a déclaré que, aujourd'hui, il était partisan du sublimé pour la désinfection. Il a conseillé d'éviter d'irriter les tissus et surtout les membranes séreuses, et de n'employer sur elles que des solutions étendues. Il a cessé d'employer le spray depuis quelques années.

La séance s'est terminée par le discours de Koch sur les progrès de la bactériologie.

REVUE DES JOURNAUX

De certaines localisations cardiaques de l'impaludisme aigu, par le docteur G. Rouzier (*Revue de médecine*, 1870). — Dans cet intéressant travail, M. Rouzier résume d'abord l'ensemble des recherches faites relativement à l'action de l'impaludisme sur le cœur. La plupart des auteurs ont envisagé la question en anatomistes en négligeant l'investigation cliniqne. Le plus souvent ils ont noté l'absence de lésions ; d'autres fois ils ont décrit des altérations de volume, de consistance et de coloration du muscle cardiaque, son hypertrophie ou sa dégénérescence, exceptionnellement des lésions valvulaires. Mais ils n'ont pas mis l'état anatomique du cœur en rapport avec l'histoire des malades. Quelques médecins, dans des formes graves de l'impaludisme, ont constaté des souffles et à l'autopsie trouvé des lésions valvulaires. Enfin d'autres, dans les cas simples, ont attribué à l'endocardite ou à la myocardite les souffles qu'ils percevaient.

M. Rouzier a recueilli un assez grand nombre d'observations d'impaludisme léger, dans lesquelles, tout antécédent d'affection cardiaque pouvant être écarté, il se produisit en l'absence de toute manifestation fonctionnelle, un souffle au 1er temps bien caractérisé, présentant un maximum à la pointe ou dans le voisinage de cette dernière. Ce souffle ne se propage pas dans les vaisseaux du cou ; il s'accompagne quelquefois d'un dédoublement de ce bruit à la base du cœur, le plus souvent au voisinage du foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire ; il peut enfin coexister avec des œdèmes. Dans deux observations où les malades ont été suivis quelque temps, on a vu le souffle s'atténuer progressivement.

Après avoir longuement discuté les différentes explications que l'on peut proposer, M. Rouzier conclut, et il est difficile de ne pas partager sa conviction, à une insuffisance mitrale fonctionnelle, déterminée elle-même par l'action du poison palustre sur la musculature valvulaire. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juillet. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : La résection du genou. — Traitement de l'appendicite.

M. Lucas-Championnière rapporte les résultats que lui a donnés la résection du genou. Il a fait 14 fois cette opération ; dans un seul cas, il s'agissait d'une autre lésion que d'une tumeur blanche. L'opération fait disparaître un foyer de tuberculose locale et laisse au malade un membre très utile, qui agit comme une colonne de sustentation, dont la mobilité n'est pas nécessaire.

M. Lucas-Championnière a guéri tous ses opérés. Chez un de ses malades, il a fait l'amputation à la suite d'une récidive et la mort est survenue, causée par l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Quatre fois il est arrivé des accidents locaux qui, une fois, ont forcé à l'amputation secondaire ; l'opéré a guéri. Dans les autres cas, il y a eu suppuration et fistules. Parmi ces derniers malades se trouvaient deux enfants chez lesquels l'opération avait été trop économique. Cependant, chez eux, le membre continue à grandir et il sera certainement utile plus tard.

Tous les autres sujets ont conservé un membre utile. Il faut suivre ces malades pour se rendre compte de la grande utilité du membre réséqué. Il ne faut pas combattre complètement le raccourcissement à l'aide d'un appareil orthopédique. Les muscles, qui étaient dans un état d'atrophie extrême, se développent de nouveau, car des muscles auxquels on rend des insertions solides, se rapprochant de la normale, reprennent leur vigueur, même quand ils paraissaient irrémédiablement perdus.

Le temps qui s'écoule depuis le moment où l'opéré commence à s'appuyer sur le membre opéré et celui où il peut marcher est très variable. Il ne faut pas permettre de s'appuyer sur la jambe avant le deuxième mois. Généralement, c'est entre trois et cinq mois que la marche se fait bien, et un des opérés de M. Lucas-Championnière a pu prendre les fonctions d'infirmier.

L'opération est surtout indiquée chez les sujets jeunes entre dix-huit et trente ans. Cependant, on a pu la réussir sur des malades ayant dépassé l'âge de cinquante ans. Lorsque les os sont ramollis, la consolidation est très lente.

L'amélioration de l'état général est très notable. On a cru, à un moment, que les opérations dirigées contre les tuberculoses locales aggravaient les déterminations pulmonaires ou même exposaient à l'apparition d'une tuberculose aiguë. M. Lucas-Championnière n'a jamais vu rien de semblable. Au contraire, il arrive souvent que les lésions pulmonaires des opérés s'améliorent dans des proportions considérables. Chez un de ses malades, les lésions du côté des poumons étaient si avancées que ses internes le dissuadèrent de l'opérer. Il a persisté et, malgré des hémoptysies qui survinrent dans les premiers jours, actuellement le malade se porte si bien qu'il est commissionnaire aux Halles.

Il faut, pour obtenir ces résultats, que l'opération soit complète et qu'il n'y ait pas de suppuration. Pour cela, il faut placer l'opéré dans un appareil inamovible dès le premier jour et ne l'en plus retirer.

M. Lucas-Championnière opère de la manière suivante : Après avoir appliqué la bande d'Esmarch, il fait une incision courbe dont il prolonge les côtés très loin, afin de bien découvrir le genou. Il découvre et dissèque la partie antérieure des os. Il nettoye alors les parties voisines de l'articulation des fongosités qu'elles peuvent renfermer et enlève les foyers caséeux que l'on rencontre souvent au-dessus et au-dessous. Ensuite, il scie les os d'avant en arrière jusqu'aux trois quarts de leur épaisseur, puis fait rentrer par un coup de ciseau le pont de substance osseuse qui reste. En opérant ainsi, on laisse intacts les tissus fibreux de la face postérieure de l'articulation ; on doit, du reste, les débarrasser des foyers morbides qu'ils peuvent contenir.

On coupe par tranches le tibia et le fémur jusqu'à ce que l'on soit arrivé à l'os sain.

©BIU Santé

Cependant, si les foyers tuberculeux remontent trop haut, il faut les creuser pour les nettoyer entièrement. Tout tissu morbide étant enlevé, on ajuste les os en les recoupant, en les taillant avec la pince coupante. La partie la plus pénible de l'opération est alors à faire; il faut poursuivre avec soin et patience tout ce qui peut exister de tissu suspect autour de l'articulation et rien ne doit échapper à la curette. On doit procéder à la fois avec hardiesse et précaution du côté du creux poplité.

Tout étant enlevé, on fait la suture des os en plaçant des points avec des fils d'argent. Très rarement on ne peut employer les fils métalliques à cause de la friabilité des os. On emploie le catgut pour la suture du périoste et du tissu fibreux, le crin de Florence pour celle de la peau.

Contrairement à M. Bœckel, M. Lucas-Championnière place deux drains sur les parties latérales sans les faire pénétrer entre les surfaces osseuses. Il conserve aussi la totalité de la peau, bien qu'elle paraisse en trop grande quantité au début. L'antisepsie doit être faite avec le plus grand soin, et quand on a fini, il faut tout nettoyer avec la solution phéniquée au 1/20e.

Comme pansement, M. Lucas-Championnière met successivement de la gaze iodoformée, des sachets remplis de poudre d'iodoforme, du tissu imperméable et, enfin, une grande quantité d'ouate de tourbe: le tout est maintenu par une bande de gaze. Quand on enlève la bande d'Esmarch, l'hémorrhagie se fait dans le pansement et le membre est placé dans un appareil plâtré contenant une attelle postérieure en fil de fer. Ce n'est que le vingtième ou le vingt-cinquième jour que l'on enlève le pansement pour en placer un autre semblable en fendant l'appareil au devant de lui. Vers le soixantième jour, on met le membre dans un silicate; le quatrième mois, on protège la région par un appareil en cuir bouilli et on fait porter à l'opéré un soulier à talon élevé. Rapidement, du reste, le malade apprend à marcher, malgré le raccourcissement, et ne met plus son soulier. Il faut avoir toujours soin de faire ce soulier de manière à ce que la différence de hauteur ne soit pas tout entière compensée.

Si l'opération est bien faite, la récidive locale est très rare, sauf chez les enfants. Chez eux, en effet, l'opération est presque toujours incomplète et ce n'est pas une opération de choix.

M. Lucas-Championnière, pour montrer les résultats que l'on peut espérer obtenir, cite un cas curieux. Il s'agit d'une femme de 21 ans qui avait eu, dans l'enfance, des tumeurs blanches des deux genoux, qui s'étaient placés dans la flexion complète, et de la hanche gauche. On fit une section sous-trochantérienne du fémur et une résection double; actuellement, l'opérée marche droite avec des béquilles.

— M. Reclus relate trois observations d'*appendicite*. Dans la première, il s'agit d'un garçon de 15 ans qui fut pris d'une vive douleur de ventre au cours d'une indigestion de cerises. Les garde-robes se supprimèrent, l'abdomen se ballonna, puis bientôt apparurent des vomissements porracés. A l'hôpital, on constata des douleurs de ventre et un météorisme généralisés; la douleur s'exaspérait dans la fosse iliaque droite et il y avait un empâtement au-dessous du ligament de Fallope du même côté; la température était à 39°15.

M. Reclus fit une incision oblique de 14 centimètres parallèlement au ligament de Fallope, 7 centimètres au-dessus; 7 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure et trouva au-dessous du fascia une collection de pus fétide de la grosseur d'une noix, située, en avant, en bas, et un peu en dehors du cœcum. En cherchant à dégager l'appendice qu'il réséqua, il tomba dans un nouvel abcès situé plus en arrière. L'intestin fut fermé par un double plan de sutures au catgut. L'opéré succomba à la péritonite. Il n'y avait pas de pus dans le ventre et les intestins étaient agglutinés par des exsudats fibrineux.

Dans un deuxième cas, le malade, qui était traité pour des coliques hépatiques, fut pris, après un déjeuner copieux suivi d'un voyage en chemin de fer et en voiture d'une douleur déchirante dans le flanc droit, s'étendant dans les organes génitaux et vers l'ombilic. Après des vomissements bilieux, des applications de sangsues et d'onguent napolitain apaisèrent les phénomènes et il ne resta qu'un peu de douleur et de la tuméfaction

dans la fosse iliaque. Puis survint une crise nouvelle pendant laquelle la température s'éleva à 39°. M. Reclus trouva un empâtement dans la fosse iliaque. Après analgésie à la cocaïne, il fit une incision oblique parallèle au ligament de Fallope, longue de 15 centimètres. L'incision du fascia transversalis donna issue à un flot de pus fétide avec un débris sphacélé de l'appendice vermiculaire et un caillot sanguin décoloré. Le reste de l'appendice dut être abandonné à cause des adhérences, mais, en voulant dégager, on ouvrit un deuxième abcès situé en arrière et en dehors du cœcum. La cicatrisation est maintenant presque complète.

Le troisième cas remonte au mois de novembre 1887. Les collections purulentes formées autour de l'appendice furent ouvertes à la fois en avant et en arrière, dans la région rénale, et le malade guérit.

La pathogénie de l'appendicite est maintenant très connue : des corps étrangers, pépins, noyaux, débris d'os, surtout matières fécales durcies, franchissent la valvule de Gerlach et pénètrent dans l'appendice; elles y déterminent une irritation des parois et une hypersécrétion de la muqueuse; si la valvule de Gerlach ne cède pas et s'oppose à l'évacuation dans le cœcum, s'il se forme une coudure, des adhérences qui rétrécissent l'appendice à sa base et retiennent, dans sa cavité distendue, corps étrangers et substances sécrétées, une véritable tumeur se produit; la tunique interne s'ulcère d'autant plus facilement que la distension des parois comprime les vaisseaux et ralentit la circulation sanguine; les microbes pathogènes de l'intestin peuvent ajouter leur effet nuisible en inoculant les tissus; une plaque gangréneuse se forme, et lorsque le mort se sépare du vif, la perforation survient.

Deux alternatives peuvent alors se produire : ou bien l'appendice vermiforme, sans adhérence, libre dans la séreuse, verse ses produits septiques dans le péritoine et provoque une inflammation généralisée; ou bien, sous l'influence de l'irritation que les corps étrangers provoquent dans le processus, des néomembranes l'enveloppent qui le font adhérer aux organes voisins, cœcum, anses de l'intestin grêle, péritoine pariétal et les matières infectieuses pénètrent dans ses néomembranes, s'y infiltrent et amènent la formation d'une collection qui, bien que intra-péritonéale, est limitée et séparée du reste de la séreuse; aussi, celle-ci est-elle soustraite à l'inflammation; la péritonite est localisée et représente ce qu'on appelait autrefois les abcès de la fosse iliaque.

L'ouverture large et hâtive est la seule méthode de traitement efficace. Même quand la péritonite est générale d'emblée, on peut réussir si on opère pendant les trois premiers jours. Comme incision, M. Reclus préconise l'incision oblique, parallèle au ligament de Fallope dans sa moitié inférieure, puis continuant en dehors la même direction, au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Quelquefois l'abcès n'adhère pas à la paroi abdominale ou n'y adhère pas en bas. L'incision oblique ouvrirait alors le péritoine et non l'abcès. La voussure peut alors manquer et la ponction exploratrice être dangereuse en inoculant la séreuse; du reste elle est souvent infidèle.

Dans ces cas, Gerster propose de faire une laparotomie médiane, d'introduire la main, de chercher le point où est l'adhérence et de la fixer, tandis que, avec l'autre main, et de dehors en dedans, on perce la peau avec une aiguille aspiratrice qui servira de guide au bistouri pour pratiquer une incision suffisante.

Une deuxième forme exceptionnelle de Gerster est la collection « postérieure ». Ici, l'adhérence se fait en arrière, et c'est au-dessus de la crête iliaque qu'il faut pratiquer l'ouverture. Les abcès postérieurs sont fréquents, mais ils se combinent assez souvent avec des abcès antérieurs, comme dans la dernière observation de M. Reclus. La forme « rectale » est tout à fait rare; l'appendice est parfois anormalement situé; il y plonge dans le petit bassin, et, s'il se perfore, il provoque la formation d'un abcès; dans ce cas, Gerster propose l'ouverture par le rectum et aurait, dans un cas, obtenu ainsi la guérison.

Enfin, il décrit une forme « mesocœliaque », où le pus se serait amassé au milieu même des anses intestinales, sans connexion avec la paroi abdominale antérieure et postérieure. M. Reclus en a observé un cas; l'abcès s'ouvrit dans l'intestin. La meilleure opération serait une laparotomie que l'on ferait le long du bord externe du droit anté-

©BIU Santé

rieur; on écarterait ensuite minutieusement les adhérences et l'on chercherait le pus; la cavité serait drainée par la gaze iodoformée.

Quand l'appendicite n'est pas encore perforée, mais qu'elle existe, M. Reclus conseille de n'opérer que si les crises se répètent, si elles paraissent graves, si une petite tumeur existe et fait craindre que l'appendice distendu ne se crève. L'excision de l'appendice après son ouverture entre deux ligatures est alors une bonne opération.

— M. Hache communique une observation de *fracture des quatre métatarsiens* avec sphacèle des téguments, à la suite d'un traumatisme, chez un diabétique. La désarticulation de Lisfranc donna un très bon résultat.

— M. Reclus présente un rein avec pyonéphrose calculeuse enlevé par la néphrectomie transpéritonéale.

— M. Guéniot montre un nouveau-né opéré à la Maternité pour une inclusion fœtale à implantation palatine.

— M. Delens fait un rapport sur une observation de M. Roland (de Tours) relative à une hémorrhagie traumatique de la chambre antérieure et du corps vitré. On fit l'évacuation de l'épanchement à l'aide d'une incision pratiquée avec un couteau triangulaire et portant sur la cornée et la sclérotique. La vision fut longue à se rétablir, parce qu'il resta beaucoup de sang en arrière de l'iris.

— M. Polaillon fait connaître la pratique de M. Laroyenne dans les suppurations de l'ovaire et des trompes. Il ponctionne par le vagin et débride ensuite; les collections doubles ne seraient pas une contre-indication. S'il y a une hémorrhagie, on tamponne avec une grosse éponge, qu'on retire le lendemain. L'antisepsie de la poche est assurée par des crayons de chlorure de zinc.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 23 au 24 juillet 1890.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mercredi 23 juillet. — N° 322. M. Lehmann (S.-A.) : Contribution à l'étude des manifestations septicémiques et pyohémiques dans la grippe. (Président, M. G. Sée.) — N° 323. M. Gayet (Z) : Quelques considérations sur les divers modes de traitement de l'érysipèle et particulièrement de l'emploi des pulvérisations éthérées de sublimé. (Président, M. G. Sée.) — N° 324. M. Cornu (V.) : Contribution à l'étude de la dermographie — urticaire graphique provoquée. (Président, M. Fournier.) — N° 325. M. Daniel (Edouard) : Contribution à l'étude des accidents déterminés par les injections hypodermiques et principalement par les injections mercurielles. (Président, M. Fournier.) — N° 326. M. Désiré (P. Emile) : De l'amygdalotomie dans le traitement de l'hypertrophie tonsillaire. (Président, M. Guyon.) — N° 327. M. Steinmetz : Contribution à l'étude du traitement des fractures du corps du fémur. (Président, M. Guyon.) — N° 328. M. Duchaine (F.) : Des ruptures de l'artère méningée moyenne. (Président, M. Guyon.) — N° 329. M. Allard (A.-Fr.) : Des rapports des accidents infectieux du nouveau-né et en particulier de l'ostéomyélite avec l'infection puerpérale. Leurs portes d'entrée. (Président, M. Lannelongue.) — N° 330. Mlle Finkelstein (Anna) : Remarques sur les pleurésies purulentes de l'enfance. (Président, M. Straus.) — N° 331. M. Regnard (Charles) : Etude sur la pathologie du pouls lent permanent. (Président, M. Straus.) — N° 332. M. Wigniolle (Arthur) : Du lavage de l'estomac dans l'obstruction et l'occlusion intestinale. (Président, M. Straus.) — N° 333 (*). M. Champnil (J.-M.-J.) : Recherches histologiques sur la voûte du crâne membraneux primordial. (Président, M. Ch. Richet.) — N° 334. M. Leloup (Ch.-Ar.) : Le catha edulis. (Président, M. Baillez.) — N° 335. Mlle Dylion (Berta) : De l'insertion vicieuse du placenta, essai de clinique thérapeutique. (Président, M. Pinard.) — N° 336. M. Lefauve (Léon) : De la nécessité d'un examen obstétrical pré-

coce pour éviter les présentations définitives de l'épaule et du siège. (Président M. Pinard.)

Jeudi 24. — N° 337. M. Renaud (E.) : Sur un nouvel appareil à chloroformer. (Président, M. Straus.) — N° 338. M. Bertrand (Emile) : Contribution à l'étude de l'albuminurie intermittente non cyclique chez les gens bien portants. (Président, M. Straus.) — N° 339. M. Kocher (Louis) : Contribution à l'étude du pouls lent permanent. (Président, M. Straus.) — N° 340. M. Tripier (Charles) : Contribution à l'étude de la cure des ulcères variqueux. (Président, M. Straus.) — N° 341. M. Mazery (Joseph) : L'azote dans les eaux minérales. Etude physiologique et thérapeutique. (Président, M. Charcot.) — N° 342. M. Targoula. Essai sur les fibres nerveuses intra-corticales du cerveau dans la paralysie générale et dans la démence. (Président, M. Charcot.) — N° 343. M. Boubon (Florentin) : Du traitement de l'érysipèle de la face par l'aconitine cristallisée. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 344. M. Ladouce (Louis) : Contribution à l'étude du sarcome de l'ovaire. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 345. M. Rohart (G.) : Contribution à l'étude de la pectoriloquie aphone et de sa valeur séméiologique. (Président, M. Brouardel.) — N° 346. M. Mally : Contribution à l'étude du traitement des pleurésies et des lavages intra-pleuraux. (Président, M. Brouardel.) — N° 347. M. Sous (Georges) : De l'automatisme comitial ambulatoire. (Président, M. Brouardel.) — N° 348. M. Cherbution (E.) : Etude spectrophotométrique du sang oxycarboné. Applications médico-légales. (Président, M. Brouardel.) — N° 349. M. Marie (A.) : Contribution à l'étude des troubles oculaires dans la paralysie générale. (Président, M. Ball.) — N° 350. M. Daurisboure (Alexis) : Des idées de persécution dans l'alcoolisme. (Président, M. Ball.) — N° 351. M. Fauconneau (Jules) : De la folie d'origine cardiaque ou des troubles psychiques consécutifs aux maladies du cœur. (Président, M. Ball.) — N° 352 (*). M. Dubul (Henri) : Sur un cas de kyste sanguin spontané du péritoine. (Président, M. Ball.) — N° 353. M. Bellencontre (Elie) : Du traitement de la métrite du col. (Président, M. Peter.) — N° 354. M. G. de Le Valle : Etude comparée de la réfrigération et de la compression dans le traitement des orchites. (Président, M. Peter.) — N° 355. M. Blanc (Eugène) : Etude critique sur les lésions des nerfs récurrents laryngés et leurs conséquences. (Président, M. Straus.) — N° 356. M. Pierre (O.) : Des complications non cancéreuses de l'appareil pulmonaire dans le cancer de l'estomac. (Président, M. Debove.) — N° 357. M. Choppin (Léon) : Marche de la pneumonie caséeuse chez l'enfant. (Président, M. Debove.) — N° 358. M. Four (Emile) : Des hémorrhagies du tube digestif dans la terminaison de la cirrhose alcoolique. (Président, M. Debove.) — N° 359. M. Blin (Em.-Ed-Eug.) : De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions. (Président, M. Debove.) — N° 360. M. Lecomte (Eugène) : Recherches bibliographiques et cliniques sur le traitement palliatif des corps fibreux par l'électricité, les injections d'eau chaude, le curettage de l'utérus, le massage, l'ergot de seigle et l'hydrastis canadensis. (Président, M. Panas.) — N° 361. M. Gendron (Emile) : Etude sur quelques cas d'affections oculaires d'origine utérine. (Président, M. Panas.) — N° 362. Mme Pokitonoff (Mathilde) : Contribution à l'étude des complications oculaires de l'influenza. (Président, M. Panas.) — N° 363. Mlle Jakubowska (Félicia) : Des résultats éloignés du traitement électrique des fibromes utérins par la méthode du docteur Apostoli. (Président, M. Tarnier.)

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA. — Lustgarten.

Oléate de cocaïne.....	0 gr. 40 à 1 gramme.
Lanoline.....	10 grammes.
Huile d'olives.....	2 —

F. s. a. une pommade recommandée contre l'eczéma de l'anus et des organes génitaux. — Deux onctions par jour, suivies d'applications de poudres absorbantes. — Bains de siège chauds, lotions savonneuses. — Pour remédier au prurit de l'anus, prescrire des suppositoires à l'oléate de cocaïne. — N. G.

©BIU Santé

COURRIER

L'ouverture du concours pour les prix à décerner en 1890, à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices (concours de médecine), aura lieu le lundi 8 décembre 1890, à quatre heures, à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Concours public pour un emploi de sous-directeur du bureau d'hygiène de Lyon. — Ce concours s'ouvrira à Lyon le vendredi 26 décembre 1890. Le registre des inscriptions sera clos le mardi 23 décembre, à quatre heures du soir. Les candidats devront remplir les conditions suivantes : Etre âgés de 25 ans révolus ; être Français ou naturalisés Français ; être pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté de médecine française. Les candidats déposeront, en se faisant inscrire, la liste de leurs titres et travaux scientifiques. Les épreuves du concours auront lieu à l'Hôtel-de-Ville, devant un jury spécial désigné par le maire.

Première épreuve (mémoire écrit). Epidémiologie : Maladies contagieuses transmissibles et épidémiques (symptômes, diagnostic, anatomie et physiologie pathologiques, pathogénie, thérapeutique et prophylaxie).

Deuxième épreuve (mémoire écrit). Hygiène publique ; hygiène scolaire.

Troisième épreuve (rapport écrit). Visite et inspection d'une école publique ; examen clinique d'un ou plusieurs enfants.

Quatrième épreuve (clinique). Leçon écrite sur un ou deux malades atteints d'affections médicales.

Le jury fixera, pour chacune des quatre épreuves précédentes, le temps accordé aux candidats pour la rédaction des mémoires, préparation, etc. Aussitôt après la dernière séance, le jury, après avoir examiné la valeur des épreuves, et, si ces épreuves lui paraissent suffisantes, désigne un seul des candidats au choix de l'administration municipale. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er janvier 1891. Les attributions seront fixées par un arrêté du maire. Le traitement alloué au sous-directeur du bureau d'hygiène est de 4,000 francs au minimum. L'exercice de la médecine lui est interdit, ainsi que le cumul avec les fonctions de médecin ou de chirurgien en exercice, des hôpitaux, du bureau de bienfaisance, etc., etc.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Toussaint, professeur à l'Ecole de médecine et à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, plusieurs fois lauréat de l'Institut, auteur de travaux importants sur le charbon et les vaccinations anti-charbonneuses, la tuberculose, le choléra des poules, etc. ; et de M. Hallez, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille.

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c. ; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. H. Stapfer : Remarques sur la température des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs. — III. Congrès de Berlin. — IV. Bibliothèque : Les bactéries et leur rôle dans l'étiologie, l'anatomie et l'histologie pathologique des maladies microbiennes. — V. Revue des journaux : Journaux italiens. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Chancre syphilitique : Induration.

L'induration joue un rôle si important dans l'histoire du chancre syphilitique qu'elle a servi à établir sa dénomination de chancre induré : il est vrai que, dans quelques cas, cette induration peut faire défaut ou être difficilement perceptible pour un doigt qui n'est pas particulièrement exercé ; mais on peut dire que ces faits sont de beaucoup les plus rares et que les cas sont exceptionnels dans lesquels une main exercée ne peut en retrouver au moins quelque trace.

Cette induration n'est autre chose que la perception par le doigt de la résistance toute particulière du tissu de nouvelle formation qui constitue le chancre, tissu dû à des altérations du derme que nous connaissons aujourd'hui grâce à l'histologie et dont la connaissance nous a permis de saisir l'origine anatomique des différents caractères du chancre.

Aussi, avant d'aller plus loin, avant de passer à l'étude de l'induration syphilitique, ce ne sera pas, je crois, temps perdu de faire une incursion dans l'étude de l'anatomie pathologique de la lésion primitive de la syphilis ; nous recueillerons dans cette incursion quelques données qui vous serviront à mieux comprendre la raison d'être, le pourquoi des faits que je vous ai exposés dans la précédente leçon et de ceux qu'il me reste encore à vous faire connaître.

On trouve dans le chancre des altérations du derme et des altérations de l'épiderme.

Les lésions du derme consistent en une infiltration des faisceaux conjonctifs par des cellules embryonnaires qui sont accumulées surtout au pourtour des vaisseaux ; les cellules conjonctives sont gonflées, hypertrophiées ; les parois artérielles et veineuses sont souvent épaissies, sclérosées, l'adventice et les autres tuniques sont infiltrées par des cellules embryonnaires, l'endothélium tuméfié occasionne un rétrécissement plus ou moins prononcé du canal vasculaire, parfois son oblitération totale ; c'est l'endartérite oblitérante syphilitique aiguë de Unna.

Au milieu de ces modifications pathologiques, les fibres du tissu conjonctif, les fibres élastiques sont peu ou ne sont pas altérées ; l'ensemble des

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 août 1890.

©BIU Santé

modifications du derme indique une affection à tendances plutôt organisatrices que destructives.

Du côté de l'épiderme, les lésions varient suivant qu'on les considère au milieu ou sur les bords du chancre.

Sur les bords, il y a hypertrophie de l'épiderme, du corps muqueux de Malpighi en particulier et de ses prolongements interpapillaires ; parfois il y a une hypertrophie de la couche granuleuse dont les cellules sont plus riches en éléïdine.

Dans les parties centrales, on trouve une dégénérescence vésiculaire des cellules ; celles qui sont situées au-dessous de la couche cornée de la peau sont transformées en d'énormes vésicules qui, à un moment donné, s'ouvrent les unes dans les autres ; il en résulte une cavité anfractueuse, cloisonnée, dans l'intérieur de laquelle on trouve, au milieu d'un liquide transparent, des cellules migratrices venues des vaisseaux voisins. (Leloir.)

Les modifications du derme et de l'épiderme commandent l'aspect du chancre, déterminent ses caractères optiques : la couleur rouge résulte de l'état particulier du derme traversé par des vaisseaux sclérosés et congestionnés, infiltré de cellules embryonnaires ; la couleur grise relève, au contraire, de l'intensité plus ou moins grande de la prolifération épithéliale, de l'abondance plus ou moins grande de la desquamation ; la chute facile, la destruction de l'épithélium donnent naissance au chancre rouge par la mise au jour de la coloration du derme ; le développement excessif de la couche épithéliale, le manque de desquamation, à la coloration grise.

La dégénérescence vésiculeuse des cellules paraît, dans quelques cas, agir aussi d'une façon très marquée sur les premières phases du développement du chancre, sur la lésion initiale. Dans le plus grand nombre des faits, ce paraît être une papule qui constitue cette lésion initiale, c'est à une papule que succède directement l'ulcération chancreuse ; chez un certain nombre de malades cependant, en particulier sur la peau, dans les premiers temps du développement de l'accident, initial de la syphilis, le liquide épanché dans l'interstice des cellules épidermiques altérées peut ne pas arriver à forcer la résistance de la couche cornée et s'accumuler au-dessous d'elle ; il en résulte la production d'une vésico-pustule, c'est la variété pustuleuse du chancre, état transitoire du reste, car une telle vésicule ne tarde pas à se rompre ou à sécher, remplacée par une croûte qui tombe rapidement.

Dans le chancre constitué, les lésions dermiques paraissent, en même temps que la couleur, commander l'induration, ce signe si important pour le diagnostic dont nous allons faire maintenant l'étude.

Pour rechercher et bien apprécier l'induration, pour bien saisir les sensations auxquelles elle donne lieu, et ne pas les laisser échapper dans les cas difficiles, je ne saurais vous donner meilleur conseil que de suivre les règles formulées par le professeur Fournier dans son traité de la syphilis ; voici ces règles :

Pratiquer le toucher du chancre en faisant mouvoir les doigts parallèlement aux téguments ou, ce qui revient au même, dans la direction du plan du chancre.

Saisir le chancre aux extrémités mêmes d'un de ses diamètres, tout près de sa circonférence. Placés à distance des bords de l'ulcération, les doigts n'auraient qu'une sensation viciée et émoussée par l'interposition des par-

ties saines. Saisir le chancre superficiellement, comme si l'on voulait le soulever, le détacher, pour ainsi dire, des parties sous-jacentes : c'est la seule façon de bien isoler le chancre des tissus qui le supportent et d'en apprécier la résistance propre.

Exercer sur le chancre une certaine pression, d'une extrémité à l'autre d'un de ses diamètres, en recherchant si, dans cet effort d'opposition des doigts, on perçoit une résistance anormale; c'est cette résistance qui constitue l'induration syphilitique.

En procédant de la sorte, il sera tout à fait exceptionnel que vous ne sentiez au-dessous du chancre une masse dure, résistante, plus ou moins accusée; c'est la plaque d'induration caractéristique du chancre. Cette plaque déborde dans une plus ou moins grande étendue les limites de l'ulcération; elle tranche très nettement, par sa résistance élastique, sur la consistance des tissus environnants.

La plaque d'induration est à la fois ferme et élastique, sa consistance ne rappelle en aucune façon celle de l'œdème et des infiltrations inflammatoires; elle donne, suivant son épaisseur, la sensation d'une lamelle de cartilage, de carton, de parchemin introduit sous la peau. Pour ne citer que quelques exemples de ce qui se passe sur les organes génitaux de l'homme, l'induration sur le fourreau donne au-dessous des chancres très étendus et creusés la sensation d'une mince lamelle élastique ou d'une feuille de parchemin doublant l'ulcération; avec les chancres petits, elle est souvent plus prononcée, revêt une forme circulaire et aplatie donnant aux doigts qui la palpent une sensation analogue à celle que fournirait une pastille ou un bouton de guêtre introduits sous la peau. L'induration des chancres du sillon glando-préputial est souvent très accusée, se présentant tantôt sous forme de nodules, tantôt sous forme de nappes pouvant occuper le fond du sillon balano-préputial ou s'étendant très loin dans l'épaisseur du prépuce, auquel elle enlève son élasticité et sa souplesse. Quelle que soit la forme que l'induration affecte, ses limites sont très nettes, abruptes; elles ne se fondent jamais d'une façon progressive et insensible avec celles des tissus voisins; c'est, pour ainsi dire, un corps étranger introduit au milieu des tissus normaux; l'induration cesse brusquement, ce qui permet de la délimiter facilement des tissus mous dans lesquels elle est enchâssée. C'est donc sous un double aspect que l'induration peut se présenter; tantôt elle se présente sous la forme d'une nodosité plus ou moins volumineuse (induration noueuse, calleuse), tantôt sous la forme d'une lamelle mince et aplatie, qui s'étale en surface au-dessous de l'ulcération (induration lamelleuse, parcheminée, papyracée).

Le professeur Cornil a montré que la disposition et l'importance de l'induration chancreuse, que ses différentes modalités dépendaient du mode suivant lequel les différents réseaux vasculaires de la peau avaient été atteints. Quand le réseau superficiel situé au-dessous des papilles est seul atteint, l'induration reste superficielle, peu intense, foliacée, parcheminée; quand le réseau profond du derme est atteint en même temps que le réseau intermédiaire, l'induration est à la fois superficielle et profonde; c'est alors qu'elle prend la forme nodulaire et ces consistances ligneuses, cartilagineuses parfois si prononcées, si étendues. Quand l'induration se présente sous ses formes atténuées, la constatation en devient difficile, même pour des doigts exercés à ce genre de recherches, et c'est en pareil cas qu'il faut bien se rappeler et appliquer avec soin les différents préceptes formu-

©BIU Santé

lés par le professeur Fournier; il est bon alors de comparer la sensation fournie par l'exploration du chancre avec celle que vous fournira un point voisin ou un point symétrique des téguments sains explorés de la même façon. Et si, après cette contre-épreuve, il vous reste encore quelque doute sur la valeur des sensations que vous éprouverez, un mode d'exploration différent vous permettra quelquefois de saisir une induration qui vous avait échappé par les modes d'exploration ordinaires; vous roulerez entre les doigts la portion de peau ou de muqueuse qui supporte l'érosion chancreuse, et vous pourrez parfois obtenir de la sorte une sensation de résistance qui ne se sera pas nettement révélée par les procédés ordinaires de palpation. (Fournier.)

Vous connaissez maintenant, messieurs, les deux éléments caractéristiques du chancre induré, l'ulcération et l'induration ; l'ulcération avec sa couleur spéciale, sa forme en godet, ses bords en dos d'âne ; l'induration sous ses formes nodulaires et lamelleuses, parcheminée, papyracée, foliacée. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que vous ne rencontrerez pas ces deux lésions associées, dans des proportions fort différentes, il est vrai, mais presque constamment associées ; il faut cependant savoir qu'il est des cas où l'une ou l'autre peut faire défaut ; l'induration peut exister sans ulcération ; plus fréquemment c'est l'inverse qu'on observe, et l'ulcération sans induration, pour être moins fréquente chez l'homme que chez la femme, n'est cependant pas absolument rare chez celui-ci : ces chancres sans induration appartiennent presque tous à la classe des chancres érosifs, c'est-à-dire à érosion particulièrement superficielle et ont reçu le nom de chancres épithéliaux, érythémateux, desquamatifs. Ces chancres érosifs ressemblent beaucoup aux érosions simples ; il est facile de les confondre avec les rougeurs et les ulcérations d'inflammations simples au milieu desquelles elles peuvent être noyées avec celles de l'intertrigo, par exemple, et une erreur de diagnostic est presque excusable en pareil cas. Nous reviendrons sur ces chancres peu caractérisés à propos des variétés et du diagnostic du chancre ; retenez simplement, pour le moment, que si dans la plupart des cas, les deux caractères du chancre, coloration et induration, ressortent très nettement, les cas ne sont pas absolument rares où l'un ou l'autre est atténué au point d'être difficilement perceptible.

(*A suivre.*)

Remarques sur la température des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs (1)

Par H. Stapfer.

Voici maintenant deux autres observations qui datent de 1886. Elles sont, par conséquent, antérieures de deux années. Je cite textuellement mes notes. Le lecteur y verra que mes idées n'étaient pas encore fixées, et que je me posais sans les trancher diverses questions sur la nature et l'origine des accidents.

X... accouche spontanément et sans difficultés. Le quatrième jour, elle se plaint d'un point douloureux dans le dos. La température était de 37°. Le sixième jour, elle s'élève à 37°9. Le point dans le dos s'est changé en point

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 2 et 9 août 1890.

de côté ; le déplacement et la localisation de la douleur, jointes à une température normale ou presque normale, confirmaient l'idée de névralgie intercostale que j'avais eue d'abord, mais l'auscultation et la percussion, muettes au quatrième jour, m'apprirent au sixième que la névralgie était un phénomène secondaire. Submatité à la percussion à droite. Respiration affaiblie. Le lendemain, persistance du point de côté ; mêmes signes. Le surlendemain matité. J'appelle le docteur M... et le prie de se joindre à moi pour observer et traiter cette affection. Les signes disparaissent ou s'atténuent pour reparaître quelques heures plus tard.

Le diagnostic est : léger épanchement pleural. On le traite par les vésicatoires. La maladie évolue sans complications dans l'espace de quinze à dix-huit jours ; mais, vers la sixième semaine, trois semaines après que la respiration est devenue normale, X... se plaint d'avoir les jambes pesantes et enflées. L'œdème est manifeste à l'œil et au doigt sur les deux membres. Un simple bandage de flanelle et le repos au lit suffisent comme traitement, mais X... ne peut reprendre la vie ordinaire que six semaines plus tard, trois mois après l'accouchement. Lors de ma seconde rencontre avec le docteur M..., je lui ai dit : En définitive, ce n'est pas de la pleurésie franche. Les signes sthétoscopiques sont d'une fugacité remarquable. La matité se déplace. Elle est rarement très franche. Il y a tantôt du souffle, tantôt des râles crépitants, sous-crépitants, fins ou gros. On dirait un mal qui erre cherchant à se localiser. Seraient-ce des petites embolies qui courent ? On dit que des caillots se détachent parfois de l'utérus. Ou bien ces accidents seraient-ils infectieux ? J'ai fait ces jours passés de la médecine opératoire. Aurais-je apporté quelques germes en dépit de toutes les précautions ? Je ne puis le croire, tant cette infection, si s'en est une, me semble bénigne.

Quatre jours après avoir acconché X... j'assiste une autre cliente. Tout est normal et les suites paraissent simples jusqu'au dix-huitième jour environ. A ce moment, phlegmatia du membre inférieur gauche. Traitement : immobilité, gouttière, membre enveloppé de compresses saturéees de chlorhydrate d'ammoniaque. Résolution ; mais le relèvement est lent. Impotence légère pendant plusieurs mois.

Au moment où cette cliente est accouchée, je faisais, comme je l'ai dit, à propos de l'observation précédente, de la médecine opératoire pour le concours des hôpitaux. La question d'infection possible que je m'étais posée à propos de X..., je me la posai encore au sujet de cette seconde accouchée. Si les accidents de ce genre sont dus à des caillots, d'où viennent ces caillots ? De l'utérus ? Mais la régression des vaisseaux n'est-elle pas faite au dix-huitième jour ? Cette hypothèse n'est guère admissible que pour les accidents pleuro-pulmonaires de la première accouchée, survenus au sixième jour. Pour la seconde, il faut admettre que les caillots se sont formés sur place.

On voit quelle était alors ma perplexité sur la nature de pareils accidents. L'infection ne me semblait pas démontrée. Plus tard elle ne fit plus de doute à mes yeux. Malheureusement je n'ai pas la température de la seconde accouchée. Je n'avais pas auprès d'elle une de mes sages-femmes, ce qui explique comment elle n'était pas prise ; mais voici le relevé thermométrique de la première accouchée d'après sa feuille journalière.

Deuxième jour, matin, 36°6 ; soir, 36° ; troisième jour, matin, 36°7 ; soir, 36°6 ; quatrième jour, 36°5, 37° ; apparition du point douloureux, troisième jour 36°6, 37°. Sixième jour 37°, 37°9. On met un premier vésicatoire. La

©BIU Santé

température s'abaisse et s'arrête à 36°8 le soir du huitième jour, puis elle remonte et atteint 38°2 le soir du onzième jour. Chute nouvelle jusqu'à 36° constatés le soir du quinzième jour ; puis ascension à 38°6 le matin du dix-neuvième jour.

A chaque ascension correspondait l'aggravation ou la réapparition des signes stéthoscopiques locaux. J'ai dit que ces signes étaient d'une fugacité remarquable, ce que j'ai constaté jusqu'à présent dans tous les cas observés par moi.

A dater du vingt-deuxième jour, le tracé ayant donné une série de petites oscillations de 36°7 à 37°, je crus à un indice du retour à la santé, ce que confirmaient les signes stéthoscopiques locaux, et malheureusement on cessa de prendre la température. Je suis donc réduit à supposer quelques ascensions thermiques avant l'apparition de l'œdème des membres inférieurs.

Je fus très surpris par l'apparition de cette phlegmatia bénigne, *atténuée*, mais non douteuse, et dans mon esprit, qui saisissait une filiation possible entre les accidents primitifs et la phlegmatia, s'affirma non seulement l'idée de l'origine infectieuse des accidents, mais de leur commune nature, la thrombose. M. Widal, dans sa thèse de l'an dernier, vrai modèle de précision scientifique, m'a montré que mes suppositions fondées sur la synthèse des faits cliniques étaient vraies.

Quel est le traitement des accidents infectieux dont j'ai parlé?

Le véritable traitement est préventif. J'ai dit, au cours des observations, comment j'avais agi pendant les accidents. Le traitement préventif consiste dans l'asepsie du médecin, du personnel, de la femme. Des précautions habituelles que les deux premiers doivent prendre, j'ai peu de choses à dire; à eux de s'instruire; cela rentre dans leur métier. On se forme maintenant à l'antisepsie au cours des études.

L'antisepsie de la femme doit être pratiquée : A pendant la grossesse, B pendant le travail, C pendant les suites de couches.

A. *Grossesse.* — Dès le huitième mois au moins, la femme nettoiera tous les matins avec la main, couverte d'une abondante mousse de savon, le bas-ventre, les poils du pubis, la vulve, la face interne des cuisses et le sillon interfessier. Elle prendra tous les jours, matin et soir, une injection d'eau tiède saturée d'acide borique ou de naphtol β. Ces injections seront renouvelées trois, quatre et cinq fois par jour si la femme a des pertes blanches. Dans ce cas, l'acide borique réussit mieux que le naphtol.

Les canules seront laissées en permanence dans le vase à injections; elles n'en seront retirées qu'au moment de l'introduction dans le vagin.

B. *Travail.* — Le lit sera garni avec des draps frais et non pas avec ceux qui ont servi les jours précédents. Les mains de la femme seront lavées — au besoin brossées — avec du savon dans une solution au bi-iodure de mercure. Le nombre des injections à donner sera réglé sur la durée du travail. Les liquides boriqués ou naphtolés sont préférables aux sels de mercure, qui dessèchent et irritent le vagin, ce qui rend le toucher difficile et douloureux. La vulve sera garnie d'un tampon d'ouate aseptique. Au moment de l'expulsion, l'accoucheur placera près de lui, à portée de la main, une cuvette pleine d'eau antiseptique mercurielle et des tampons de coton hydrophile. Il nettoiera soigneusement les parties génitales et l'anus avec les tampons trempés dans cette eau dont ses mains seront toujours humectées.

C. *Suites de couches.* — Immédiatement après la délivrance, une abondante irrigation vaginale sera faite par le médecin lui-même. L'irrigation intra-utérine est indiquée par la prolongation insolite du travail, la mort du fœtus, les interventions. Il est préférable d'en donner deux, l'une avant la délivrance, lorsque les membranes ne sont pas encore décollées, l'autre après expulsion du placenta. Il est indispensable, dans les cas où la femme est sérieusement menacée, d'introduire la main dans l'utérus en même temps que la canule pour faire un nettoyage aussi complet que possible; mais, ordinairement, il suffit de pousser la canule à fond. Je me sers d'une canule en gomme, qui ressemble à toutes les canules, mais elle est très longue. Elle peut servir pour les injections vaginales comme pour les utérines. La maison Aubry l'a fabriquée. Il faut la conduire avec soin dans la cavité utérine, ce qui est facile même sans mettre la femme en travers du lit, si le siège est élevé. On la guide sur le doigt jusqu'à pénétration dans le col, puis on retire le doigt et on pousse la sonde. Sans la précaution du doigt conducteur, on serait exposé à faire une irrigation vaginale au lieu d'une injection utérine. En effet, cette sonde, n'étant pas rigide, se loge en se repliant dans les culs-de-sac d'un vagin profond. Les toilettes et injections consécutives seront faites avec les précautions antiseptiques ordinaires les plus rigoureuses.

Lorsque les accidents menacent, c'est-à-dire pendant la période d'incubation (état fébrile ou subfébrile), on peut peut-être conjurer et certainement atténuer les accidents par l'irrigation intra-utérine continue ou intermittente, suivant nécessité. Il faut en user, *sans temporisation*, dès que la question de septicémie se pose. Attendre un diagnostic ferme, c'est attendre les accidents et laisser le champ libre à l'infection.

CONCLUSIONS

Le thermomètre fournit, chez les accouchées, des renseignements plus fidèles que le pouls.

Lui seul permet de prévoir certaines imminences morbides, et d'affirmer, dans les cas où le diagnostic reste en suspens, s'il y a lieu ou non de s'alarmer.

Sa valeur pronostique est donc indiscutable et son importance comparable à celle des pesées chez les nouveau-nés.

La température chez une accouchée dont l'état est physiologique est d'ordinaire inférieure à 37°5. Les oscilllations sont faibles, les angles de la ligne thermique sont à peu près égaux.

Une température de 37°8 n'est plus normale. Cependant une température, même supérieure, peut être passagère et avoir une cause insignifiante; mais la persistance *d'un état fébrile ou subfébrile*, c'est-à-dire dans lequel le thermomètre a des oscillations marquées, pointant vers 38° et au-dessus pour se rapprocher ensuite de la normale, descendre même au-dessous de 37°, mais éphémèrement, et remonter encore, *est parfois le signe et le seul signe de l'infection.*

Cet état fébrile ou subfébrile constitue la période latente de l'infection, sorte d'incubation qui, dans bien des cas, aboutit à l'éclosion d'accidents variés, uniques ou multiples, rapprochés ou lointain, éruptions, phlegmons, phlegmatias, thromboses pulmonaires.

Si éloignés que soient les accidents, la thermométrie permet de remonter

©BIU Santé

à leur source. Ils datent de l'époque où l'utérus se laisse traverser par le streptocoque pyogène.

Le véritable traitement est le traitement préventif, antisepsie de l'accoucheur, du personnel et de la femme grosse, parturiente, accouchée. Les précautions antiseptiques ont une extrême importance pendant les derniers mois de la grossesse.

Pendant la période latente, on usera sans attermoiements de l'irrigation intra-utérine, au besoin continue.

Congrès de Berlin

(*De notre correspondant spécial.*)

Mon cher directeur,

De nombreuses réceptions ont été offertes aux congressistes pendant leur séjour à Berlin, et je tiens à vous en dire quelques mots. La première a eu lieu de cinq à neuf heures au palais de l'Exposition. De nombreux buffets offraient à manger et à boire à discrétion. Cinq ou six pièces de bière étaient en perce, et dès qu'une pièce était vide, on la remplaçait par une autre.

Mais on a gâché encore plus que l'on n'a bu; au bout d'une demi-heure, toutes les tables étaient couvertes de débris de toutes sortes. On a mangé 15,000 pains noirs et 1,000 pains blancs!

La municipalité berlinoise nous a reçus à l'Hôtel de Ville le mercredi 6. Il y avait encore des buffets qui donnaient à discrétion du bordeaux, du liebfraumilch, et surtout du champagne fabriqué à Coblentz avec des vins blancs du Rhin. Le résultat a été un spectacle inénarrable.

Enfin, le 7, nous avons été heureux de nous retrouver entre Français dans le salon de l'ambassade. Tous ceux de nos compatriotes à qui j'ai parlé se sont dits très satisfaits de l'accueil qu'ils avaient reçu.

Il y a eu un grand nombre de dîners de sections. A la section de chirurgie, Von Bergmann a porté un toast à la santé de l'empereur d'Allemagne, et il y a eu un moment d'anxiété parce que l'on a eu peur qu'il se borne à l'Allemagne. A la section de médecine interne, Leyden a porté un très beau toast. Le professeur Bouchard a pris la parole à son tour et a dit à peu près : Nous vous remercions du fond du cœur du merveilleux accueil que nous avons reçu. Le médecin a deux patries, l'une est la sienne, et c'est pour lui la première; l'autre est celle de la science, qui est universelle.

A plusieurs reprises, de jeunes confrères allemands, parlant, du reste, fort bien le français, m'ont demandé si nous étions contents de la réception qui nous était faite; j'ai répondu par l'affirmative. L'un d'eux m'a dit que les confrères allemands regrettaient beaucoup l'allusion que Virchow avait faite à la guerre de 1870 lors de la séance d'ouverture et que c'est à cause de cela que son discours avait été si peu applaudi, tandis que l'on avait accueilli avec beaucoup de faveur les paroles de Lassar lorsqu'il avait dit, dans des termes très flatteurs pour nous, que notre ministère avait bien voulu envoyer 34 délégués.

A la deuxième séance générale, qui a eu lieu sous la présidence d'honneur de J. Paget, Virchow a dit que, jusqu'à mardi soir, on avait délivré 5,561 cartes de membres, 116 cartes de participants et 1,379 cartes de dames. Voici les chiffres par nation : Etats-Unis, 623; Russie, 421; Angleterre, 350; Danemark, 139; Pays-Bas, 151; Suède, 106; Autriche-Hongrie, 260; Italie, 145; Australie, 7; Indes, 2; Trinité, 1; Chili, 1; Cap, 1; Chine, 2; Turquie, 12; Monaco, 1. Quand Virchow a dit que la France avait 171 congressistes présents, des applaudissements ont éclaté de tous les points de la salle. Le professeur Bouchard a été de même extrêmement applaudi.

Sur la proposition de Baccelli, le président et les présidents d'honneur ont choisi, à l'unanimité, Rome pour le siège du prochain Congrès de 1893.

Je m'en vais, comme tous les Français, extrêmement satisfait de mon voyage.

Veuillez agréer, mon cher directeur, etc.

Dr Ad. Robert.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

LES BACTÉRIES ET LEUR RÔLE DANS L'ÉTIOLOGIE, L'ANATOMIE ET L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES, par CORNIL et BABÈS, 3e édition. — Paris, Alcan, 1890.

La nouvelle édition de ce remarquable ouvrage a été très remaniée et a reçu des additions considérables, justifiées par la marche si rapide de la microbiologie. L'un des chapitres qui a été le plus étendu est celui qui est relatif à la technique. Relativement à la préparation du bacille de Koch, le procédé le meilleur est certainement celui de Czaplewski, qui permet de colorer le bacille en quelques minutes; les méthodes de Niegert, de Kuhne, de Riehl se sont substituées à celles d'Erlich et de Gram dans la plupart des cas.

Un grand nombre d'articles sont consacrés à des maladies microbiennes non décrites ou à peine indiquées dans les précédentes éditions, telles que le choléra des canards, la pneumo-entérite des porcs, le farcin du bœuf, l'hémoglobinurie du bœuf, la peste bovine, le tétanos, l'actinomycose, etc. Dans un appendice se trouve ce que l'on connaît actuellement sur les microbes de la grippe et des sécrétions muqueuses des bronchites.

Les auteurs ont donné de longs développements à l'étude des microbes de l'atmosphère, des eaux et du sol, ainsi qu'à la manière de les recueillir et de les cultiver. Un chapitre tout entier est consacré aux ptomaïnes et aux toxalbuminuries récemment découvertes.

Dans la partie thérapeutique de l'ouvrage, les lecteurs trouveront ce qui a rapport à la vaccination par les cultures stérilisées, aux derniers perfectionnements apportés par Pasteur dans la méthode des vaccinations intensives contre la rage, etc.

Un grand nombre de figures illustrent les deux volumes de cette édition, qui renferme des planches hors texte dont plusieurs reproduisent photographiquement l'aspect des différentes espèces de schizomycètes.

La science française ne peut qu'être fière du volume de MM. Cornil et Babès et cette fois notre pays aura su mettre en évidence les découvertes de la microbiologie qu'il a été le premier à faire connaître. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

La sclérose du myocarde, par le docteur Arnoldo VITI (de l'Institut d'anatomie pathologique dirigé par M. le professeur Carlo Sanquirico (de Sienne). (In *Rivista clinica archivio italiono*, 30 juin.) — Etude complète de ce délicat sujet avec observations anatomo-pathologiques à l'appui, comprenant les altérations macroscopiques et microscopiques du cœur atteint de sclérose, les lésions vasculaires de l'endopéri-artérite, les foyers scléreux, la dégénérescence amyloïde, dont Letulle a donné une si bonne description, mais sur la réaction caractéristique de laquelle l'auteur italien n'a pu rien constater.

Enfin, comme conclusions, le docteur Viti résume son travail ainsi :

1° Le cœur affecté de sclérose est presque toujours augmenté de volume à droite comme à gauche; cette augmentation de volume a pour effet de compenser l'insuffisance musculaire qui suit la lésion vasculaire artérielle;

2° Le système artériel, dans la sclérose myocardique, est plus ou moins atteint gravement de sclérose ou d'athéromasie; mais l'altération constante est celle des artères coronaires (coronarite chronique);

3° Cette altération, soit comme péri-artérite seulement, soit comme endopéri-artérite oblitérante des petits rameaux qui émergent des coronaires, est intimement liée au processus de la sclérose myocardique comme cause à effet;

4° Au point de vue histologique, la sclérose myocardique présente trois formes :

a) Sclérose à foyer par péri-artérite primitive;

©BIU Santé

b) Sclérose diffuse par péri-artériolite secondaire et endartérite;

c) Sclérose par péri-artérite secondaire et endartérite et par dystrophie musculaire;

5° On peut rencontrer sur un même cœur les diverses formes de scléroses;

6° Des foyers scléreux peuvent prendre naissance indistinctement dans les deux membranes du cœur, l'externe ou l'interne; mais ces foyers n'ont jamais le degré d'intensité de la vraie sclérose, qui est toujours la conséquence de l'altération des coronaires;

7° La disparition de l'élément musculaire, dans la sclérose myocardique, est l'effet soit de la compression faite par le tissu conjonctif scléreux, soit de l'insuffisance de la nutrition causée par l'oblitération des petits rameaux artériels;

8° Les altérations des fibres musculaires sont : l'atrophie, la dégénérescence vitreuse, qui est une singulière forme de nécrose de nature inconnue, caractérisée par un état spécial de vacuolisation des fibres mêmes. La dégénérescence granulo-graisseuse est la moins fréquente;

9° La sclérose myocardique est une affection qui procède lentement et dure longtemps; elle est plus fréquente dans l'âge avancé que dans la jeunesse et se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme;

10° La sclérose myocardique est la manifestation cardiaque de l'artério-sclérose.

Sur la multiplicité des méthodes de traitement de l'érysipèle et sur les raisons actuelles d'employer la solution de sublimé au millième, par le docteur C. Calliano, assistant au grand hôpital de Saint-Jean de Turin. (In *Gazzetta degli ospitali*, nos 56, 57 et 58. — Le docteur Ferraro, dans *Il Morgagni*, n° 6 (1886), a publié ses recherches sur le streptococcus de l'érysipèle en citant force auteurs ayant fait pour leur compte des études semblables sur le même sujet; cet auteur a pu contrôler et s'approprier, en confirmation de ses travaux personnels, les conclusions suivantes :

1° Le virus de l'érysipèle est représenté par un micrococcus en chaînes (streptococcus) qui se rencontre aussi, mais en petit nombre, dans les phlyctènes érysipélateuses;

2° Ce virus croît lentement sur la gélatine de Koch, mais se développe rapidement dans le bouillon et dans le sérum du sang à 37°;

3° Injecté alors sous la peau du lapin, il reproduit l'inflammation érysipélateuse;

4° Ce streptococcus, desséché sur des fils de soie et conservé longtemps en cet état (52 jours), et remis ensuite dans des conditions favorables, se multiplie de nouveau et reproduit sur les animaux l'inflammation qui le caractérise;

5° Le streptococcus de l'érysipèle meurt en présence d'une solution d'acide phénique à 5 p. 100 et même à 2 p. 100, de même en présence du sublimé à 1 p. 1,000 et même à 0,50 p. 1,000.

Ce fait de la destruction du streptococcus par le sublimé est prouvé cliniquement par le docteur Calliano. Cela n'est pas une nouveauté, car, il y a plus de vingt ans, je me souviens avoir vu, dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, chez Maisonneuve, un certain nombre d'érysipèles traités et guéris par des applications locales d'eau phéniquée, et même par un simple coup de crayon au nitrate d'argent autour du foyer de l'inflammation auquel on posait ainsi des colonnes d'Hercule. Depuis lors, que de fois n'avons-nous pas lu que le spécifique de l'érysipèle était enfin trouvé. L'iodoforme, le borax, la créosote, l'ichtyol, le collodion, l'alcool absolu, etc., etc. Foâ, Cantani, Giorgeri, Turazza, etc., etc., pour ne citer que des médecins italiens, ont tour à tour vanté ces diverses substances; mais, de toutes ces médications, M. le docteur Calliano pense et prouve cliniquement que le sublimé, par son action antiputride et parasiticide, est l'agent par excellence de l'infection érysipélateuse. La formule de l'auteur est la suivante : Alcool et eau distillée, ââ. 50 grammes; sublimé, 0 gr. 50 cent. 1/5 à 1 gramme en topiques locaux. — Millot-Carpentier.

FORMULAIRE

INJECTION ANTIBLENNORRHAGIQUE. — Schwimmer.

Salicylate de mercure.....	0 gr. 01 centigr.
Eau distillée.....	100 grammes.

Faites dissoudre. — Trois injections par jour, dans la blennorrhagie aiguë. L'écoulement cesse généralement au bout de deux ou trois jours, et on suspend les injections. S'il reparaît, il est d'aspect muqueux et cesse de lui-même en peu de jours. Contre la blennorrhagie chronique, on emploie la solution suivante :

Salicylate de mercure.....	0 gr. 05 centigr.
Eau distillée.....	100 grammes.

Faites dissoudre. — N. G.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion de la fête de l'ASSOMPTION, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Samedi 16 août 1890.

LA PRODUCTION DU QUINQUINA. — Voici, d'après la *Revue des sciences naturelles appliquées*, quelle aurait été la quantité de quinquina récoltée dans les différentes régions productrices pendant l'année 1888 :

Ceylan.....	5.300.000 kilogrammes.
Java.....	1.800.000 —
Indes anglaises.....	816.000 —
Amérique du Sud.....	385.000 —
Jamaïque.....	2.700 —
Afrique occidentale.....	1.800 —

Soit un total de 8,300,000 kilogrammes environ d'écorce, représentant 224,000 kilogrammes de sulfate de quinine, d'une valeur de 124 millions de francs. On voit que l'Amérique du Sud, qui est le pays d'origine de tous les arbres du genre *Cinchona*, arrive seulement en quatrième ligne pour l'importance de sa production.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions ci-après désignées, à la Faculté de médecine de Nancy :

1° Chefs de travaux : M. Prenant, chargé des fonctions, travaux anatomiques ; M. Voirin, travaux du laboratoire de chimie ; M. Guilloz, travaux du laboratoire de physique ; M. Vuillemin, travaux d'histoire naturelle.

2° Préparateurs : M. Jacques, chimie ; M. Durand, laboratoire de chimie, travaux pratiques ; M. Lambert, chargé des fonctions, physique ; M. Colin, thérapeutique ; M. Trèche, médecine légale ; M. Mouginet, histoire naturelle, préparateur au lieu d'aide ; M. Parisot (Paul), histologie, préparateur au lieu d'aide ; M. Louviot, physiologie expérimentale, préparateur au lieu d'aide ; M. Chambelland, anatomie pathologique, préparateur au lieu d'aide.

Un congé, pendant l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy.

M. René, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de physiologie à ladite Faculté.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1890-1891, des cours complémentaires ci-après désignés à la Faculté de médecine de Nancy : M. Parisot, agrégé, clinique des maladies des vieillards ; M. Remy, agrégé, accouchements ; M. Schmitt, agrégé, clinique des maladies syphilitiques et cutanées ; M. Simon, agrégé, clinique des maladies des enfants ;

©BIU Santé

M. Langlois, docteur en médecine, clinique des maladies mentales; M. Baraban, agrégé, histologie; M. Nicolas, agrégé, anatomie; M. Schmitt, agrégé, matière médicale et thérapeutique.

ECOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le jury du concours pour l'école du service de santé militaire est composé de M. le médecin inspecteur Gaujot et de MM. les médecins-majors Pierrot et Benech.

CERTIFICAT DE REVACCINATION. — A la question de savoir si les certificats de revaccination, prescrits par l'arrêté du 29 décembre 1888, portant modification de l'article 2 du règlement scolaire modèle, pouvaient être délivrés sur papier libre, M. le ministre de l'instruction publique, dans une circulaire du 12 mai 1889, a répondu de la manière suivante :

« M. le ministre des finances, à qui j'ai soumis la question, m'a répondu que du moment où l'arrêté prescrivant la revaccination dans les écoles présente le caractère d'un acte de police générale, les certificats destinés à permettre à l'administration de surveiller l'accomplissement des dispositions dudit arrêté peuvent bénéficier de l'exonération prévue par l'article 16 de la loi du 13 brumaire an VII. Il est, toutefois, entendu que tout certificat sur papier libre devra porter la formule suivante : *Délivré en exécution de l'article 2 du règlement scolaire des écoles primaires.* » (Fascicule n° 113 du *Musée pédagogique*, 1890.)

NETTOYAGE DES FILTRES DE PORCELAINE. — Voici comment il faut s'y prendre pour nettoyer les filtres de porcelaine : Il faut démonter le filtre, enlever les bougies, les brosser fortement et les plonger pendant une heure dans un mélange de cinq parties d'eau ordinaire et d'une partie d'acide chlorhydrique du commerce. Cela fait, on les rince à l'eau pure, on revisse l'appareil et on laisse perdre le premier litre d'eau qui y passe. (Rochard et Armand Gautier.)

Cette opération doit se renouveler tous les mois au moins quand il s'agit d'eau de Seine; mais il faut y revenir beaucoup plus souvent quand on a affaire à des eaux plus bourbeuses. C'est ainsi qu'à Cherbourg, où les filtres Chamberland ont été installés dans toutes les casernes, on est contraint de les nettoyer deux fois par semaine, sous peine de voir le débit s'arrêter, tant la couche de boue noirâtre que déposent sur leurs parois les eaux de la Divette s'épaissit rapidement.

RIDEAUX ET MOUSTIQUAIRES ININFLAMMABLES. — Le docteur Carles donne dans le *Journal de pharmacie de Bordeaux* une excellente formule pour rendre *absolument ininflammables* les rideaux de lits, surtout de ceux des bébés. Il suffit de les tremper dans une dissolution de sulfate d'ammoniaque au sixième (sel, 100; eau 500); 100 grammes d'étoffe prennent de 120 à 150 grammes environ de liquide, selon la grosseur et le nombre des fils.

La matière est absolument inoffensive. Le docteur Carles l'a souvent conseillée à nos colons en Algérie et ailleurs, pour rendre leurs moustiquaires incombustibles. Le sulfate d'ammoniaque dispense de l'empesage pour le lissage de l'étoffe; il suffit de la passer au fer chaud, après l'avoir essorée et avant sa complète dessiccation. (*Revue sanitaire de la Province*).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. E. Martinez : Accidents tétaniques au cours d'une fièvre typhoïde guéris par les injections hypodermiques de bichlorure de méthylène. — Empoisonnement par la strychnine guéri par injection hypodermique de chloroforme. — III. Congrès de Berlin. — IV. Bibliothèque : Dans les ténèbres de l'Afrique. — Pathologie et traitement des myomes de l'utérus. — V. Revue des journaux : Usage interne de l'iodol. — De l'emploi de la quinine dans la pneumonie. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Thèses de doctorat. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier.

BULLETIN

Les Congrès sont terminés; on s'y est beaucoup occupé de la médecine et de la chirurgie en général et en particulier, et les comptes rendus nous mettront au courant, au fur et à mesure de notre publication, des travaux importants qui y ont été communiqués. Pour le moment, qu'on nous permette d'attirer l'attention sur un intéressant article que M. le docteur Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat, vient de consacrer à l'organisation des services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris. (Lettre à M. le directeur de l'Assistance publique, *Progrès médical* du 2 août, p. 86.)

M. Terrier vient de dire tout haut ce que tous les chirurgiens pensent tout bas depuis qu'ils savent ce que c'est que l'antisepsie, à savoir que l'organisation chirurgicale des hôpitaux est tout à refaire si on veut faire la chirurgie comme elle doit l'être dans l'état actuel de la science. Panser les opérés antiseptiquement ou aseptiquement, c'est bien, mais mettre opérés et blessés à l'abri des causes si nombreuses encore, trop nombreuses assurément, d'intoxication qui les menacent dès leur entrée et pendant leur séjour à l'hôpital, c'est mieux; en d'autres termes, c'est ainsi qu'on doit comprendre la chirurgie actuellement. Il faut isoler les opérés des entrants qui sont capables de les infecter, et ne laisser pénétrer les entrants dans les salles communes que lorsqu'ils sont complètement désinfectés.

Pour arriver à ce but, M. Terrier demande des réformes qu'il sera peut-être long d'obtenir, car on ne réforme pas vite en France, mais qu'il n'en est pas moins nécessaire de demander et de réclamer sans cesse jusqu'à ce qu'on les ait obtenues.

Voici comment M. Terrier comprend la réorganisatiou des services hospitaliers en chirurgie.

Chaque service doit comprendre trois salles : 1° Une salle pour les malades blessés et opérés non infectés; 2° une salle pour les malades blessés et opérés infectés; 3° une salle dite d'observation pour les blessés et opérés sur l'infection desquels on ne peut se prononcer encore et qui doivent rester en observation avant d'être placés dans l'une des deux salles précédentes.

Le nombre des lits, dans chaque salle, peut varier suivant qu'il s'agit d'un hôpital du centre ou d'un hôpital excentrique, d'une salle d'hommes

©BIU Santé

ou d'une salle de femmes; il est facile de comprendre que, chez ces dernières, moins exposées aux accidents, une salle d'observation pourra posséder moins de lits que la salle analogue du service des hommes. Encore faut-il que ces lits soient plutôt en excès, un grave accident pouvant amener en quelques instants de nombreux blessés à l'hôpital.

A ces trois salles, tout à fait séparées les unes des autres, doivent être annexées des salles spéciales pour les opérations. En effet, si les blessés ou les malades doivent être isolés les uns des autres, selon leur état aseptique ou septique, dès leur entrée à l'hôpital, on conçoit que cet isolement doive être continué tout le temps du séjour dans le milieu hospitalier. Et cet isolement doit être plus complet quand doivent être opérés les malades qui sont exposés à l'infection par le fait même de l'incision des téguments.

L'installation des salles opératoires doit être fort simple; il faut qu'on puisse les chauffer facilement, qu'elles soient bien éclairées, et même que la salle d'opérations d'urgence soit munie d'un éclairage électrique, si possible, ou au moins au gaz.

Les instruments, le mobilier de ces salles doivent être également très simples, et comprendre des instruments et appareils faciles à nettoyer et à stériliser. M. Terrier demande : une vitrine renfermant les boîtes d'instruments, un buffet fermé où sont préparées les pièces extérieures des pansements, deux tables, des tablettes sur lesquelles sont disposés les flacons contenant les solutions antiseptiques et les bocaux renfermant soit les pièces de pansement, soit les tampons aseptiques, soit les éponges préparées antiseptiquement; un lavabo, un filtre Pasteur-Chamberland avec barillet, une étuve pour le linge, un fourneau à gaz, une étuve stérilisatrice des instruments; un lit opératoire, formé d'une simple table solide et en bois, étroite, recouverte d'un matelas et d'une toile cirée, ou bien la table de Poupinel ou de Lucas-Championnière.

Le rôle des aides est mieux indiqué qu'il ne l'a été jusqu'alors. Et d'abord l'interne en pharmacie devient presque indispensable, car il doit préparer les éponges antiseptiques et les compresses stérilisées. A cet effet, il devra donc être muni d'un autoclave. On comprend que, si les salles doivent être isolées, à plus forte raison, les internes en chirurgie, les externes et les infirmiers doivent l'être pendant le service. Mais le personnel actuel est insuffisant. « *Il m'est impossible,* dit M. Terrier, *de comprendre le fonctionnement normal d'un service chirurgical sans la présence constante d'un assistant, déjà chirurgien expérimenté.* »

Cette question de l'assistant, déjà soulevée bien des fois à d'autres points de vue, revient donc sur l'eau. Dans le cas actuel, à toute heure du jour ou de la nuit, cet assistant doit pouvoir prendre un parti dans un cas grave et pratiquer une opération urgente. L'hôpital doit donc loger un assistant, ou bien celui-ci doit habiter à proximité et être téléphoniquement en rapport avec l'hôpital. Il doit se déranger à l'appel des élèves de garde. Le séjour de l'assistant à l'hôpital est, de beaucoup, ce qu'il faut préférer. A chacune des salles devra être annexé un interne et au moins trois externes, soit six internes et dix-huit externes par service.

La garde chirurgicale sera faite exclusivement par des élèves du service, externes ou internes, attachés aux deux salles d'observation. Les autres externes en chirurgie ne seront pas de garde. Il serait, en effet, à souhaiter qu'il y eût à la fois une garde de médecine faite par les internes de médecine et une garde de chirurgie distincte de celle-ci.

Quant au service d'autopsies, il doit être fait non seulement par des aides expérimentés, mais encore qui ne doivent, sous aucun prétexte, entrer dans les salles des malades et encore moins dans les salles d'opérations.

Telles sont, en résumé, les idées de M. Terrier sur la réorganisation des services de chirurgie dans les hôpitaux. La grande compétence de l'auteur, dans les questions de chirurgie antiseptique, donne à ces idées une valeur toute particulière, sur laquelle nous n'avons pas besoin d'insister. Espérons avec lui que ces idées, « qui paraîtront bien révolutionnaires à quelques-uns, seront adoptées tôt ou tard, malgré toutes les difficultés qu'elles soulèveront soit au point de vue architectural, soit, surtout, au point de vue administratif ». — L.-H. PETIT.

Accidents tétaniques au cours d'une fièvre typhoïde guéris par les injections hypodermiques de bichlorure de méthylène. — Empoisonnement par la strychnine guéri par injection hypodermique de chloroforme.

Zapatoca (République de Colombie, Département de Santander), 2 avril 1890.

Je prends la liberté de vous communiquer les observations suivantes :

OBSERVATION Ire. — N., âgé de 22 ans, robuste, de constitution forte, sanguine, est atteint d'une fièvre typhoïde (ataxo-adynamique), depuis à peu près dix-huit jours. Sa situation se complique aujourd'hui d'un état tétanique bien caractérisé avec trismus, contracture des membres supérieurs et inférieurs et des muscles du tronc, constipation, rétention d'urine; ces accès lui surviennent à intervalles très courts, toutes les cinq minutes.

Je dus recourir aux injections hypodermiques de bichlorure de méthylène à la dose d'une seringue de Pravaz; après la première injection, il y eut un soulagement sensible. J'ordonnai un bain tiède à 37°, de quinze minutes, en ma présence et je maintins l'eau à la même température; affusions sur la nuque pour diminuer l'état congestif du cerveau qui dominait et une forte douleur de tête. Mieux sensible à la sortie du bain.

Je fis une autre injection à laquelle le malade se refusait, parce qu'elle lui était très douloureuse. Ensuite je fis prendre un lavement d'une solution de sulfate de soude, 40 grammes, et émétique, 15 centigrammes, et j'ordonnai une potion bromurée avec du chloral, qui fut acceptée avec facilité.

On donne quelque aliment et le malade passe une bonne nuit, aucun accès ne s'étant présenté.

Le lavement purgea abondamment et les urines furent abondantes.

Aujourd'hui, douze jours après le commencement de cette application, le malade est en pleine convalescence; il se lève déjà et a beaucoup d'appétit. Je crois que sa guérison est due aux injections principalement.

OBS. II. — Le jeune X., âgé d'environ 28 ans, marié, mais, séparé de sa femme pour motifs sérieux, désespéré, buveur d'habitude, résolut de prendre une dose de strychnine équivalant à 10 centigrammes environ, et mit son projet à exécution.

Un quart d'heure après, je suis appelé à lui donner des soins et je le trouve en pleine connaissance et lui-même confesse avoir pris le poison. Toutes les cinq minutes, et même plus souvent, des soubresauts brusques très forts jetaient presque le malade hors du lit. Je m'étais précautionné du nécessaire et je pratiquai une injection de chloroforme anglais (une seringue). Je fis prendre 20 centigrammes d'émétique par la bouche et un lavement avec la même quantité d'émétique. J'attends une demi-heure, il vomit assez abondamment à plusieurs reprises; les secousses ou convulsions sont moins fortes;

©BIU Santé

Je lui donne une autre injection et je me retire en lui garantissant, ainsi qu'à sa famille, qu'il n'y avait plus de danger.

Je reviens à deux heures après midi, on me dit que les vomissements ont continué et que les convulsions, étant à peine sensibles, ne l'ont dérangé que deux fois. Je lui ordonne de prendre quelques cuillerées de bromure de potassium et chloral, et je me retire étant assuré que la suite sera bonne pour le malade.

En effet, bien qu'il ait eu quelque fièvre pendant la nuit, lorsque je reviens le lendemain m'informer de sa santé, je le trouve parfaitement bien. Je lui prescris un verre d'eau de Sedlitz chaque jour, pendant six jours, pour lui débarrasser les voies digestives et je fais supprimer le bromure qui n'avait plus d'objet.

Le malade est maintenant en meilleure santé qu'auparavant. Je crois que le chloroforme, cette fois, a agi comme principal médicament.

E. Martinez.

Congrès de Berlin

DISCOURS PRONONCÉS EN SÉANCES GÉNÉRALES

1° M. Bouchard : Essai d'une théorie de l'infection.

Nul n'était mieux placé que M. Bouchard pour résumer cette grande question de pathologie générale que ses travaux et ceux de ses élèves ont tant contribué à élucider.

L'orateur a d'abord étudié les *procédés par lesquels l'organisme animal influence les microbes*. Il y a des degrés innombrables dans l'immunité et dans la réceptivité; comme termes extrêmes, on a les organismes animaux qui ne permettent pas le développement de certains microbes et, au contraire, ceux qui sont favorables à ce développement. L'impossibilité où se trouve tel microbe d'attaquer tel organisme animal ne tient pas nécessairement à la vie de ce dernier; il est cependant des circonstances où la vie de l'animal a une influence manifeste sur la difficulté qu'éprouve le microbe à l'envahir. Par exemple un animal vivant est réfractaire à une bactérie : s'il meurt, souvent ses tissus et ses humeurs se trouvent être un excellent milieu de culture pour cette bactérie. On peut en conclure que l'immunité est quelquefois liée à la vie et que d'autres fois elle en est indépendante.

Les animaux possèdent deux moyens de défense principaux pour lutter contre les microbes. On s'efforce de les opposer l'un à l'autre, tandis que, en réalité, ils se trouvent associés et se prêtent un mutuel appui. Dans l'un, l'*état bactéricide*, l'immunité résulte d'une condition statique, c'est-à-dire chimique, de l'organisme; dans l'autre, le *phagocytisme*, elle est assurée par une condition dynamique, par la mise en jeu d'activités cellulaires. Pris isolément, ces procédés ne sont pas capables de garantir ou de rétablir l'intégrité de l'économie, ils n'agissent en général qu'en s'associant l'un à l'autre.

Le phagocytisme est général et l'état bactéricide accessoire et contingent. Mais, dans l'immunité acquise, c'est grâce à l'état bactéricide seulement que le phagocytisme peut s'exercer et, sans l'état bactéricide, il n'y aurait ni guérison, ni vaccination, la tendance au phagocytisme se trouvant empêchée jusqu'au moment où s'opère la transformation chimique des humeurs de l'individu malade. A ce moment, le milieu étant changé, la bactérie pathogène va se modifier à son tour et perdre l'une de ses propriétés par laquelle elle avait su se soustraire, jusque-là, à l'action destructive des cellules animales. L'importance de l'état bactéricide, cette condition de défense accessoire et contingente, grandit en face du phagocytisme, moyen de protection général, universel.

Il se trouve que le phagocytisme, qui est une fonction constante dans l'état de santé, ne l'est plus dans l'état de maladie et qu'il ne s'exerce que contre les microbes non pathogènes ou contre les microbes pathogènes atténués. Mais qu'est-ce ce qui fait qu'un microbe n'est pas pathogène? C'est souvent qu'il est dépourvu d'une certaine sécrétion, dont le produit empêche les vaisseaux de laisser sortir les leucocytes. Et qu'est-ce qui fait qu'un autre microbe est pathogène? C'est souvent qu'il possède cette sécrétion, dont le produit s'oppose à la diapédèse et par conséquent au phagocytisme.

©BIU Santé

Le *phagocytisme* chez les vertébrés est l'accumulation dans une partie lésée ou menacée de cellules capables de migration, globules blancs du sang ou leucocytes de la lymphe qui, aidés par les cellules fixes de certains tissus, englobent et dissolvent quelquefois les particules nuisibles.

La diapédèse, quand elle est assez abondante, est toujours un acte pathologique. Elle est sollicitée non seulement par des particules solides, mais par certaines substances liquides et dissoutes, essences, diastases, alcaloïdes. Beaucoup de microbes provoquent la diapédèse par l'intermédiaire de telles substances.

Normalement il y a une migration de cellules lymphatiques vers la surface du tégument interne, surtout dans les points où des particules ténues, des microbes peuvent passer de la surface muqueuse dans la profondeur du tissu sous-jacent, au niveau des amygdales, par exemple. Les microbes entrent, mais arrivés dans le tissu lymphatique sous-muqueux, ils sont déjà inclus dans les cellules lymphatiques où ils dégénèrent et quelquefois se dissolvent. Dans les maladies infectieuses, le froid agit en troublant la phagocytose et M. Bouchard rapporte des expériences qui prouvent la réalité de cette interprétation de l'action du refroidissement. Les influences nerveuses inhibitoires entravent aussi le phagocytisme normal et des causes du même ordre agissent sur le phagocytisme pathologique. L'envahissement de l'organisme par certains microbes empêche ou amoindrit le phagocytisme.

L'*état bactéricide* est, non pas seulement ce qui tue ou dissout les microbes, mais ce qui ralentit leur croissance ou leur multiplication, entrave leur nutrition, amoindrit leurs fonctions. Ces effets sont produits par des modifications purement chimiques des humeurs. Tout cela n'explique pas pourquoi telle maladie infectieuse se développe facilement dans telle espèce animale et ne peut se réaliser chez telle autre, et l'état bactéricide n'a toute son importance que pour l'immunité acquise. La maladie infectieuse, quand elle n'est pas mortelle, produit l'immunité et une modification durable des humeurs qui les rend bactéricides pour le microbe qui a produit la maladie. Cet état diffère au moins par le degré de celui que présentent naturellement les humeurs d'animaux sains, réfractaires ou non. L'atténuation de la virulence des microbes se fait très rapidement dans le corps du vacciné et spontanément dans le corps de l'animal malade, quand la maladie infectieuse guérit. Tout est microbicide dans le corps des vaccinés, les solides et les liquides.

M. Bouchard étudie ensuite les procédés par lesquels *les microbes influencent l'organisme animal*. Les bactéries agissent sur les animaux par les matières qu'elles sécrètent et on connaît aujourd'hui huit propriétés physiologiques (et non huit substances) des produits bactériens par lesquels ils peuvent influencer les organismes animaux. Un assez grand nombre de sécrétions bactériennes provoquent la diapédèse et elle est le résultat d'une dilatation vasculaire active qui se produit dans la région où est encore circonscrite l'infection ; cette dilatation est l'effet d'un réflexe sollicité par l'irritation des nerfs de cette même région, mis au contact des produits bactériens.

Une autre substance, dès qu'elle a pénétré dans la circulation, arrête la diapédèse, en paralysant le centre vaso-dilatateur. Les phénomènes inflammatoires ne se produisent plus dans la partie lésée et les microbes sont soustraits au phagocytisme. Les perturbations nerveuses occasionnent le développement des maladies infectieuses en amoindrissant l'action du centre vaso-dilatateur. L'action des substances qui paralysent le centre vaso-dilatateur est immédiate, mais elle cesse rapidement si de nouvelles quantités de matières ne remplacent pas celles qui se détruisent ou s'éliminent.

Les *matières vaccinantes* sont sécrétées par les microbes et sont utiles à l'organisme. L'immunité est un effet secondaire de l'action des matières vaccinantes. Elle résulte de l'état bactéricide des tissus et des humeurs, état qui est provoqué par le passage des substances vaccinantes à travers l'économie et qui se maintient après leur élimination.

Les cellules imprégnées, même passagèrement par les matières vaccinantes, élaborent et restent capables d'élaborer la matière d'une façon nouvelle; leur type nutritif est définitivement changé. C'est seulement au bout de soixante-douze ou quatre-vingt seize heures après l'injection des produits bactériens que l'immunité est solidement établie.

Certains produits bactériens sont des poisons agissant sur le système nerveux ; la plu-

©BIU Santé

part rentrent dans la classe des ptomaïnes. D'autres stupéfient les leucocytes ou, enfin, les tuent et en font des cellules de pus.

M. Bouchard a terminé son discours en établissant la *théorie de l'infection* et celle de la *vaccination*. Lorsqu'une bactérie pathogène arrive dans les tissus, elle tombe dans un milieu plus ou moins favorable à son développement. Si les humeurs sont très bactéricides, il n'y a pas de maladie; si elles sont favorables au microbe, le développement est immédiat; si elles sont modérément microbicides, un certain nombre de bactéries disparaissent d'abord, mais en même temps les diastases sécrétées modifient la matière dans la zone envahie et l'adaptent aux besoins du microbe qui se développe. A partir de ce moment, le végétal pullule et sécrète des poisons qui produisent des détériorations locales et des accidents pyrétiques, nerveux et dystrophiques par absorption. En continuant à pulluler, le microbe pousse l'intoxication jusqu'à la mort, malgré les efforts de l'organisme pour brûler, transformer, éliminer les poisons, à moins que cet organisme n'ait recours au phagocytisme et à l'état bactéricide. L'état bactéricide n'est donné que par le microbe et n'apparaît que tardivement; le phagocytisme suppose la diapédèse, qui exige une sollicitation du microbe. Si cette sollicitation manque, l'infection générale d'emblée peut amener la mort très rapidement. Sauf ce cas, le phagocytisme est le seu moyen de défense pendant les deux ou trois premiers jours. Mais beaucoup de microbes empêchent l'effort phagocytaire d'aboutir et en face d'eux l'organisme est désarmé ou ne possède que des moyens palliatifs. Heureusement que, en même temps que les poisons, la bactérie sécrète aussi une autre substance qui change la nutrition des cellules et établit l'état bactéricide. A ce moment précis, la maladie a atteint son acmé et n'a plus qu'à décroître. Dans les humeurs modifiées, le microbe s'atténue, sa pullulation se ralentit, le poison qui paralyse le centre vaso-dilatateur arrive en moindre quantité, la diapédèse se produit et le phagocytisme, devenu possible, achève la destruction des bactéries, commencée par l'état bactéricide.

La guérison est la première manifestation de l'immunité. L'état bactéricide constitue la vaccination ou l'immunité acquise. Le microbe qui reproduit la première maladie, inoculé de nouveau, a un développement difficile ou impossible. De plus, si on inocule le même virus fort à un animal sain et à un animal vacciné, il ne provoque pas de diapédèse chez l'animal sain et il en provoque une abondante chez le vacciné. Le phagocytisme s'exerce en toute liberté, de telle sorte que, chez le vacciné, les choses se passent de la même manière qu'à la fin de la maladie évoluant pour la première fois. L'inoculation d'un virus fort chez un vacciné n'est autre chose que l'inoculation d'un virus atténué. Seulement l'atténuation, au lieu d'être faite au préalable dans le laboratoire, se fait dans les tissus du vacciné.

On peut définir les virus et les vaccins de la façon suivante :

Un virus est un microbe pour lequel les humeurs d'un animal, envisagées au point de vue de leur composition, sont un milieu habitable et qui, de plus, possède les moyens de lutter, souvent avec avantage, contre les procédés de destruction dont dispose l'organisme animal. Le plus puissant des moyens de défense de ce microbe, c'est la propriété qu'il possède de sécréter des matières qui s'opposent au phagocytisme.

Le vaccin est un virus qui a la propriété de sécréter des matières qui modifient lentement et d'une façon durable la nutrition au point de créer l'état bactéricide, et qu'on amène par des artifices d'éducation à perdre quelques-unes de ses sécrétions nuisibles, en particulier celle qui empêche la diapédèse, tout en gardant ses sécrétions vaccinantes.

La théorie de l'immunité acquise n'est pas applicable à l'immunité naturelle, car l'état bactéricide manque souvent chez les espèces qui possèdent l'immunité et, d'autres qui ont la réceptivité, ont des humeurs bactéricides. Chez l'animal doué de l'immunité naturelle le virus fort provoque la diapédèse et le phagocytisme. Ce n'est pas parce que le virus s'atténue comme chez le vacciné, mais parce que le système nerveux de cet animal réfractaire est moins sensible au poison qui empêche la diapédèse que le système nerveux des espèces qui ont la réceptivité. Cette différence n'est pas essentielle et il suffit pour forcer l'immunité naturelle d'augmenter la dose de produits bactériens.

Nous avons tenu à analyser le plus complètement possible le discours du professeur Bouchard, qui présente la synthèse de ce que nous savons actuellement sur l'immunité et la vaccination. Certains points n'ont encore qu'une explication bien douteuse, l'immunité naturelle, par exemple ; mais on peut dire que la plupart des faits expérimentaux sur lesquels M. Bouchard s'appuie sont parfaitement établis et que, quelles que soient les modifications que l'avenir puisse apporter aux conclusions qu'il en tire, les faits resteront comme preuve des beaux travaux accomplis par l'Ecole de Paris sur ces grandes questions de pathologie générale. — P. Ch.

BIBLIOTHÈQUE

Dans les ténèbres de l'Afrique, recherche, délivrance et retraite d'Emin-Pacha, par H.-M. Stanley. 2 vol. Librairie Hachette et Cie, 79, boulevard Saint-Germain.

Stanley a écrit au Caire, en cinquante jours, paraît-il, le récit de son expédition, quand deux mois à peine s'étaient écoulés depuis son arrivée à Bagamayo. Il l'a rédigé d'un seul jet, avec cette verve d'improvisateur qu'il doit sans doute à son ancienne profession de *reporter*. Sa narration est rapide et précise, ses descriptions des paysages africains sont pleines de relief et de couleur et les aperçus d'ethnographie et de géologie sont animés d'une vie intense. L'auteur écrit sous le coup d'une impression immédiate; les souvenirs affluent dans sa mémoire, ils en sortent pressés et parfois même avec un peu de confusion, mais cette confusion est plus apparente que réelle.

Sa description des pygmées est faite avec un rare esprit d'observateur. Il n'a rien négligé pour nous mettre au courant des mœurs de ces peuplades. « Ce corps si petit, « écrit-il, faisait passer devant mes yeux un des plus anciens types de l'homme primitif. « C'était le premier nain adulte que j'eusse encore vu : en lui passant la main sur le « corps, revêtu de poils longs de 12 millimètres et plus, il nous semblait toucher de la « fourrure. »

Mais en fermant le livre quelques lecteurs se demanderont si tant d'efforts et de sacrifices n'ont pas été hors de proportion avec le but atteint. Pour tous cependant ce voyage de trois ans n'en restera pas moins un des plus étonnants qui se soient faits. Pour la science les résultats sont considérables; un grand affluent du Congo, levé presque jusqu'à sa source; un nouveau lac dessiné avec ses contours précis; un autre considérablement agrandi; un grand massif montagneux découvert, voilà de brillantes acquisitions à ajouter à l'actif du célèbre explorateur.

Les illustrations font honneur à nos artistes français et nous signalons particulièrement celles qui sont dues au crayon de M. E. Riou. — Dr L. C. C.

Pathologie et traitement des myomes de l'utérus, par le docteur E. Lauwers (de Courtrai). — Bruxelles, Manceaux, 1890.

L'ouvrage de M. Lauwers est surtout consacré au traitement des fibromes; cependant l'auteur, dans une introduction très suffisante, expose complètement ce qui a rapport à l'anatomie pathologique, à l'étiologie, aux symptômes et au diagnostic des myomes utérins.

Comme traitement médical, le seul que M. Lauwers conseille est l'emploi de l'ergotine en injections sous-cutanées longtemps continuées; l'insuccès est du reste la règle et la guérison l'exception. Sauf dans un cas, le raclage de la cavité utérine suivi des cautérisations par des solutions de chlorure de zinc ne lui a donné que des échecs quand il l'a employé contre les hémorrhagies.

Toute laparotomie exige des précautions antiseptiques minutieuses que M. Lauwers décrit avec soin. Il entre ensuite dans le détail des opérations qu'il a pratiquées. Cinq myomectomies sans ouverture de la cavité utérine lui ont donné 5 guérisons. Sur 9 amputations supra-vaginales il a eu 2 morts par septicémie; dans ces 2 cas, il avait aban-

©BIU Santé

donné le pédicule dans le ventre, tandis que le traitement extra-péritonéal du moignon lui a donné 6 succès. Deux fois M. Lauwers a enlevé l'utérus myomateux par le vagin : il a eu un succès complet et, dans l'autre cas, une petite fistule iléo-vaginale. Les chirurgiens trouveront encore dans le livre de M. Lauwers tous les renseignements désirables relativement à l'ablation des polypes ou des fibromes inter-ligamenteux. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Usage interne de l'iodol. (*La Clinique*, 1889, 19.) — Cervesata, qui s'est beaucoup occupé de l'iodol, ne s'est guère arrêté aux propriétés antiseptiques de ce corps, propriétés qui doivent être presque nulles; d'un autre côté, l'iodol se décompose rapidement sous l'influence de la lumière, de la chaleur animale et des ferments contenus dans les plaies, de manière à mettre en liberté de l'iodeà l'état naissant ; d'après cette conception nous n'aurions plus affaire qu'à une forme particulière et facile à administrer de combinaison iodée.

Martini, qui a étudié l'action de l'iodol, pris à l'intérieur, sur les affections broncho-pulmonaires, en est arrivé à la conviction que cette action était nulle; il n'est cependant pas facile de dire quelle est celle de l'iodoforme dans les mêmes conditions. Cervesata n'a rien tiré de l'iodol dans la tuberculose pulmonaire, mais il déclare avoir eu à s'en louer dans la phthisie laryngée, les diverses laryngites et catarrhes bronchiques, ainsi que dans trois cas d'exsudat chronique et stationnaire de la plèvre; il administre 1 à 3 grammes d'iodol par jour en poudre à l'intérieur, et, en outre, il le prescrit en inhalations et en insufflations. L'auteur a eu également à se louer de l'iodol dans les diverses manifestations de la scrofule et de la syphilis tertiaire; la dose, ordinairement employée pour les enfants, est de 50 centigrammes à 1 gr. 50 par jour.

En résumé, d'après les divers auteurs cités, il faudrait renoncer à se servir de l'iodol comme antiseptique, mais par contre ce corps trouverait un emploi rationnel comme succédané très efficace de l'iodure de potassium. — P. N.

De l'emploi de la quinine dans la pneumonie, par M. Atkinson. (*The Practitionner* et le *Courrier médical*, 1889, 42.) — C'est à doses réfractées que cette substance doit être employée pour modérer l'élévation de température. M. Atkinson l'administre toutes les deux heures par prise de 3 grains et la véhicule dans une solution d'acide bromhydrique. Cette dose convient à l'adulte. Pour un enfant de six semaines, il faut la réduire à un quart de grain toutes les quatre heures.

Il est avantageux d'en combiner l'administration avec celle de la teinture de digitale à raison de trois ou quatre gouttes de cette dernière, que l'on donnera en même temps que l'alcaloïde du quinquina.

Dans les cas où la peau est sèche, où les urines sont très chargées d'urates, M. Atkinson alterne l'emploi de la quinine avec celui du citrate de potasse effervescent et de l'esprit de nitre, dont il cesse l'administration dès que la diaphorèse se manifeste. Enfin, il conseille en même temps l'usage de l'alcool.

L'action vaso-motrice de la quinine est celle sur laquelle il fait fond pour favoriser la diaphorèse. En résumé, cette médication consiste surtout dans l'association de remèdes classiques et non pas dans l'adoption d'innovations thérapeutiques. Elle n'en réussit pas moins bien pour cela. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 août. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend un pli cacheté adressé par M. le docteur Galippe (de

Paris) et relatif à une méthode de culture des parasites contenus dans les tissus végétaux et animaux. (Accepté.)

Ablation d'un morceau de foie avec une ligature élastique. — M. Terrillon rapporte l'observation d'une femme âgée de 53 ans qui avait depuis quatre ans une tuméfaction douloureuse vers le bord droit du foie. Une ponction exploratrice permit d'extraire une petite quantité d'un liquide ressemblant à celui des kystes hydatiques. Cela amena une diminution de la tumeur. Cependant, M. Terrillon fit la laparotomie et pratiqua une incision sur une ligne parallèle aux fausses côtes droites. Il put ainsi attirer au dehors une portion du foie remplie de petits kystes hydatiques et, pour éviter l'hémorrhagie, plaça une ligature en caoutchouc autour du point de continuité avec le foie de manière à faire un pédicule artificiel. Après sept jours, on enleva la partie mortifiée avec le lien; la plaie, dont le fond était formé par le tissu du foie, était séparée par des adhérences de la cavité péritonéale. La cicatrisation se fit en six semaines.

Action antiseptique de l'eau oxygénée et de l'ozone. — M. Gibier fait une communication sur ce sujet. Ce qui fait que l'eau oxygénée est peu employée comme antiseptique, c'est que ce liquide est très instable. Cependant son action germicide est considérable. L'eau oxygénée fait perdre presque instantanément toute virulence aux microbes de la fièvre typhoïde, du choléra, du charbon, de la rage. Du virus rabique provenant de la moelle d'un lapin perd toute activité lorsqu'on le mélange à l'eau oxygénée pure. Ce liquide n'est pas nuisible pour les cellules animales; bien au contraire, il augmente leur vitalité. M. Gibier a réussi à arrêter un phagédénisme spécifique par des pansements et lavages à l'eau oxygénée.

Probablement l'oxygène agit sous forme d'ozone.

M. Gibier a aussi étudié le *glycozone* qui résulte de la combinaison de la glycérine avec 15 fois son volume d'ozone. Le pouvoir antiseptique de ce liquide est notable, mais moins rapide que celui de l'eau oxygénée.

Eléphantiasis du testicule. — M. Le Dentu a fait l'examen histologique d'un testicule atteint de lésions éléphantiasiques d'origine paludéenne.

La principale lésion est une sclérose qui a envahi les différentes couches du scrotum jusqu'à l'albuginée et l'épididyme. Entre le testicule peu atteint, mais un peu mou, et les enveloppes il y avait de nombreux kystes formés par la tunique vaginale. Le tissu fibreux renferme un grand nombre de lymphatiques dilatés et enflammés; la lymphangite chronique est interrompue de temps à autre par des poussées aiguës. Il y a aussi de l'artérite et par places des accumulations de leucocytes près des lymphatiques. Au niveau des papilles, la peau est un peu hypertrophiée et il y a à leur base des lacunes lymphatiques étoilées. M. Le Dentu n'a pas trouvé de filaires.

— Par suite d'une erreur, nous avons omis de donner l'analyse d'une communication de M. Guéniot faite dans la dernière séance sur un cas de *rupture utérine*. La malade fut apportée à la Maternité, la rupture existant au lieu d'élection, Mme Henry put sentir en pratiquant le toucher le ligament rond et le bord inférieur du foie. On fit facilement l'extraction du fœtus et celle du placenta. M. Guéniot n'eut pas recours à la laparotomie et se borna à faire des lavages vaginaux antiseptiques, à appliquer de la glace sur l'abdomen et à donner des excitants généreux. Après avoir eu de la fièvre et des douleurs abdominales, la malade guérit complètement. Il résulte de ce fait que, quand l'antisepsie de l'accoucheur, du fœtus et du milieu hospitalier est complète, les cas de ce genre, même dans les grandes villes, peuvent guérir sans intervention opératoire.

En 1888 à la Maternité, du mois de janvier au mois d'août, il y a eu 1,305 accouchements et 20 décès, soit 1,53 p. 100; en 1887, 1,223 accouchements et 15 décès, soit 1,22 p. 100; en 1890, 1,300 accouchements et 17 décès, soit 1,30 p. 100.

Si on élimine les malades mortes du placenta prævia, de rupture utérine, d'affections intercurrentes, la mortalité se réduit 0,77 p. 100 en 1888; 0,58 p. 100 en 1889; 0,62 p. 100 en 1890.

©BIU Santé

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 25 AU 26 JUILLET 1890.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Vendredi 25 juillet. — N° 364. M. Maerle (L. Th.) : Contribution à l'étude du sulfonal et de son action hypnotique chez les aliénés. (Président, M. Potain.) — N° 365. M. Goisque (Eugène) : De la trachéotomie dans le cancer de l'œsophage. (Président, M. Potain.) — N° 366. M. Gasser (J.) : Etudes bactériologiques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. (Président, M. Straus.) — N° 367. M. Barisien (Georges) : Paralysies et polypes des cordes vocales. (Président, M. Straus.) — N° 368. M. Blaiset (F.) : Traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections médicamenteuses. (Président, M. Guyon.) — N° 369. M. Lacaze-Duthiers (Gérard) : Traitement chirurgical de l'extrophie de la vessie par un procédé nouveau. (Président, M. Guyon.) — N° 370. M. Murray (Paul) : Recherches sur la durée de la délivrance chez les primipares et les multipares. Conduite à tenir dans les divers cas. (Président, M. Pinard.)

Samedi 26. — N° 371. M. Mathieu (Félix A.) : Du signe de Frédéric Muller dans l'insuffisance aortique. (Président, M. Peter.) — N° 372. M. Lancry (Louis) : La commune de Fort-Mardick, près Dunkerque. Etude démographique et médicale. (Président, M. Peter.) — N° 373. Mlle Roussel (Marie) : Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus. (Président, M. Peter.) — N° 374. M. de Saint-Cyr de Monlaur (Raoul) : Etude des bruits de la pointe dans l'insuffisance aortique. (Président, M. Peter.) — N° 375. M. Lombardi (V. E. C.) : Considérations sur la valeur thérapeutique de l'électrolyse dans la cure des rétrécissements. (Président, M. Debove.) — N° 376. M. Martin (Raymond) : Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow. (Président, M. Debove.) — N° 377. M. Reyes (Lisandro) : Contribution à l'étude de l'état mental chez les enfants dégénérés. (Président, M. Debove.) — N° 378. M. Brienne (Alfred) : Contribution à l'étude de la forme nerveuse de la grippe et de ses complications. (Président, M. Debove.) — N° 379. M. Jacob (J. C.) : Quelques critiques sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. (Président, M. Ball). — N° 380. M. Frossard (Camille) : Du lavage de l'estomac dans la sitiophobie des aliénés. (Président, M. Ball.) — N° 381. M. Robert (Gaston) : Des myopathies dans la sclérodermie. (Président, M. Ball.) — N° 382. M. Cousin : De quelques symptômes communs au rhumatisme chronique et aux affections nerveuses. (Président, M. Ball.) — N° 383. Mme Kouindjy-Pomeranetz : Valeur diurétique de la théobromine. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 384. M. Vacher (Fr. J.) : Essai sur la thermométrie en clinique. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 385. M. Déléage (Francisque) : Etude clinique sur la maladie de Thomson. Myotonie congénitale. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 386. M. Caussade (G. G.) : De la néphrite pneumonique. (Président, M. Dieulafoy.)

FORMULAIRE

POTION CONTRE LA MÉTRORRHAGIE DES FEMMES EN COUCHES. — Braun.

Extrait de seigle ergoté.....	1 gr. 50 centigr.
Elixir acide de Haller.....	1 gramme.
Eau distillée de framboises.....	120 grammes.
Sirop de framboises.....	20 —

F. s. a. une potion. — Pendant les premiers jours après l'accouchement, on en prescrit une à deux cuillerées à soupe, toutes les deux heures, afin d'augmenter les contractions utérines, et de diminuer par suite les chances de métrorrhagies. — N. G.

LINIMENT DE CHLOROFORME PERFECTIONNÉ. — Peter Boa.

Camphre.....	31 grammes.
Chloroforme.....	117 —
Paraffine molle.....	q. s.

Dissolvez le camphre dans le chloroforme, et ajoutez assez de paraffine molle pour compléter 235 grammes. — En augmentant ou en diminuant les proportions de paraffine, on obtient un liniment plus ou moins épais, et que l'on peut employer sans tacher les vêtements, comme cela se produit avec le liniment chloroformé à l'huile d'olives. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 3 août 1890, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Reclus, chirurgien à l'hôpital Broussais; Gruby (de Paris); Casanova, maire de Constantine; Azémar, membre du Conseil général de la Haute-Garonne; Vergely (de Bordeaux); Deluc (d'Orthevielle); Michel (de Bar-le-Duc); Brachet (d'Aix-les-Bains).

— Par décret, en date du 8 août 1890, M. le docteur Raymondaud, directeur de l'Ecole de médecine de Limoges, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Vallois, chef des travaux du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, est institué, pour trois ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Schuhl, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Bernard, docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 1er novembre 1890, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Désir de Fortunet, démissionnaire.

M. Royet, docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 18 novembre 1890, chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Belous, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Audry, docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 16 novembre 1890, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Vallas, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Paliard, docteur en médecine, est institué, pour deux ans, à partir du 16 novembre 1890, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Mousset, dont le temps d'exercice est expiré.

EMPOISONNEMENT PAR DU DÉSINFECTANT SAINT-LUC, RENFERMÉ DANS UNE BOUTEILLE DE SAINT-GALMIER. — M. Leclerc rapporte un cas d'empoisonnement par une solution de 30 p. 100 de chlorure de zinc (désinfectant Saint-Luc), due à une erreur causée par la bouteille renfermant ce liquide; et il appelle l'attention sur la nécessité d'imposer aux marchands de produits chimiques l'emploi de flacons spéciaux pour renfermer les produits dangereux. Cette question est renvoyée au Comité d'hygiène. (*Société médico-pratique.*)

IMPORTATION DE LA BAIE DE MAQUI EN FRANCE. — Le *Sémaphore* de Marseille publie la note suivante : « L'importation en France de la baie de maqui qui est produite par un arbuste du Chili, est passée de 115,000 kilogrammes en 1894 à 315,776 kilogrammes en 1889. C'est le nouveau colorant qui remplace actuellement la fuchsine et ses dérivés, au grand bénéfice de la santé publique, mais non de la pureté des vins. »

FALSIFICATION DU POIVRE. — En novembre dernier, les inspecteurs des pharmacies d'Alger visitaient, dans le faubourg de Bab-el-Oued, une « Manufacture de poivre », où sous le nom de « Poivre légumier d'Algérie, deux industriels associés livraient au commerce un produit qu'ils fabriquaient eux-mêmes.

Ce faux poivre n'était autre chose que des petits pois noircis par des bains répétés et alternés de solution tannique et de sulfate de fer; ils étaient ensuite macérés dans une

©BIU Santé

teinture alcoolique de piment. Le produit était livré en grain ou en poudre, à la volonté du client.

Le tribunal correctionnel d'Alger, saisi de cette fraude, vient de condamner les deux commerçants solidairement à 50 francs d'amende. (*Bull. méd.*)

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

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

PHTHISIE, *Bronchites*, *Catarrhes.* — **L'Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Bulletin bibliographique.

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, avec une introduction par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-18 de 308 pages. — Cartonné, prix : 3 francs.

La neurasthénie. Epuisement nerveux, par L. Bouveret, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 220 pages. — Prix : 4 francs.

Les tuberculoses du pied. Des résultats éloignés de leur traitement. Opérations économiques, résections, amputations, par le docteur Charles Audry, ex-interne des hôpitaux de Lyon. Grand in-8° de 234 pages. — Prix : 5 francs.

La folie à Paris, par le docteur Paul Garnier.

Ces ouvrages se trouvent chez J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Massotherapeutics or massage as a mode of treatment, by William Murrell. London, Lewis, 136, Gower Street.

Les bactéries et leur rôle dans l'étiologie, l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses, par MM. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, et Babes, professeur d'anatomie pathologique et directeur de l'Institut bactériologique de Bucharest; troisième édition refondue et augmentée, contenant les méthodes spéciales de la bactériologie, 385 figures en noir et en plusieurs couleurs intercalées dans le texte et 12 planches hors texte. 2 beaux volumes in-8° raisin. — Prix : 40 francs.

Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses, par le professeur Kovalesky, de l'Université de Kharkoff (Russie). 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs.

Ces ouvrages se trouvent chez Félix Alcan.

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement employés en gynécologie, à l'usage des praticiens et des étudiants, par le professeur Simon Duplay. In-18 de 192 pages, avec 44 figures dans le texte. — Prix : 2 francs.

Cet ouvrage se trouve chez Asselin et Houzeau, 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Blache : La protection de l'enfance dans le département de la Seine. — II. Congrès de Berlin. — III. Bibliothèque : Traitement des maladies de la peau. — IV. Revue des journaux : La morphine antidote de l'atropine. — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

La protection de l'enfance dans le département de la Seine.

Renseignements et observations sur les résultats de l'application de la loi Roussel en 1888.

Lecture faite à l'Académie de médecine le 5 août 1890

Par M. le docteur Blache.

Aujourd'hui plus que jamais, les questions relatives à la démographie sont à l'ordre du jour de l'Académie de médecine. Justement émue des constatations inquiétantes qu'un de ses membres, l'éminent docteur Lagneau, lui exposait dernièrement encore, au sujet de la décroissance de la natalité en France, elle se préoccupe avec juste raison de cette dépopulation prochaine et recherche avidement les moyens de diminuer au moins la mortalité infantile. Aussi suis-je certain à l'avance d'obtenir sa bienveillante attention, lorsque je viens lui parler d'un des meilleurs moyens, d'un des plus efficaces, je veux dire l'application de la loi Roussel.

Cette application, dans le département de la Seine, est toujours en progrès et les renseignements puisés dans les documents officiels si complets et si sûrs donnent pour l'année 1888, sur laquelle porte cette courte étude, des résultats supérieurs à ceux que j'ai relevés depuis quatre ans dans des travaux analogues.

C'est d'abord le nombre des nourrissons protégés qui a augmenté de près de 200. Il s'est élevé à 5,121. Ce total n'avait pas encore été atteint. Il en est de même du nombre des nourrissons restant à protéger au 31 décembre, qui se trouvait être de 1,732, dont 559 à Paris et 1,173 dans la banlieue.

Les 5,121 nourrissons protégés comprenaient :

2,358 enfants élevés par nourrices, au sein, soit 46,05 p. 100.
2,156 — — au biberon, soit 42,10 p. 100.
607 — — sevreuses ou gardeuses, soit 11,85 p. 100.

S'il est regrettable de voir l'élevage au biberon continuer la marche ascendante qu'il n'a pas cessé de suivre depuis 1882, il est à remarquer que, du moins, la diminution assez importante subie par l'élevage au sein en 1887 ne s'est pas reproduite en 1888. Espérons que nous ne sommes pas condamnés à voir le département de la Seine fournir un jour plus de nourrices au biberon que de nourrices au sein.

Pour empêcher ce déplorable résultat, il y a un remède souverain qu'il faut prêcher encore et toujours. C'est l'allaitement maternel. Mes principes en cette matière sont inébranlables. Ce sont d'ailleurs ceux de l'Académie

©BIU Santé

et j'en suis trop profondément pénétré pour y renoncer jamais. Mais il faut aussi être juste, et je dois reconnaître que l'élevage au biberon, abstraction faite de son incontestable infériorité, se pratique actuellement dans des conditions sensiblement améliorées, là où il est soumis à la surveillance voulue. C'est un des bienfaits du service de la protection, et ce n'est pas le moindre.

Au point de vue des sexes, les 5,121 nourrissons surveillés en 1888 se partageaient dans les proportions suivantes :

Garçons 2,625, soit 51,22 p. 100.
Filles 2,498, soit 48,78 p. 100.

Le chiffre des garçons, tout en reprenant sur celui des filles la supériorité qu'il avait perdue l'année précédente, reste avec un écart moins considérable qu'autrefois.

Quant à l'état civil, le nombre des enfants naturels a subi une légère diminution par rapport aux années 1887 et 1885. Il est à souhaiter que cette diminution s'accentue encore davantage, car il ne faut pas oublier que les nourrissons de filiation illégitime payent un plus large tribut à la mortalité, en raison des privations et du manque de soins dont leurs mères ont trop souvent à souffrir pendant et après leur grossesse.

Sur 5,121 enfants protégés en 1888, il y a eu 383 décès. La mortalité générale a donc été de 7,47 p. 100, proportion identique à celle de 1887, à une différence insignifiante, près 7,37. Il est permis de dire que cette différence ne se serait pas produite et qu'au contraire le minimum de la mortalité aurait continué à s'abaisser comme cela s'est vu sans interruption pendant les cinq années précédentes, si les maladies de l'appareil digestif n'avaient causé, en 1888, des ravages exceptionnels, comme on va pouvoir en juger par le tableau ci-après des maladies auxquelles ont succombé les 383 nourrissons décédés.

Maladies de l'appareil digestif.....	180	décès.
de l'appareil respiratoire.....	62	—
du système nerveux.....	88	—
Epidémiques.....	25	—
Diverses.....	28	—
Total.....	383	décès.

On le voit, les maladies de l'appareil digestif, qui ont fourni 41 cas de plus qu'en 1887, représentent 47 p. 100 de l'effectif mortuaire en 1888. Cette aggravation pourrait être invoquée comme un argument sans réplique en faveur de l'élevage au sein, dont la part, dans les 180 décès dont il s'agit, a été de 40, tandis que celle de l'élevage au biberon a été de 137. Une pareille disproportion n'a pas besoin de commentaires. Et encore y a-t-il lieu de remarquer qu'elle pouvait être encore plus considérable, si l'on tenait compte des nourrissons qui, après avoir été élevés au biberon dans des conditions mauvaises, sont confiés *in extremis* à l'élevage au sein et meurent après un court séjour dans le service, dont ils grossissent indûment l'effectif mortuaire.

Si l'on examine la part afférente à chaque sexe dans la mortalité des nourrissons en 1888, on trouve, sur le total des 383 décès, 209 garçons et 174 filles.

Comparativement à 1887, la mortalité s'est un peu élevée pour le sexe

masculin, mais elle a continué, comme depuis quatre ans, à s'abaisser pour le sexe féminin, qui est toujours plus épargné.

Par rapport à l'état civil, sur 383 nourrissons décédés en 1888, on comptait 262 enfants naturels et 121 enfants légitimes. Cette différence vient à l'appui des observations que nous avons formulées plus haut.

En ce qui concerne l'âge, les proportions ne varient point depuis quelques années, ce sont toujours les nourrissons de 1 jour à 3 mois qui fournissent le premier tiers des décès, ceux de 3 mois à 8 mois qui fournissent le second tiers et les autres enfants de 8 à 23 mois qui forment le dernier. A signaler toutefois, comme exception particulière à l'année 1888, une diminution très sensible de la mortalité pour les enfants du troisième mois, tandis que, malheureusement, il y a eu aggravation notable pour ceux des deuxième, quatrième et neuvième mois.

Par rapport aux saisons, c'est l'hiver et le printemps qui ont offert la plus faible mortalité, contrairement aux données généralement acceptées jusqu'ici : c'est août, septembre et octobre qui ont compté le plus grand nombre de décès. On ne peut que constater cette variation dont les raisons échappent.

La statistique par quartier confirme l'observation que j'ai déjà formulée pour les années précédentes. Sur 383 décès, il y en a eu 270 dans la banlieue et 113 seulement dans Paris, où la mortalité dans l'élevage au sein, notamment, n'a pas atteint 5 p. 100. Une seule commune du département de la Seine l'emporte sur la capitale à ce point de vue. C'est la commune de Bobigny, canton de Pantin, où, depuis 1882, il n'y a pas eu un seul décès de nourrissons.

Je ne saurais quitter ce sujet de la mortalité infantile, qui nous préoccupe tous à si juste titre, sans revenir et sans insister sur la nécessité de certaines réformes et améliorations à introduire dans l'application de la loi Roussel, que l'administration supérieure, rendons-lui hautement cette justice, ne cesse de réclamer du gouvernement avec la plus louable persévérance.

Avant tout, il est urgent d'assurer aux nourrissons malades les soins immédiats des médecins-inspecteurs. On est frappé de la nécessité des mesures qui s'imposent à cet effet, quand on voit qu'en 1888, étant donnée une mortalité de 383 enfants protégés, 39 sont décédés avant d'avoir pu être visités par le médecin-inspecteur, et que 100 autres n'avaient reçu, au moment de leur décès, qu'une seule visite. Qu'on adopte donc, sans plus tarder, les moyens efficaces qu'a si bien indiqués l'autorité compétente à l'exemple de l'Académie. Il faut prescrire aux employés des mairies d'informer immédiatement le médecin-inspecteur du placement d'un nourrisson chez telle ou telle nourrice de la localité sans attendre le lent accomplissement de toutes les formalités réglementaires; il faut réduire de huit à trois jours le délai accordé au médecin-inspecteur pour faire sa première visite au nouveau nourrisson; il faut, enfin, obliger le médecin-inspecteur à visiter deux fois par mois le nourrisson pendant le premier et le deuxième mois de placement.

A cette question des soins immédiats à donner aux nourrissons pendant les premières semaines de leur placement, et en cas de maladie, se lient strictement celles qui concernent l'alimentation des nouveau-nés et l'hygiène des locaux où ils sont placés. Elles ont toujours été un des principaux soucis de l'Académie de médecine, dont la commission permanente de l'hygiène

©BIU Santé

de l'enfance a rédigé ces précieux conseils élémentaires aux mères et aux nourrices, qu'il faudrait répandre à profusion dans les villes et les campagnes, et imprimer sur les actes de l'état civil, pour les délivrer au moment des mariages et des déclarations de naissance, ainsi que les Congrès d'économie sociale, d'hygiène et d'assistance publique en ont exprimé le vœu en 1889. On devrait aussi les comprendre dans le programme des études des écoles primaires supérieures de filles, dans les cours d'école normale et dans les examens de sage-femme; sans nul doute cette publicité aurait pour conséquences le développement de l'allaitement maternel et l'amélioration de l'allaitement artificiel dont les dangers pourraient être sinon supprimés, du moins atténués, notamment par la pratique préalable et préparatoire de l'allaitement mixte, la bonne qualité du lait de vache, d'ânesse ou de chèvre, stérilisé par les procédés nouveaux ou bouilli, et l'emploi du biberon à la main sans tube, avec un bout d'ivoire ramolli, ou mieux de caoutchouc pur non vulcanisé, etc., etc.

Il est un autre point sur lequel l'Académie de médecine ne se lasse pas d'appeler l'attention du ministre de l'intérieur sans que jusqu'ici aucunes mesures aient été prises. C'est la nécessité d'organiser partout la vérification obligatoire des décès d'enfants nouveau-nés et en bas-âge. Aujourd'hui, l'on se borne la plupart du temps à constater le décès sans en mentionner la cause. Il y a là pourtant une constatation indispensable si l'on veut diminuer le nombre des infanticides et des maladies causées par mauvais soins. Au Congrès de Bruxelles, en 1876, et au Congrès de Paris, en 1878, il avait été question d'un modèle de « Bulletin de décès » à imposer dans toutes les mairies de France. On pouvait espérer que ce modèle serait présenté au Congrès de 1889; mais il n'en a rien été, et je ne puis ici que joindre mes respectueuses instances à celles de l'Académie pour que l'administration supérieure adopte enfin la mesure depuis si longtemps sollicitée. On arriverait ainsi promptement à quelque chose de pratique et d'efficace en établissant des pénalités contre toute constatation de décès sans indication de la cause.

Dans le même ordre d'idées, si l'on veut que la loi Roussel soit plus complètement et plus généralement appliquée, si l'on veut qu'elle arrive à produire tous les effets qu'on peut en attendre, il faut tenir fermement la main à l'application des pénalités qu'elle édicte contre le maire, les parents, les nourrices, sevreuses ou gardeuses en cas d'omission des déclarations à faire pour le placement, le déplacement, la maladie et le décès des nourrissons.

Puisque je me trouve amené à aborder le chapitre des lacunes à combler dans l'exécution et même dans les dispositions de cette loi, si excellente d'ailleurs sous tant de rapports, je demanderai la permission de m'y arrêter un peu pour résumer rapidement les observations et les motions qui ont été échangées à ce sujet dans le Congrès international de 1889.

La loi de 23 décembre 1874 porte que le juge de paix de chaque canton doit adresser au Procureur de la République un rapport annuel sur la vérification, opérée par lui, des registres spéciaux qui doivent être tenus dans la mairie pour recevoir la déclaration de toute personne qui place où reçoit un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde moyennant salaire, comme aussi les déclarations relatives au changement de résidence, au retrait ou au décès de l'enfant. Il importe que les juges de paix, qui procèdent à une

vérification et rédigent un rapport si utile pour assurer l'exécution de la loi Roussel, cessent d'être de rares exceptions.

L'application effective d'autres dispositions de cette loi n'aurait pas moins d'importance. Ainsi elle confie la surveillance des enfants protégés au préfet assisté d'un comité départemental ayant pour mission d'étudier et de préparer les mesures nécessaires. C'est notamment sur l'avis de ce comité que le préfet institue des commissions locales chargées de veiller à l'exécution des mesures de protection des enfants et de surveillance des nourrices et gardeuses. Les travaux de ce comité doivent faire chaque année l'objet d'un rapport d'ensemble adressé au ministre de l'Intérieur par un comité supérieur institué près le ministre pour centraliser les renseignements envoyés de chaque département. Ce n'est pas tout. Le ministre, de son côté, doit adresser tous les ans au Président de la République un rapport officiel sur l'existence de la loi du 23 décembre 1874, dans toutes les parties de la France. En outre, par ses soins, doit être publiée annuellement la statistique détaillée de la mortalité des enfants du premier âge, et spécialement des enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde.

Eh bien, je le demande, non dans un esprit de vaine critique, mais dans un sentiment de sollicitude, pour l'intérêt humanitaire et national qui est en jeu, à part trois ou quatre départements (et particulièrement celui de la Seine, où le service de la protection de l'enfance fonctionne admirablement) quels sont ceux où le comité départemental accomplit sa tâche ? quels sont ceux où les commissions locales sont organisées et remplissent leur mission ? Combien de fois depuis seize ans, le comité supérieur a-t-il adressé son rapport *annuel* au ministre de l'Intérieur? Combien de fois, celui-ci a-t-il adressé son rapport *annuel* au Président de la République et fait paraître la statistique officielle et détaillée qu'il doit publier *chaque année* ? On me répondra, non sans raison, que si les choses se passaient dans tous les départements comme elles se passent dans la Seine, où tous les ans M. le Préfet de police publie un rapport aussi intéressant, aussi complet, aussi sérieusement étudié que possible, le comité supérieur et le ministre ne seraient pas embarrassés pour publier à leur tour les travaux qui leur incombent; soit. Mais n'est-ce pas le cas de rechercher pour quelles causes, l'exécution de la loi Roussel n'est pas encore générale et par quels moyens on pourrait faire disparaître ces causes ?

La principale, sans contredit, réside dans les lacunes que renferme la loi Roussel au point de vue financier. Elle se borne à dire, en effet, que les dépenses auxquelles son exécution donnera lieu sont mises, par moitié, à la charge de l'Etat et des départements. Formule vague, et jusqu'à présent du moins, toute platonique dans la plupart des départements pour lesquels on se demande s'il y a des crédits spéciaux inscrits à leur budget, à quels chiffres s'élèvent ces crédits, sur quelles bases a été faite la dernière répartition entre eux et l'Etat, répartition dont les bases, aux termes de la loi du 23 décembre 1874, doivent être arrêtées tous les trois ans par le ministre de l'Intérieur.

Pour assurer un service régulier, pour subvenir à des dépenses permanentes, il faut des chiffres, et des chiffres positifs. Tant que des fonds ne seront pas votés d'abord par les conseils généraux et ensuite par les conseils municipaux dans les communes ou groupes de communes réunies pour le service de la protection de l'enfance, tant que l'Etat ne payera pas sa part au moyen de subventions proportionnelles réparties entre les départements

©BIU Santé

où ce service fonctionnera complètement, on n'arrivera pas à réaliser les ressources suffisantes pour faire face aux dépenses indispensables. En première ligne de ces dépenses, on doit placer les indemnités à accorder aux médecins-inspecteurs dont le rôle est si important et qu'il faut rétribuer, sinon largement, au moins d'une façon convenable, quand ils ont à faire des déplacements longs et comportant des frais de locomotion et de dépenses de temps considérables; de même, il faut rémunérer suffisamment les employés et agents de service. Enfin, si l'on veut avoir de bonnes nourrices, sevreuses ou gardeuses, il faut les encourager en accordant des récompenses aux plus méritantes.

A propos des nourrices, il y a également une lacune à combler dans la loi Roussel. Elle dit bien que les mois de nourrice dus par les parents, ou toute autre personne ayant placé l'enfant, font partie des créances privilégiées. Mais cette disposition est insuffisante. Les nourrices ont besoin d'être assurées de recevoir leur salaire dans un délai rapproché, et régulièrement. Il y a donc lieu d'adopter d'autres mesures plus efficaces et d'un effet plus immédiat pour protéger la nourrice contre la négligence ou la mauvaise volonté des parents qui ne payent pas. C'est à l'administration supérieure d'examiner dans quelles conditions le percepteur, l'instituteur ou un agent municipal quelconque pourraient intervenir à cet effet, et de choisir la combinaison qui lui paraîtra la plus facile à mettre en pratique et la plus propre à donner des résultats positifs.

Dans ce bref exposé des idées échangées au sein du Congrès de 1889, relativement aux perfectionnements à apporter à la loi Roussel, je ne puis que mentionner celles qui ont trait à la création, dans toutes les grandes villes, de bureaux de placement administratifs ou autorisés, pécuniairement responsables du gage des nourrices, à la fondation ou à l'augmentation dans les grands centres industriels des crèches de sevrage, des caisses de secours qui permettent : 1° aux femmes enceintes d'éviter les trop grandes fatigues professionnelles; 2° à celles qui sont accouchées, de donner des soins réguliers à leurs enfants en les allaitant elles-mêmes pendant les premiers mois. Ai-je besoin d'ajouter que, dans l'examen des questions qui intéressent la protection de l'enfance, les mesures prophylactiques ont tenu une large place?

Sans entrer dans des développements que ne comporte pas le cadre nécessairement restreint de cette étude, et pour ne parler que de ce qui concerne la *vaccination*, je me bornerai à enregistrer la sanction unanime donnée par le Congrès international aux motions dont, à diverses reprises, j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie. Le temps n'est pas éloigné, j'espère, où une législation nouvelle et plus complète imposera aux familles l'obligation de faire vacciner le nouveau-né dans des délais déterminés ou à l'époque fixée par le médecin-inspecteur, en cas de maladie ou d'empêchement causé par l'état de l'enfant. En fixant un âge maximum (trois mois, par exemple), au-delà duquel la vaccination devra précéder le placement en nourrice, ou tout au moins être effectuée immédiatement et d'office par le médecin-inspecteur, on arrivera partout à des résultats encore plus satisfaisants que ceux qui sont obtenus dans le département de la Seine et dont il y a lieu déjà de se féliciter grandement. Ainsi, en 1888, sur 5,121 nourrissons protégés, 3,521 ont été vaccinés. La proportion des enfants restant à vacciner au 31 décembre 1888 s'était abaissée à 29,50 p. 100. En somme, on peut dire que 7/10es des nourrissons sont vaccinés.

Incontestablement, c'est un progrès. Mais, quand il s'agit de diminuer la mortalité infantile dans un pays où la population ne s'accroît pas, et qui est entouré de voisins où cet accroissement se produit sans interruption, on ne doit pas se contenter de ce qui est fait tant qu'il reste quelque chose à faire. Aussi la conclusion de ce modeste travail sera celle-ci : Puisque l'application de la loi Roussel, telle qu'elle se pratique actuellement, a eu pour effet de diminuer la mortalité des enfants du premier âge dans une proportion considérable et même réellement supérieure à celle accusée par les statistiques, il est de toute évidence qu'en perfectionnant cette application et en comblant certaines lacunes de la loi, on réussira à conserver à la France un bien plus grand nombre d'enfants. *Quod erat demonstrandum.*

Congrès de Berlin

SÉANCES GÉNÉRALES (1)

2° R. Koch : *Sur les recherches bactériologiques.* — Ainsi qu'il le dit lui-même, Koch n'a pas cherché, dans son discours, à dire du nouveau, mais a voulu exposer l'état actuel des recherches bactériologiques qui offrent un intérêt de tous les instants.

Après avoir rappelé en quelques mots l'évolution rapide de la bactériologie qui n'existait pour ainsi dire pas, il y a quinze ans, l'auteur a insisté sur ce point que les bactéridies forment des espèces fixes, de même que les végétaux supérieurs, bien qu'il soit souvent difficile de caractériser ces espèces. La lèpre, la tuberculose, dont nous retrouvons la description chez les anciens auteurs, nous prouvent que les micro-organismes pathogènes peuvent conserver les mêmes propriétés pendant de longs siècles. Il se produit certainement des variétés, mais elles existent aussi chez les représentants les plus élevés du règne végétal.

Si on met une bactérie dans un milieu de culture qui ne lui convient pas, elle peut se développer anormalement, acquérir temporairement des facultés nouvelles; mais, malgré tout, il ne se développera pas une espèce nouvelle. Jamais le bacillus anthracis n'est devenu le bacillus subtilis.

Les bactéries étant très petites, il convient, pour pouvoir établir les espèces, de multiplier le plus possible les caractères à attribuer à chaque forme et de réunir un grand nombre d'observations.

Soit, par exemple, le bacille typhique. Si on le rencontre dans la rate, le foie ou les ganglions mésentériques, on n'aura pas de doute sur sa nature, et, dans ces organes, on n'a jamais vu de micro-organisme avec lequel on puisse le confondre. Mais lorsqu'on le recherche dans le contenu de l'intestin, le sol, l'eau, il est très difficile de le distinguer parmi la multitude de bacilles qui lui ressemblent, et il faut être très réservé dans les conclusions que l'on croit pouvoir poser.

Pour certaines bactéries, il existe des caractères différentiels si nets que l'on peut les reconnaître immédiatement dans des cas très difficiles. Les bacilles de la tuberculose et du choléra possèdent ainsi des réactions caractéristiques. Il faut chercher, sans se lasser, des signes de certitude pour les principaux microbes pathogènes. Ce n'est que lorsqu'on en aura trouvé qu'il sera possible de les étudier complètement en dehors de l'organisme humain.

On reconnaît le bacille tuberculeux à la manière dont il se comporte vis-à-vis des matières colorantes, à l'apparence de ses cultures pures et enfin à ses propriétés pathogéniques. Malgré tout il faudra, toutes les fois que l'on veut le diagnostiquer, ne pas se contenter d'un seul de ses caractères, mais les rechercher tous.

Koch a trouvé que les bacilles de la tuberculose des poules se comportaient vis-à-vis

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 août 1890.

©BIU Santé

des matières colorantes comme le bacille tuberculeux humain. Il avait conclu à l'identité des micro-organismes. Plus tard il remarqua quelques différences dans les cultures et essaya en vain de transformer en bacille des poules le bacille tuberculeux habituel. Enfin il reçut des poules atteintes de tuberculose et obtint immédiatement une culture spéciale. Il s'agit, dans ce cas, d'une espèce voisine de celle qui cause la tuberculose humaine, mais encore d'une espèce identique.

Ces bacilles sont-ils pathogènes pour l'homme? On ne sait.

Il est prouvé qu'un certain nombre de maladies infectieuses sont causées par des parasites. Cependant il y a encore toute une série de maladies qu'il est impossible d'inoculer aux animaux, bien que l'on en ait trouvé les parasites; on peut citer la lèpre, le choléra, la fièvre récurrente.

Parmi les résultats acquis il faut citer ceux qu'a donnés l'étude des produits de sécrétion des parasites. Les toxalbumines du charbon, du tétanos, de la diphtérie peuvent prendre une importance considérable et même prépondérante dans la pathogénie des phénomènes observés.

Pour Koch, la conception de l'immunité par la phagocytose perd du terrain, et il est probable que le plus grand rôle est dévolu aux faits chimiques.

La lumière est un des facteurs les plus puissants de la destruction des bactéries. Pour le bacille tuberculeux, la mort arrive en un temps variant de quelques minutes à quelques heures, suivant l'épaisseur de la couche exposée aux rayons solaires. La lumière diffuse agit aussi, mais plus lentement. Il n'existe pas de bactérie pouvant se multiplier dans l'air, et l'eau seule ou un liquide convenable leur permet de se développer; il n'y a que celles qui résistent bien à la dessication que le vent puisse transporter au loin.

Il est encore des points bien obscurs. C'est ainsi que la structure intime des bactéries est inconnue. Peut-être cependant y a-t-il un noyau et des papilles servant d'organes de locomotion. Dans un grand nombre de maladies infectieuses, il a été impossible de découvrir les micro-organismes; telles sont les fièvres exanthématiques, la rage, la vaccine, etc. Peut-être, dans ces maladies, y a-t-il des micro-organismes appartenant à une autre classe que celle de bactéries comme les parasites de la malaria.

Quoi qu'on en dise, les résultats pratiques de la microbiologie sont déjà considérables. C'est ainsi qu'elle a permis d'acquérir des connaissances exactes sur la désinfection et les désinfectants, sur les procédés de filtration et d'épuration des eaux, de contrôler le lait et les aliments.

Jusqu'à présent les procédés thérapeutiques qui s'attaquent directement aux bactéridies sont fort peu développés. Il n'y a à citer que les vaccinations pastoriennes.

Koch est persuadé que l'on trouvera des agents à opposer avec succès au bacille tuberculeux. Mais il ne faut pas expérimenter d'abord sur l'homme, et ce n'est qu'en cherchant à agir sur les cultures du bacille que l'on peut espérer arriver à des résultats pratiques. Il suffit, du reste, d'arrêter le développement des bacilles, de les empêcher de se multiplier et il n'est pas nécessaire de les tuer. Un certain nombre de substances ont donné à Koch de bons résultats à faible dose; ce sont quelques huiles essentielles, la naphthylamine β, la paratoluidine, la fuchsine, le violet de gentiane, le bleu de méthylène, le mercure en vapeurs, les composés d'or et d'argent, et surtout le cyanure d'or. Malheureusement, tous ces corps échouent chez les animaux tuberculeux.

Cependant, Koch est arrivé à trouver une substance grâce à laquelle les cobayes, si sensibles au virus tuberculeux, résistent à son inoculation et qui leur permet de guérir lorsqu'ils sont déjà malades.

3° Sir J. Lister : *L'état actuel de la chirurgie antiseptique.* — L'orateur a d'abord insisté sur l'importance de la théorie de la phogocytose pour expliquer comment les tissus résistent à l'invasion des bactéries dans beaucoup de cas. Quand on emploie pour faire des ligatures des fils de soie non antiseptiques et qu'il n'y a pas d'accidents, cela tient probablement à ce que les leucocytes pénètrent dans le fil entre les fibres et détruisent les microbes que l'on y trouve avant qu'ils aient eu le temps d'agir fâcheusement sur l'organisme. Cependant, bien que certains opérateurs dont la pratique est très heureuse ne désinfectent pas les fils dont ils se servent pour lier le pédicule dans

l'ovariotomie, il vaut mieux procéder à cette désinfection complète. La pratique des chirurgiens qui disent ne pas faire d'antisepsie est en réalité antiseptique. Ils purifient toujours les éponges avec le plus grand soin, observent une propreté stricte, lavent le péritoine avec de l'eau cuite pour enlever les coagula, drainent aussi la séreuse.

Bien qu'il faille éviter les solutions antiseptiques trop fortes dans la chirurgie abdominale, Lister préconise cependant pour les lavages l'emploi d'une solution de sublimé à 1/10,000 et regarde cette solution comme préférable à l'eau bouillie.

Pour le reste du corps, on peut employer des solutions antiseptiques plus fortes. Lister se sert pour le lavage des plaies d'une solution de bichlorure au 1/500 et, pour les irrigations, d'une solution au 1/4,000. Il faut cependant ne pas se servir de la solution forte quand on ouvre une articulation.

Le spray ne détruit pas les microbes de l'air et Lister reconnaît s'être trompé lorsqu'il l'avait dit. Le traitement de l'empyème donne de très beaux résultats, bien que, chaque jour, il entre un grand nombre d'organismes de l'air dans la plèvre. Cela a conduit à penser que l'on pourrait se passer de lavages et d'irrigations antiseptiques, à condition d'éviter l'introduction de germes septiques par une autre voie que celle de l'air. Depuis qu'il a abandonné le spray, Lister place autour du champ opératoire des linges imbibés de la solution antiseptique.

On ne peut réunir immédiatement les plaies quand on se sert d'acide phénique, parce que ce corps provoque une sécrétion très abondante de sérum sanguin ; ce résultat peut, au contraire, être espéré si l'on ne place pas d'antiseptique sur les surfaces cruentées en les lavant simplement avec un liquide non irritant, comme le sublimé au 1/10,000. Actuellement, avec ce nouveau mode de traitement, Lister n'emploie plus le drainage dans les petites plaies et s'en sert beaucoup moins dans les grandes. Il faudrait arriver à pouvoir s'en passer, mais sans se servir de la compression élastique, qui offre certains dangers.

Pour le pansement extérieur, l'ouate stérilisée par la chaleur est bonne à l'hôpital, mais impossible à employer en ville. De plus, si la plaie sécrète abondamment, l'ouate s'imbibera en entier et l'infection se fera secondairement. Dans ce cas de plaies sécrétantes, il faut recourir, pour les pansements, à des substances chimiques, et Lister préconise les cyanures de zinc et de mercure, dont l'usage lui donne les plus beaux résultats.

L'illustre chirurgien anglais reste donc partisan des pansements antiseptiques. Cependant, pendant le Congrès, un de ses confrères allemands les plus célèbres, Von Bergmann, a vanté la *chirurgie aseptique*. Quand on se prépare à faire une opération sur une région et que le foyer n'est pas infecté, on commence par appliquer sur la peau d'abord un savonnage, puis un lavage à l'eau stérilisée, ensuite on l'essuie en la frottant avec une serviette aseptique ; enfin, on la lave à l'alcool à 80° et au sublimé à 1/2 p. 1,000. Pour opérer, le chirurgien se lave les mains au sublimé, emploie des instruments bouillis et place sur les parties voisines du champ opératoire des compresses stérilisées. Les sutures ne sont faites que lorsque l'hémostase est rendue complète par ligature, forci-pressure ou compression par des tampons stérilisés, l'étuve, de même que l'ouate avec laquelle on fait le pansement. Dans le cas de foyers infectés, Von Bergmann emploie la poudre d'iodoforme.

BIBLIOTHÈQUE

Traitement des maladies de la peau, avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses, par le docteur L. Brocq, médecin des hôpitaux de Paris. Un fort volume in-8° de 940 pages. Prix : 14 francs. — Paris, O. Doin, éditeur, 1890.

Parmi les branches de la médecine qui nécessitent des études spéciales, il en est que les praticiens peuvent à la rigueur laisser de côté systématiquement, mais la dermato-

©BIU Santé

logie n'est pas de celles-là ; elle se lie si étroitement à la médecine générale qu'on ne peut se dispenser d'en connaître au moins les éléments. Les malades n'exigeront pas tous un diagnostic au sujet d'une dermatose qu'ils montreront à leur médecin, mais ils ne s'en iront pas sans un traitement ou ce sera pour ne plus revenir.

Or, dans les traités de dermatologie que nous possédions jusqu'ici, originaux ou traductions, la thérapeutique était comme noyée au milieu des descriptions, d'ailleurs rédigée en préceptes généraux ; les indications de telle médication ou de tel médicament étaient posées ; mais pour tirer profit de ces livres-là, il faut déjà être assez familiarisé avec la pratique de la dermatologie ; sinon, on risque fort, en voulant associer des médicaments conseillés comme excellents, d'écrire sur son ordonnance une formule inexécutable qui fera ricaner le pharmacien.

Le livre que M. Brocq vient de publier est conçu sur un plan tout différent de ses prédécesseurs et va rendre un grand service à beaucoup d'entre nous. Ce plan est très original ; d'abord les maladies sont rangées par ordre alphabétique, parce que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de donner une classification satisfaisante des affections cutanées. Ensuite la médication qui doit être appliquée est rédigée en une série de formules dont l'exécution ne pourra soulever la moindre critique de la part du corps pharmaceutique, puisqu'elles ont toutes été revues par M. Th. Leclerc, pharmacien de première classe. Avant de donner le traitement de chaque maladie, M. Brocq expose à grands traits, mais avec précision les principaux symptômes, le diagnostic et l'étiologie ; comme il le dit dans sa préface, pour bien soigner une affection, il faut en comprendre la pathogénie ; en dermatologie comme en toute médecine, la thérapeutique doit être pathogénique. Mais ce que l'auteur a soigneusement écarté, c'est l'anatomie pathologique, qui ne peut intéresser que les médecins déjà initiés aux choses de la peau.

Dans sa préface, l'auteur insiste sur l'intention bien arrêtée qu'il avait de faire un livre élémentaire, quoique volumineux ; élémentaire veut dire, ici, simple, clair, pratique, mais non banal et incomplet, car l'auteur n'a pas donné seulement sa manière de voir ; il a réuni les traitements de tous les médecins actuels qui font autorité en dermatologie : E. Besnier, Fournier, Laillier, Vidal, Hallopeau, Quinquaud. Quiconque a passé depuis dix ans par notre glorieux hôpital Saint-Louis sait en quelle estime M. L. Brocq est tenu par les maîtres de l'Ecole ; il a été successivement le lieutenant de plusieurs d'entre eux et le voici maintenant passé chef. Quelques-uns, connaissant sa réputation méritée d'érudit sans rival et de fin critique, s'étonneront peut-être qu'il ait consacré ses efforts à nous donner un livre élémentaire ; mais tel ne sera pas l'avis des connaisseurs qui savent que les livres élémentaires vraiment dignes de ce nom sont les plus difficiles à faire. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

La morphine antidote de l'atropine. — Un fait d'un considérable intérêt, dit *The Lancet* du 14 juin 1890, publié dans le *Medical Record* de Calcutta, a été observé à Chadarghat, dans la province d'Hyderabad, tout récemment. Un étudiant en médecine, qui souffrait cruellement d'une névralgie, qu'il combattait habituellement par l'emploi de l'antipyrine, se disposant à prendre sa dose ordinaire de ce médicament, se trompa de fiole et avala 30 centigrammes d'atropine. En peu d'instants, il devint inconscient et s'affaissa. On se hâta d'appeler auprès de lui le chirurgien-major Edward Laurie, qui fit administrer un émétique, appliqua la pompe gastrique pour faire sortir tout ce qui se trouvait dans l'estomac. Néanmoins, le malade paraissait céder rapidement aux effets du poison. La dilatation des pupilles était arrivée à son degré extrême, la bouche écumait, la respiration était stertoreuse, et le pouls était rapide et intermittent, lorsque le docteur Laurie eut l'idée de recourir à l'antagonisme de la morphine, et injecta sous la peau 6 centigrammes de cette substance, mais sans effet apparent. Il renouvela alors cette injection, et cette seconde tentative n'eut pas plus de succès. Depuis huit heures du matin jusqu'à trois heures de l'après-midi, la respiration artificielle fut maintenue avec

divers intervalles de repos. Le docteur Laurie se décida alors à revenir à l'injection sous-cutanée de la morphine, mais à la dose de 2 centigrammes, et cette fois la médication se montra antidotique, car dans l'espace d'une heure le pouls s'améliora, la respiration rentra graduellement dans ses conditions normales, et la conscience revint (*The ther. Gaz.*, le 15 juillet 1890). — R.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

M. de Fleury : Contribution à l'étude de l'hystérie sénile. — M. Lecœur : Contribution à l'étude des luxations exposées de l'épaule. — M. Jaubert : Etude comparative des divers modes de traitement de la cystocèle vaginale. — M. Dhomé : Contribution à l'étude de la résection costale. — M. Lasselves : Contribution à l'étude de quelques procédés d'intervention dans les positions occipito-postérieures et, en particulier, du procédé du docteur Loviot. — M. Chevalier : La paralysie générale à l'asile de Dijon (de 1843 à 1889); considérations statistiques, étiologiques et cliniques. — M. Dumas : Des sillons congénitaux. — M. Forget : De la syphilose pulmonaire compliquée d'adénopathie trachéo-bronchique. — M. Fourquet : Contribution à l'étude de la sciatique réflexe dans les affections des organes génitaux chez l'homme et chez la femme. — M. Chevalier-Lavaure : Des auto-intoxications dans les maladies mentales; contribution à l'étude de la pathogénie de la folie. — M. Bordaries : Contribution à l'étude de la neurasthénie. — M. Conil : Contribution à l'étude du développement des ganglions lymphatiques. — M. Vernet : Etude critique sur le traitement chirurgical de la névralgie du nerf dentaire inférieur et, en particulier, sur la résection. — M. Compans : Dénucé. Son œuvre scientifique.

FORMULAIRE

VIN CONTRE LA TUBERCULISATION PULMONAIRE. — V. Gilbert.

Créosote.....	2 à 3 grammes.
Arséniate de soude.....	0 gr. 04 centigr.
Vin de quinquina au Malaga.....	500 grammes.

F. s. a. — Deux petits verres par jour, au moment des repas, aux personnes atteintes de tuberculisation pulmonaire. — 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 boites 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 application de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Gaujot est placé, à dater du 17 août 1890, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Tillaux, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire.

M. le docteur Le Dentu, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

M. Lion (Gaston-Camille), docteur en médecine, est nommé, du 1er août au 31 octo-

©BIU Santé

bre 1891, chef des travaux d'anatomie pathologique du laboratoire de clinique médicale (hôpital Necker), en remplacement de M. Richardière, démissionnaire.

— Le concours de la médaille d'or (médecine) aura lieu le lundi 8 décembre 1890, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Un décret en date du 8 août 1890 (inséré au *Journal officiel* du 9 août) substitue aux baccalauréats ès lettres, ès sciences, ès sciences restreint, un baccalauréat unique de l'enseignement secondaire classique.

Les épreuves, les unes écrites, les autres orales, sont divisées en deux parties. Les candidats à la deuxième partie pourront choisir, au moment de leur inscription, entre trois séries (lettres, mathématiques, sciences physiques et naturelles).

Un règlement ultérieur déterminera les programmes et les conditions spéciales de la troisième série de la deuxième partie (sciences physiques et naturelles), particulièrement destinée aux candidats au doctorat en médecine. Il pourra être délivré des diplômes de bachelier ès sciences restreint jusqu'à la mise en vigueur des dispositions relatives à ladite série.

Les dispositions de ce décret seront applicables à partir de la session de juillet-août 1891 (troisième série de la seconde partie exceptée).

— La Société médicale des hôpitaux est entrée en vacances. La prochaine séance aura lieu le vendredi 10 octobre.

M. Rendu a été nommé secrétaire général en remplacement de M. Desnos, démissionnaire.

— M. le docteur Gouguenheim, médecin des hôpitaux, est chargé d'une mission en vue d'étudier, à l'Université de Berlin, l'enseignement de la laryngologie et de la rhinologie.

— Le rapport, qui a été lu au conseil d'hygiène de la Seine par M. Dujardin-Beaumetz, confirme l'état satisfaisant de la santé publique à Paris. Il recommande, et c'est l'avis du Conseil d'hygiène, de prendre, relativement au choléra, les mêmes mesures de surveillance sanitaire qui ont été employées en 1884 : nomination de médecins délégués chargés de reconnaître les cas suspects ; évacuation des hôtels et des garnis par les malades; établissement de services spéciaux dans les hôpitaux; enfin désinfection énergique des locaux où les personnes suspectes auront séjourné, par l'acide sulfureux et au moyen d'équipes spéciales de désinfecteurs.

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Congrès de 1890 : Neurologie et psychiatrie. — III. Bibliothèque : Histoire des parfums. — Précis de médecine légale. — IV. Thèses de doctorat. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

BULLETIN

L'enquête poursuivie par M. Verneuil sur les rapports entre la grippe et les affections chirurgicales, et dont il vient de communiquer les résultats à l'Académie de médecine, renferme des renseignements pratiques dont l'importance n'échappera à personne.

La grippe prédispose à la suppuration, tel est le fait capital qui se dégage de ce travail. Les microbes pathogènes qui circulent avec le sang, et probablement la lymphe, provoquent des foyers de suppuration avec ou sans cause prédisposante appréciable; les plaies opératoires ou accidentelles, produites avant l'invasion de la grippe, en voie de cicatrisation ou même complètement cicatrisées, s'enflamment et suppurent; les opérations pratiquées trop peu de temps après la grippe non seulement peuvent être suivies des mêmes résultats fâcheux, mais encore peuvent réveiller la grippe sous une forme plus grave qu'à la première attaque. De ces plaies partent aussi des complications qu'on ne voit plus guère depuis le règne de la méthode antiseptique : lymphangite, érysipèle, gangrène, pyohémie. Les affections antérieures à la grippe subissent également sa fâcheuse influence : des kystes de l'ovaire, des tumeurs malignes ont pris une marche rapide;

FEUILLETON

CAUSERIE

Succi est dépassé par un de nos compatriotes, M. Alexandre Jacques, ancien soldat français, aujourd'hui imprimeur sur étoffes, établi à Crayford, dans le comté de Kent. M. Jacques a jeûné avec succès (prière au compositeur de ne pas mettre Succi) pendant quarante-deux jours; Succi (ici il faut bien mettre Succi) n'a jeûné que quarante jours; en second lieu, notre compatriote n'a perdu que 28 livres 3 onces de son poids, tandis que Succi avait perdu 34 livres 3 onces (vous savez qu'en Angleterre on compte encore par livres et par onces, par horreur du système métrique, qui n'est pas anglais). Puis, le Français était toujours gai et dispos, tandis que l'Italien ressemblait à un cadavre. Enfin, Succi avait recouru, outre son élixir, à une foule de moyens artificiels, tels qu'eau chaude, émétique, etc.; mais Jacques ne prenait qu'une pincée de sa poudre mystérieuse, dont il a absorbé en tout 2 onces et demie dans le cours de ses quarante-deux jours de jeûne.

Cette précieuse composition a fait l'objet de la curiosité générale, mais son heureux possesseur n'a voulu la montrer à personne. Un jour, un Russe lui offrit un chèque de 125,000 francs s'il voulait livrer le secret de la fameuse poudre à son gouvernement.

©BIU Santé

des hydarthroses ont suppuré, etc. La grossesse, les suites de couches ont présenté des accidents tels que l'avortement, la fièvre puerpérale, etc.

Comme conséquence pratique, M. Verneuil pense qu'en temps d'épidémie grippale, les chirurgiens devront s'abstenir, hors les cas d'urgence, de pratiquer aucune opération, et qu'avant d'intervenir chez les personnes ayant eu la grippe, il faut attendre que leur état général soit redevenu normal en les soumettant à un traitement médicamenteux et diététique convenable.

— La question de la prophylaxie de la tuberculose, qui a si fort intéressé l'Académie de médecine cette année, a été reprise au Congrès de Berlin par M. Cornet. On se rappelle que l'opinion de ce médecin a été invoquée à plusieurs reprises au cours de la discussion pour combattre les propositions émises par le Comité de l'œuvre de la tuberculose. On ne serait donc pas peu surpris d'apprendre que M. Cornet a défendu précisément ces mêmes propositions, si on ne savait déjà que sa manière de voir n'avait pas été mentionnée exactement. En effet, M. Cornet a déclaré que la source principale de la contagion et de l'extension de la tuberculose provenait des crachats desséchés des phthisiques et qu'il fallait détruire ces crachats. Il a soutenu aussi que l'alimentation par le lait et la viande insuffisamment cuite des animaux tuberculeux était une source de propagation de la maladie, moins active que la précédente, mais certaine. Il en a conclu qu'il fallait défendre la vente de la viande des animaux tuberculeux ou ne la permettre, dans certains cas, qu'en l'estampillant d'une façon spéciale; cette viande ne devra être employée que bien cuite. Enfin il a réclamé une réglementation internationale de la tuberculose.

Nous sommes habitués, en France, à ne trouver bonnes nos idées que lorsqu'elles ont été adoptées par les étrangers. Nous espérons donc que les médecins français voudront bien adopter maintenant les propositions rédigées par la commission permanente du Congrès de la tuberculose.

L.-H. P.

Jacques déchira le chèque, déclarant qu'il voulait quatre fois cette somme et que, d'ailleurs, il ne vendrait son secret qu'à la France ou..... à l'Angleterre.

Dans le cours de son jeûne, Jacques eut une véritable attaque de goutte, et un instant les médecins parlèrent d'arrêter l'épreuve. Mais l'intrépide jeûneur tint bon et le succès a couronné son courage. Quelques instants avant l'heure fixée pour la fin de l'épreuve, il offrit de continuer de jeûner pendant dix jours pour 10,000 livres sterling. Personne n'ayant jugé à propos de risquer cette somme, Jacques abaissa ses prétentions à 1,000 livres; puis, comme il ne trouvait pas amateur même à ce prix, il se décida à fermer boutique.

Du reste, il ne cachait pas qu'il avait faim, qu'il lui tardait de prendre son premier bouillon. Mais, comme dit le proverbe, bien des choses trouvent place entre la coupe et les lèvres. Au moment où il s'apprêtait à manger la soupe, M. Wilkinson, secrétaire de la Compagnie de l'Aquarium, vint lui remettre solennellement une médaille d'or que l'administration de cet établissement offrait à l'intrépide jeûner qui, pendant six semaines, lui avait attiré de si nombreux visiteurs. On avait annoncé que Jacques ferait à quatre heures son premier repas *coram populo*. Aussi, une foule nombreuse se pressait devant l'estrade et applaudit vigoureusement le Français triomphant. Après quoi, celui-ci put enfin savourer son potage, qu'il mangea dans une soupière d'argent. Puis, accompagné de sa femme et de ses enfants, il reprit le chemin de Crayford.

* * *

Moins heureuse a été la jeûneuse de Bourdeilles (Dordogne), Zélie Bourriou, au sujet

CONGRÈS DE 1890

Neurologie et psychiatrie.

Un certain nombre de Congrès se sont tenus simultanément en France, en Angleterre et en Allemagne. Nous avons l'intention de rapprocher les communications traitant des mêmes sujets faites dans ces différents Congrès. Nos lecteurs y trouveront plus de facilité pour se rendre compte de l'état de la science sur les questions les plus intéressantes.

I

La *paralysie générale* a donné lieu à de nombreux travaux. C'était, du reste, une des questions qu'avait à traiter le Congrès des aliénistes français qui s'est tenu à Rouen, et qui a réuni plus de cent membres.

La paralysie générale peut-elle être causée par la syphilis? Le fait est très discuté. Pour M. RÉGNIER, paralysie générale et syphilis cérébrale sont indépendantes, mais peuvent coexister chez le même individu et évoluent alors sans avoir d'influence l'une sur l'autre. Quand on recherche quelle est la fréquence de la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux, on trouve des chiffres très différents selon les auteurs. Mendel admet que 76 p. 100 de ses malades étaient syphilitiques et M. RÉGIS arrive à des résultats à peu près semblables, puisque, sur 21 paralytiques généraux, il trouve 18 syphilitiques avérés, 1 syphilitique douteux, 2 non syphilitiques, ce qui donne une proportion de 85,71 p. 100. Antérieurement, il avait trouvé de 70 à 76 p. 100. D'autre part, Christian donne le chiffre de 15 p. 100 et M. Régnier, sur 179 paralytiques, n'a trouvé que 16 fois la syphilis. Afin d'établir une statistique sur des bases certaines, il faut s'assurer d'abord que le paralytique a eu la syphilis avant le début de la maladie mentale et qu'il n'a pas été atteint au moment où il se livrait aux excès que les malades font souvent au début de la péri-encéphalite. Pour M. Régnier, la

---

de laquelle on a fait tant de bruit il y a quelques mois; elle vient de mourir dans sa petite ville natale, où elle était retournée très malade après son jeûne de trente-trois jours. Rentrée chez elle, cette femme s'était remise à manger un peu, mais elle n'a pu se rétablir et vient de succomber.

* * *

Quelqu'un qui n'aura pas de prix cette année, c'est celui qui a imaginé d'exécuter les condamnés à mort par l'électricité. Les journaux ne tarissent pas d'expressions de blâme contre ceux qui ont conseillé et pratiqué cette exécution. Il vient, dit l'un d'eux, la *Justice*, qui doit s'y connaître, de se passer à New-York une ignoble et révoltante scène de sauvagerie légale. Ce qui s'est produit dans la prison d'Auburn, cette exécution de Kemmler, annoncée avec tant de vacarme, est une des manifestations les plus honteuses pour la civilisation.

Après avoir recommandé lui-même le calme aux assistants, Kemmler s'assit dans la chaise électrique aussi tranquillement que s'il se fût agi de s'asseoir pour dîner. On commença aussitôt à lui ajuster les courroies autour du corps. « Ne vous pressez pas, dit-il au gardien, assurez-vous que tout est bien prêt. » Alors le gardien lui mit la main sur la tête et la fixa contre la bande de cuivre qui garnissait le dos de la chaise, puis abaissa le casque de cuivre garni d'une éponge sur le sommet de la tête. Cette éponge était reliée à l'un des pôles de la machine. Une autre éponge, fixée au bas de la colonne vertébrale du sujet, correspondait avec l'autre pôle de la machine. Dès que les prépara-

©BIU Santé

paralysie générale ne se présente pas plus tôt chez les syphilitiques. Quand il existe chez les malades des signes que l'on peut rattacher à la syphilis, la paralysie des muscles de l'œil, et en particulier de ceux innervés par la troisième paire, par exemple, ou bien le traitement spécifique fait disparaître ce qui dépend de la syphilis et la paralysie générale poursuit son cours, ou bien le traitement reste sans effets et on trouve, à l'autopsie, les lésions des deux maladies.

M. A. Voisin n'est pas non plus partisan de l'origine spécifique de la péri-encéphalite. Il ne faut, pour lui, admettre la syphilis que lorsque l'on trouve sur le corps des signes de tertiairisme et ne pas se fier aux anamnitiques. Sur 560 paralytiques généraux, il n'a eu que 9 fois des signes physiques de syphilis tertiaire. Lorsque la syphilis cérébrale simule la paralysie générale, il serait possible de faire le diagnostic. Dans la syphilis, la céphalée est persistante, il y a des paralysies partielles, les troubles de la parole sont peu nets et fugaces, l'inégalité des pupilles est rare et le délire mal caractérisé; les hémiplégies sont communes. Enfin, le traitement spécifique améliore beaucoup la syphilis cérébrale lorsqu'on l'emploie de bonne heure, tandis qu'il reste sans effet sur la paralysie générale.

M. Régis, nous l'avons vu, soutient, au contraire, l'origine syphilitique; la maladie apparaîtrait, en moyenne, douze ou treize ans après l'infection, et d'autant plus tôt que la syphilis a été moins bien traitée. Dans la plupart des cas, les paralytiques syphilitiques ne présentent pas de manifestations spécifiques et il en est de même de leurs enfants. D'une façon générale, les paralytiques syphilitiques sont plus jeunes que ceux qui ne le sont pas. On peut observer, dans la paralysie d'origine syphilitique, toutes les formes cliniques de la maladie. M. Régis signale la fréquence, chez eux, des accès rémittents.

M. Cullerre a trouvé parmi ses paralytiques 13,2 p. 100 de syphilitiques; cependant, il regarde cette proportion comme trop faible. Il insiste sur ce point que les paralytiques syphilitiques étaient relativement jeunes et, pour lui, quand un malade atteint de péri-encéphalite n'a pas l'âge habituel

---

tifs furent terminés, le gardien Durston alla vers la porte, l'entr'ouvrit, et dit à quelqu'un qui se trouvait dans la pièce voisine : « Tout est prêt. »

Le courant électrique fut alors établi. Le corps sursauta violemment et les membres se contractèrent. Les muscles du visage exprimaient la souffrance, mais on n'entendit pas un cri. Le corps resta dix-sept secondes dans la position rigide. Le jury et les témoins, se levant à ce moment, se précipitèrent et entourèrent la chaise électrique.

Le docteur Spitzka, à la deuxième seconde, ordonna d'interrompre le courant. « Il est mort », s'écria-t-il. — « Oh! oui, il est mort », répéta le docteur Mac Donald avec assurance.

Le reste de l'assistance était du même avis; personne ne doutait de la mort de Kemmler. Le docteur Spitzka attira l'attention sur le nez tiré, ce qui était une preuve de la mort. Personne ne contestait. « Enlevez le casque, dit le docteur; on peut porter le corps à l'hôpital. » Le docteur Busch, qui examinait le corps de près, attira l'attention du docteur Spitzka sur un point rouge à la main; en y voyant quelques gouttes de sang, « Qu'on rétablisse le courant, cria le docteur, Kemmler n'est pas mort! »

Horrible tableau! Le courant ne put être de suite rétabli. L'écume coulait des lèvres du supplicié, un souffle semblait sortir de la bouche, la poitrine se soulevait; c'étaient des contorsions atroces. Plusieurs des personnes présentes s'évanouissent.

Quand le courant fut rétabli, on vit s'élever du corps une vapeur blanche avec une odeur épouvantable. Le corps brûlait. On cria qu'il fallait interrompre le courant; celui-ci fut interrompu. Cette fois Kemmler était bien mort.

et que les causes communes manquent, il faut songer à la syphilis. Cependant la syphilis ne serait pas capable, à elle seule, de causer la maladie. Elle attaque de préférence le cerveau, parce qu'il présente une prédisposition héréditaire ou acquise. Souvent aussi on trouve, dans les antécédents des malades, l'alcoolisme, les insolations, la vie dans les pays chauds.

MM. Charpentier et Morel-Lavallée admettent aussi l'existence d'une paralysie générale syphilitique; pour le premier, il serait impossible de lui assigner des caractères spéciaux et elle résisterait souvent au traitement spécifique.

Ainsi que l'ont fait remarquer MM. Rict et Rouillard, il est probable que, si des chiffres si différents sont obtenus par des observateurs également sagaces, cela tient à ce qu'ils ne prennent pas leurs observations de la même manière.

En fait, la discussion qui a eu lieu au Congrès de Rouen n'a pas établi définitivement quels sont les rapports de la paralysie générale et de la syphilis, aussi ne saurait-on trop approuver M. Delaporte, qui a proposé de prier les médecins d'asile d'établir chaque année une statistique des causes présumées des cas de paralysie générale qu'ils ont eu à examiner et une seconde statistique donnant la proportion exacte des syphilitiques existant chez les maniaques et les alcooliques. On pourrait voir ainsi si la syphilis est plus fréquente dans un cas que dans l'autre. Encore faudrait-il que les observations fussent prises avec détails; que l'on ait soin, par exemple, de noter l'âge probable de la syphilis, la présence ou l'absence de ses manifestations au moment de l'examen, etc.

Relativement à l'étiologie de la péri-encéphalite, il faut encore citer la communication de M. Dubuisson, qui a insisté sur l'influence de l'alcoolisme. Ce dernier et la paralysie générale augmentent parallèlement de fréquence. Sur 1,600 paralytiques, il a noté l'alcoolisme 380 fois; l'hérédité, 300 fois; le surmenage, 200 fois; la syphilis et le traumatisme, chacun 50 fois.

Enfin, il semblerait que la paralysie générale pourrait se communiquer

---

L'autopsie a été faite très consciencieusement. Le cerveau était l'un des plus beaux que l'on ait vus. Il pesait 45 onces. Quand on détacha le crâne, on trouva dans les petites veines, entre celui-ci et le cerveau, tout le sang semblable à du charbon de bois; tout le fluide était évaporé. Le crâne était lui-même fortement brûlé; mais au bas de la colonne vétébrale la brûlure était encore plus étendue.

L'examen de la colonne vertébrale donna des résultats négatifs. On ne put trouver la trace du courant qui l'avait traversée. Autour du front et du nez, où les courroies avaient pressé, on remarqua une légère décoloration. Le sang garda toute sa fluidité pendant l'autopsie, avec une très légère tendance à se coaguler. L'eau des deux éponges s'étai évaporée.

La mort n'a été constatée d'une façon certaine que treize minutes après la première décharge électrique. Les médecins qui ont fait l'autopsie sont d'avis que la première secousse a suffi à déterminer l'insensibilité du patient. La mort leur parait avoir eu lieu sans douleur.

Le bruit de l'exécution se répandit vite en ville; ce fut un cri de réprobation universelle. Chacun demande que cette horrible expérience ne se renouvelle pas.

En recherchant les causes d'un insuccès qu'on croyait invraisemblable, tellement les mesures paraissaient avoir été bien prises, on signala deux faits curieux. On assure que la force du courant devait être de 1,700 volts, mais que vingt lampes à incandescence étaient disposées sur le circuit et qu'on a oublié de les éteindre. Or, chacune de ces lampes ayant besoin de 50 volts, soit 1,000 volts pour l'ensemble, il n'est donc resté

©BIU Santé

d'un conjoint à l'autre, comme d'autres maladies mentales. M. Cullerre a vu la femme et le mari atteints successivement de la maladie et a soigné deux femmes dont les maris étaient dans les asiles, l'une pour une périencéphalite, l'autre pour un tabes. D'autres auteurs ont, du reste, signalé des faits analogues, et, d'après Mendel, ce serait la syphilis qu'il faudrait incriminer. M. Cullerre n'a pu se convaincre de cette influence de la syphilis.

II

M. Dubuisson a pu recueillir un certain nombre de cas d'*aliénation mentale consécutive à un traumatisme cérébral*. Les douleurs de tête localisées au point contusionné, les troubles de la mémoire sont des signes qui, après une chute, doivent faire craindre des complications mentales. L'amnésie traumatique est limitée à une période variable et s'étend à tous les faits de cette période; elle peut être passagère ou durable; elle peut même se renouveler à différentes époques. La paralysie générale et la manie sont les formes d'aliénation les plus fréquentes à la suite des traumatismes. La question de l'hérédité pour les descendants ne peut être soulevée que pour la période qui a précédé l'accident; les enfants nés après un traumatisme cérébral grave peuvent hériter d'une tare névropathique. Pour éviter le développement de complications cérébrales à la suite de traumatismes crâniens, on devra avoir recours de préférence aux antiphlogistiques et aux émissions sanguines, puis ensuite aux révulsifs. S'il y a des enfoncements ou des déplacements des os, il faudra intervenir chirurgicalement le plus tôt possible. Enfin, on devra éviter tout ce qui est capable de congestionner le cerveau.

M. Schultze (de Bonn) s'est aussi occupé des névroses traumatiques (Berlin). Il est certain que des affections mentales et des névroses peuvent être causées par un traumatisme. Mais il n'existe pas de maladie définie, d'entité à laquelle on puisse donner le nom de névrose traumatique. Les anesthésies, le rétrécissement du champ visuel sont loin d'être caractéris-

---

que 700 volts pour l'exécution, force beaucoup trop faible pour foudroyer un homme.

Une autre version est que les compagnies d'électricité, qui avaient tenté de s'opposer à l'emploi des machines pour pratiquer les exécutions, auraient fait détériorer le dynamo.

Le docteur Spitzka, interviewé, s'est exprimé ainsi à ce sujet : « Le dynamo, loin d'être ce qu'il aurait dû être, ne fournissait ni une force suffisante ni un courant constant. Aucune industrie, affirme-t-on, ne tolérerait qu'on lui livrât un courant aussi peu satisfaisant. Le fabricant qui a livré l'appareil l'a donné tel qu'il devait fournir un résultat défectueux; il y a là des imperfections volontaires. »

D'après M. Edison, dont on s'est hâté, bien entendu, d'aller recueillir aussi l'opinion, le courant aurait été mal appliqué; il ne fallait pas le faire passer par la tête, parce que les cheveux sont mauvais conducteurs de l'électricité, mais d'une main à l'autre. Les vaisseaux sont très nombreux à la main et le sang est un excellent conducteur.

Il paraît maintenant que les médecins, qui ont assisté à cette fin tragique, vont rédiger un mémoire dans lequel ils diront combien elle a été répugnante. Leur conclusion sera que la loi décrétant l'*électrocution* doit être rapportée, à moins que des mesures très complètes, telles que la construction d'un local spécial, ne soient prises pour en assurer l'application dans des conditions convenables.

L'opinion qui prévaut est que Kemmler serait revenu à la vie après la première décharge; mais ce point est difficile à établir.

Tels sont les faits, tels qu'ils ont été rapportés par les journaux. Il faut reconnaître,

tiques de cette névrose et manquent souvent. Il faut aussi se défier de la simulation ou au moins de l'exagération des malades, que l'on devra examiner avec le plus grand soin.

M. MENDEL pense aussi que l'on a donné trop d'importance à certains signes objectifs tels que ceux qu'a cités M. Schultze pour le diagnostic de la névrose traumatique. Personnellement, il signale l'existence d'un ralentissement permanent du pouls et d'un athérome artériel prématuré. Les simulateurs sont certainement très fréquents.

M. KJELLBERG a fait (Berlin) une très intéressante communication sur les *psychoses causées par la nicotine*. Il attribue à cette dernière une grande importance dans les causes de l'accroissement de la folie. Le nombre des hommes qui consomment du tabac est considérable, car il atteint peut-être 800 millions; ils prennent en moyenne 4 milligr. de nicotine par jour, et cette nicotine devient un stimulant dont on ne peut plus se passer lorsque l'organisme est accoutumé. Les différents modes d'usage du tabac n'ont pas tous les mêmes inconvénients. L'habitude de chiquer est très dangereuse, surtout si le tabac est en poudre. Au contraire, les fumeurs détruisent par le feu une grande partie du poison.

M. Kjellberg décrit différents stades dans la folie nicotinique. Il y a d'abord des prodromes constitués par un état d'inquiétude, de dégoût et par des palpitations de cœur. Le premier stade de la maladie, qui survient rapidement, est caractérisé par des hallucinations, de la paresse, des idées de suicide. Après six ou sept mois arrive le second stade pendant lequel il y a de l'agitation, des visions agréables ou effrayantes avec des périodes de calme et de fatigue. A ce moment le malade peut encore guérir, sinon arrive le troisième stade dans lequel la dépression devient dominante et aboutit à la torpeur. Le traitement a pour base la suppression progressive du tabac, l'exercice au grand air; les eaux de Carlsbad seraient très utiles. Du reste, la maladie est incurable à sa dernière période.

---

s'ils sont authentiques, ce que la suite nous apprendra, que la plus grande légèreté a été apportée dans cette exécution, et que le beau rôle n'a pas été pour les médecins qui ont accepté d'être bourreaux. Parmi tous ces gens affolés, dit la *Justice*, qui tentent sur un condamné une expérience mortelle, le seul individu qui conserve son sang-froid, c'est le condamné. Il se méfie de la précipitation et de la maladresse de ses bourreaux; il leur recommande de bien lier les courroies, de bien fixer le casque. Il se prête avec calme à tous les apprêts; et malgré tout, lorsque le courant est établi, lorsque le médecin déclare la lugubre opération terminée, lorsqu'on enlève le casque, on s'aperçoit que le malheureux n'est pas mort et que sa physionomie exprime d'horribles souffrances. Une écume sanguinolente coule entre ses lèvres agitées de contractures épouvantables.

Il faut recommencer; et cette fois, c'est une odeur de chair brûlée qui se répand, et des nuages de fumée. C'est seulement treize minutes après que le patient se fut assis dans la chaise qu'on acquit la certitude de sa mort. N'est-ce pas atroce? Le devoir de tous les peuples civilisés est de protester contre des boucheries aussi révoltantes.

Et je joins ma protestation à celle des autres organes de la presse, médicale ou non.

* * *

Le *Gil Blas* a interprété la chose d'une autre façon et blagué le condamné, dont la tenue sous le courant a été déplorable, dit-il, et les électriciens qui n'ont pas su mieux employer leur fluide.

©BIU Santé

III

M. Minor (de Moscou) a attiré l'attention sur l'*hématomyélie* et spécialement l'*hématomyélie centrale*. Il en a observé cinq cas, tous d'origine traumatique. Les malades ont présenté immédiatement les signes d'une affection aiguë de la moelle : paralysies étendues, anesthésies, température élevée, rétention d'urine avec constipation, eschare sacrée et cystite purulente. Après un temps assez court, la plupart des anesthésies et des paralysies disparurent pour faire place à des amyotrophies limitées, combinées avec des troubles caractéristiques de la sensibilité qui faisaient penser à une lésion centrale de la moelle : analgésie et thermo-anesthésie complètes et conservation de la sensibilité tactile. Le traumatisme initial, la rapidité de l'apparition des symptômes primitifs et leur régression également rapide permettent d'affirmer qu'il s'est produit un épanchement de sang daus la moelle.

Dans les observations que présente M. Minor, on ne saurait admettre le développement d'un gliome. Dans un cas de traumatisme grave avec lésion de la moelle, il a fait l'autopsie et a trouvé une hémorrhagie en canal le long de la corne postérieure avec élargissement du canal central; la moitié postérieure de la corne antérieure et la commissure étaient intéressées. Il est certain que l'on a décrit comme gliose centrale des cas où l'on a pu démontrer l'existence d'une hématomyélie.

M. Remak a observé deux cas d'hématomyélie traumatique. Il y a vu se produire, à la suite, une paralysie atrophique aiguë d'un des membres supérieurs et une hémi-anesthésie spinale de l'autre membre inférieur. Ce sont là les signes de la paralysie dite de Brown-Séquard. L'amyotrophie n'occupait pas les mêmes régions que la thermo-anesthésie. Il y avait, de plus, des troubles trophiques de la peau dans la région atrophiée. En fait, on doit penser que les mêmes lésions de la moelle produisent les mêmes symptômes, qu'elles proviennent d'un gliome ou d'un épanchement sanguin.

« S'il est vrai, ajoute-t-il, que le courant électrique n'est pas actuellement en état de rendre les services qu'on en attendait pour l'exécution du verdict des tribunaux, nous nous consolerons de cette déception en songeant qu'il est permis d'en espérer une application plus heureuse dans une autre sphère de l'organisation judiciaire. J'entends parler de l'emploi du courant voltaïque sur le jury, et je crois, en affirmant que le besoin s'en fait vivement ressentir, n'être démenti par aucun des lecteurs du *Petit Journal*, auquel on vient de télégraphier de Mâcon l'émouvant incident d'audience que voici :

« La cour d'assises de Saône-et-Loire jugeait dernièrement quatre jeunes garnements accusés de vols qualifiés, lorsque le président s'aperçut qu'un des jurés dormait profondément. La cour, appelée à statuer sur cet incident, et considérant qu'un des jurés ne pouvait suivre les débats, a renvoyé l'affaire à la prochaine session. »

Vous me direz que, quand on appartient à la magistrature, aussi bien à celle qui dort assise qu'à celle qui dort debout, il faut avoir un fameux toupet pour reprocher à un malheureux juré de sommeiller au cours d'une audience; il n'en est pas moins vrai que de pareils incidents sont regrettables pour la bonne distribution de la justice, car on ne doit pas la confondre avec la fortune, qui vient en dormant.

Il conviendrait donc, pour éviter le retour de ces scandales, de faire chatouiller la plante des pieds des jurés et aussi des magistrats, peut-être même de l'accusé par un courant électrique qui, s'il n'est pas assez fort pour foudroyer un condamné, doit au moins posséder une intensité suffisante pour secouer la torpeur des hommes appelés à rendre la justice.

©BIU Santé

M. D.-R. Brower (de Chicago) admet l'existence de trois formes d'*ataxie* : la forme cérébrale, la forme spinale et la forme périphérique. La forme cérébrale a pour principaux symptômes ceux qui servent au diagnostic du tabes dans la période préataxique. Parmi ceux que cite l'auteur figure l'impossibilité de distinguer les couleurs, de distinguer le vert du rouge, le gris du blanc. Dans les cas d'origine périphérique, il suffit souvent d'un traumatisme léger pour donner naissance à la maladie.

Le repos au lit est très utile; quelle que soit la forme d'ataxie que l'on ait à traiter, il faudra prolonger ce repos pendant cinq à huit mois. La suspension ne serait utile que dans les formes cérébrales; en agissant sur les artères, les veines et les nerfs de la nuque; elle modifierait la nutrition du cerveau. Dans la forme périphérique on pourra employer l'extension des nerfs. Il faut aussi tenir compte, dans le traitement, de la syphilis, du rhumatisme. La faradisation générale de la peau avec le pinceau donne de bons résultats dans la forme spinale.

M. Magnan, dans une étude sur les *folies intermittentes* (Berlin), a réuni sous ce nom les folies périodiques, à double forme, circulaire, alterne, cyclique. Les caractères qui rapprochent ces différentes formes sont basés sur les causes, l'évolution de l'accès, la marche, la nature du délire, etc. La folie héréditaire ne fait pas partie de la folie intermittente. Cette dernière est une espèce pathologique se traduisant par la répétition, chez un sujet à prédisposition latente, jusque-là sain d'esprit, d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières, mais présentant toujours une évolution, une marche et des caractères généraux communs qui les réunissent et les distinguent de toutes les autres espèces de folies.

La dénomination de folie intermittente indique qu'il y a des périodes intercalaires pendant lesquelles l'intelligence reste intacte au moins au début et pendant une longue phase de la maladie.

L'intermittence, ou intervalle lucide qui existe entre les accès, diminue de durée, tandis que l'étendue de l'accès augmente. Au début, en même

---

Nous comptons sur la sage initiative de M. le garde des sceaux pour inviter la compagnie Edison à lui soumettre, dans le plus bref délai, un modèle ingénieux de *Réveille-juré*.

Voilà qui sera bien, et qui compensera suffisamment l'échec que vient de subir l'application de la loi en Amérique. Simplissime.

VI

Traitement de la prostatite chronique. — E. Desnos.

Le traitement est à la fois local et général : les topiques sont portés sur le périnée, dans le rectum et sur la muqueuse uréthrale. — L'hydrothérapie se montre efficace, soit sous forme de douches locales froides, tièdes ou chaudes, soit plutôt sous forme de douches générales. On prescrit des suppositoires additionnés de copahu, de camphre, de bromure ou d'iodure de potassium. Les applications d'eau chaude déterminent de bons résultats. On l'emploie soit sous forme d'un lavement simple, que l'on injecte lentement, soit à l'aide d'une canule rectale à courant continu, dans laquelle on fait passer pendant une dizaine de minutes un courant d'eau à 50 degrés centigrades, si le malade peut supporter cette température. — Dans l'urèthre, les instillations du professeur Guyon permettent d'agir sur la muqueuse et sur l'orifice des glandules. Elles sont pratiquées, après évacuation de la vessie, avec des solutions de nitrate d'argent au titre de 1/50 à 1/20. — Comme traitement général, les toniques, les ferrugineux, le quinquina. Aux strumeux, on prescrit l'huile de foie de morue, les iodures; aux herpétiques et aux arthritiques, les alcalins et l'arsenic. L'hydrothérapie convient dans presque tous les cas. — N. G.

©BIU Santé

temps qu'elle est très longue, elle s'accompagne d'un retour complet de l'intelligence, et le malade peut reprendre toutes ses occupations et sa place au foyer domestique sans que rien trahisse l'existence d'un trouble mental. Plus tard, en même temps que les accès se répètent plus souvent et deviennent plus longs, l'intelligence reste la même, mais le caractère change : tantôt le malade est irritable et agité ; tantôt, au contraire, il est apathique et paresseux. Dans la suite de la maladie, la mémoire s'affaiblit, le jugement, les idées deviennent moins nets et moins sûrs. Cependant la déchéance intellectuelle n'apparaît souvent que lorsque les malades ont atteint un âge avancé.

Chez les animaux même adultes des *lésions des centres visuels corticaux amènent des dégénérescences secondaires*. Tel est, du moins, le résultat des expériences de M. Von Monakow qui a vu les lésions secondaires atteindre le corps genouillé externe, le pulvinar et parfois la racine antérieure de la bandelette optique. Dans le centre ganglionnaire de la couche optique, il y a destruction nécrobiotique des cellules ganglionnaires, genre de lésion qui n'avait pas été encore décrit. Il existe des observations qui prouvent que les dégénérescences se produisent aussi chez l'homme. Dans un cas, un homme présenta, après une attaque d'apoplexie, une hémi-anopsie gauche, homonyme et complète, puis, plus tard, de la cécité psychique ; on trouva un foyer de ramollissement hémorrhagique de la grosseur d'une noix au-dessous de l'écorce du cunéus droit ; ce dernier était atrophié et il en était de même du lobule lingual et d'une partie de la circonvolution de l'hippocampe. De ce point partait une dégénération descendante qui frappait les fibres de Gratiolet, le corps genouillé externe, le pulvinar et la racine antérieure de la bandelette optique. Dans une seconde observation, le malade avait de l'hémi-anopsie corticale droite incomplète, de l'alexie et de la paragraphie sans aphasie ni troubles psychiques. La vue était affaiblie. L'autopsie démontra l'existence d'un foyer sous-cortical au niveau du gyrus angulaire et de l'avant-coin avec destruction des fibres d'association. La dégénérescence secondaire atteignait la moitié postérieure des fibres de Gratiolet, une partie du corps genouillé externe, du pulvinar et du thalamus, et enfin la partie interne de la bandelette optique. La macula était intacte et cela répond probablement à l'intégrité du cervical et des parties avoisinantes.

IV

M. Althous (de Londres) a communiqué (Berlin) un travail sur le *traitement de la syphilis du système nerveux*.

Le traitement prophylactique est des plus importants, car, bien que les lésions puissent s'améliorer sous l'influence du traitement curatif, les récidives sont fréquentes. Si on ne traite pas, la mort est à peu près certaine. M. Althous est partisan de l'excision du chancre, qu'il regarde comme pouvant atténuer l'infection (nous verrons plus tard l'opinion de M. Leloir à ce sujet). Aussitôt que les accidents secondaires seront apparus, il faudra appliquer le traitement mercuriel pendant trois mois. La diathèse nerveuse existerait, héréditaire ou acquise, chez 59,9 p. 100 des malades atteints. Les chagrins, les proccupations morales, les excès, les travaux intellectuels excessifs sont certainement des causes prédisposantes. Aussi faut-il augmenter, par tous les moyens possibles, la résistance du système nerveux chez les malades que l'on aura traités par le mercure.

Le meilleur traitement curatif est l'emploi des injections hypodermiques répétées. On se servira de faibles doses d'une préparation de mercure insoluble. Le mercure métallique incorporé à la lanoline et mélangé à de l'huile phéniquée est la meilleure préparation. L'injection ne cause pas de douleurs et n'entraîne pas la production d'abcès; on n'a à redouter ni la stomatite ni la diarrhée mercurielle. Il est évident que l'iodure de potassium et l'électrisation par les courants continus seront aussi employés.

(A suivre.)

BIBLIOTHÈQUE

HISTOIRE DES PARFUMS. Edition française par F. CHARDIN, HADANCOURT, H. MASSIGNON et G. HALPHEN. — Paris, J.-H. Baillière, 1890.

C'est la seconde édition de cet intéressant petit volume.

Après un court résumé sur l'histoire de la parfumerie chez les anciens et chez les modernes, l'auteur consacre son second chapitre à l'étude de l'odorat et des odeurs, puis passe ensuite à celle de la désinfection et de l'embaumement. Dans les chapitres suivants sont passés en revue les principaux produits employés en parfumerie et les parfums d'origine végétale. Un grand nombre de figures donnent la représentation des plantes employées.

L'hygiène cosmétique, celle des cheveux, des ongles, des dents sont traités avec tous les détails nécessaires, et les lecteurs y trouveront de très utiles renseignements.

P. Ch.

PRÉCIS DE MÉDECINE LÉGALE, par le docteur Ch. VIBERT. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1890.

Nous avons déjà rendu compte de la première édition de cet ouvrage au moment de son apparition, et le succès à répondu aux efforts de l'auteur. Cette seconde édition a été mise au courant des travaux parus en ces trois dernières années. On y trouvera, notamment, le résumé le plus complet des recherches de M. Mégnin sur les applications do l'entomologie à la médecine légale, l'exposé de la méthode anthropométrique pour l'identification des récidivistes, un aperçu de l'anthropologie criminelle. Un plus grand développement a été donné au paragraphe consacré aux conséquences des accidents de chemin de fer. — P. Ch.

THÈSES POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE PRÉSENTÉES ET SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1889-1890.

Balp (Paul) : Etude sur la cavité de Retzius et les ligaments larges. — Cuzin (Lucien) : Des résultats définitifs de la résection du coude dans les cas d'ankylose. — Béjot (Charles) :Du rôle pathogénétique des lésions rénales et hépatiques dans les accidents pernicieux de l'impaludisme. — Barral (Etienne) : Sur le sucre dans le sang. — Perré (Georges-Louis-Edmond) : Considérations sur un cas de bassin cypho-scoliotique non rachitique. — Bouchet (Victor) : Contribution à l'étude des fractures de l'humérus et de leur traitement par la gouttière plâtrée. — Dolard (Léon) : La cataracte chez les jeunes sujets. — Ferré (Prudence) : Distribution géographique des granulations de la conjonctive dans la ville de Lyon. — Jacob (Octave) : Sur quelques points particuliers de l'étude des tumeurs bénignes du sein et de leur traitement. — Toubert (Joseph) : Contribution à l'étude anatomo-pathologique et pathogénique du pied plat acquis. (Cette thèse est la dernière présentée à la Faculté pour l'année scolaire 1889-1890. Il y a eu cette année 63 diplômes de docteur en médecine délivrés par la Faculté de médecine, au lieu de 48 pour l'année précédente) (1889-1890).

©BIU Santé

FORMULAIRE

SIROP ANTIRHUMATISMAL. — Audhoui.

Iodure de potassium	5	grammes.
Salicylate de soude	20	—
Sirop d'opium	100	—
Sirop d'écorces d'oranges amères	300	—

F. s. a. un sirop composé, destiné à calmer les douleurs rhumatismales. Deux à quatre cuillerées à soupe par jour, pour les adultes, et autant de cuillerées à café pour les enfants. — N. G.

COURRIER

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. Petit, docteur ès sciences, préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux, est nommé chef des travaux pratiques de botanique à ladite Faculté. (Emploi nouveau.)

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. Bertin, ancien suppléant à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours d'hygiène et de médecine légale à ladite Ecole. — M. Hervouet, docteur en médecine, suppléant à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, du cours de clinique médicale à ladite Ecole.

HÔPITAUX DE LYON. — Un concours pour la nomination de douze internes et d'un nombre à fixer, au moment du concours, d'élèves internes provisoires près les hôpitaux de Lyon, s'ouvrira le lundi 20 octobre 1890. Pour tous renseignements, s'adresser à l'administration des hospices civils de Lyon.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Raynaud est maintenu pour un an, à dater du 1er novembre 1890, dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. Gaudin, suppléant, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'uu cours de physique.

M. Mâreau, suppléant, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'un cours d'anatomie.

MOYENNE DE LA VIE CHEZ LES MÉDECINS. — Le docteur Birnbaum, dans le *Medical Record*, s'est livré à une curieuse étude sur la moyenne de la vie chez les médecins. La moyenne des décès est chaque année de 1 médecin sur 41, tandis que dans la société, sur 15,000 personnes ayant atteint 25 ans, 30 ont dépassé 93 ans et 180, 90 ans. M. Birbaum n'a trouvé, sur les 15,000 médecins qu'il a statistiqués, aucun de ses collègues ayant atteint 94 ans.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. Congrès de Berlin. — III. Bibliothèque : La santé de nos enfants. — Diagnostic des maladies chirurgicales. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Congrès de Limoges.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Chancre syphilitique : Evolution.

Messieurs,

Le chancre, tel que nous venons de le voir, est le chancre dans son état complet de développement ; étudions rapidement les phases par lesquelles il passe avant d'arriver à ce complet développement ; voyons de quelle manière se fait sa réparation.

Nos devanciers, alors que l'état peu avancé de leurs connaissances leur permettait honnêtement de tenter des inoculations de la vérole, ont pu, plus d'une fois, constater que la première lésion qui apparaît à la suite de pareille inoculation est habituellement une papule qui s'ulcère rapidement, laissant à sa place l'ulcération syphilitique. Aujourd'hui que nous connaissons toute la gravité de la syphilis, l'importance des accidents qui peuvent

(1) Suite. — Voir les numéros des 5 et 14 août 1890.

FEUILLETON

Dix-neuvième Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Limoges

La chirurgie à Limoges.

On aurait pu croire que, coïncidant avec le Congrès de Berlin, le Congrès de Limoges, du moins dans la section des sciences médicales, en serait amoindri ; il n'en a rien été. La section médicale a été si remplie qu'il a fallu faire deux séances chaque jour pour épuiser le programme. Sans doute, on a regretté l'absence d'un certain nombre de membres habituels et très sympathiques de ce Congrès, MM. Bouchard, Ollier, Pamard, François-Franck, Gouguenheim, etc. ; mais le corps médical de Limoges a montré une telle assiduité à nos séances, y a apporté des faits si nombreux et si intéressants, qu'il a bien fallu se consoler de l'absence de ceux qui étaient allés à Berlin. Pourquoi d'ailleurs aurions-nous regretté leur absence ? Ne savions-nous pas qu'ils avaient été reçus à bras ouverts, comme des enfants prodigues venant à récipiscence ?

L'un d'entre eux n'a cependant pas été oublié à Limoges. C'est M. le professeur Bouchard. A la séance d'ouverture de la section de médecine, le président, M. J. Teissier (de Lyon), a lu une lettre de notre savant maître, dans laquelle celui-ci exprimait ses regrets de n'avoir pu prendre part, comme il en avait l'habitude, aux travaux du Congrès. Il faut vous dire que nous avions déjà lu dans les journaux le texte de l'allocution pro-

©BIU Santé

suivre une inoculation syphilitique, accidents que nous ne sommes jamais sûrs d'enrayer, nous ne voudrions pas, nous ne serions, sous aucun prétexte, excusables de tenter une inoculation syphilitique ; il n'est cependant pas exceptionnel que nous voyions le chancre tout à fait à ses débuts. Certains sujets, à la suite d'un rapprochement qu'ils ont lieu de croire dangereux, sont pris d'une frayeur extrême, terrifiés, atteints de ce qu'on a appelé la syphilophobie ; il n'est plus pour eux un instant de tranquillité ; chaque instant, pour ainsi dire, de leur vie, du jour, de la nuit, se passe à contempler leur gland, leur verge, à en scruter tous les coins et recoins pour voir si, dans un point quelconque, rien ne survient qui marque le début de la maladie qu'ils redoutent. Dès qu'ils aperçoivent ou croient avoir aperçu quelque chose d'insolite, d'irrégulier, ils se précipitent chez le médecin, tâchant de lui faire partager leurs craintes. Souvent ces malheureux vous dérangeront pour rien, mais si par hasard leurs craintes se justifient, si la vérole survient chez eux, ils la saisissent à ses débuts et viennent vous la montrer dans les premières heures de son apparition. Ce que la plupart des médecins peuvent constater en pareil cas, c'est l'apparition d'une papule, d'une papule sans caractères particuliers ; quelquefois, mais beaucoup plus rarement, d'une vésicule. Deux fois je me suis trouvé en présence de véroles ainsi débutantes : la première fois, ce fut chez un malade, qui, la veille, à onze heures du soir avait constaté pour la première fois une petite tache rouge sur la face interne du prépuce ; le lendemain, à dix heures du matin, la petite tache rouge était devenue une petite papule sans caractères tranchés ; je l'excisai et quelques semaines plus tard, l'apparition d'une roséole intense vint prouver que ce que nous avions excisé était bien un chancre car nulle part ailleurs il ne s'était montré d'autre lésion qu'on pût considérer comme l'accident primitif de la syphilis.

Un jeune homme de dix-huit ans, vivant dans les mêmes appréhensions, vint me montrer, dix heures après l'avoir vu débuter, une lésion du prépuce qu'il craignait être un chancre ; c'était encore une papule de 2 à 3 millimètres de diamètre, mais dont le centre était déjà déprimé très nettement

---

noncée par M. Bouchard à la séance d'inauguration du Congrès de Berlin, et que tout le monde, aussi bien à Limoges qu'à Berlin, avait été charmé de ce petit morceau. Nous avions lu aussi sa communication sur le mécanisme de l'infection et de l'immunité, un morceau magistral s'il en fut.

Tablant là-dessus, j'ai cru pouvoir me permettre de proposer à la section de remercier M. Bouchard de sa lettre, et de lui voter des félicitations pour la manière si digne et si brillante dont il avait représenté la médecine française au Congrès de Berlin. Je dois reconnaître que je n'ai jamais été aussi applaudi, ce que je suis heureux d'annoncer à M. Bouchard.

Mais je reviens au commencement, c'est-à-dire à la séance d'inauguration du Congrès. Les Limousins avaient bien fait les choses. L'Hôtel de Ville était décoré et orné comme aux grands jours de fête ; la salle du théâtre, où eut lieu la séance d'inauguration, n'avait jamais vu sur la scène autant de gens distingués ; la salle était remplie d'assistants, membres du Congrès ou habitants de la ville.

Autour de M. Cornu, président du Congrès, siégeaient sur l'estrade : M. Labussière, maire de Limoges ; le général baron de Launay, commandant le 12e corps d'armée ; MM. Janssen, Friedel, Frédéric Passy, de Lacaze-Duthiers, anciens présidents de l'Association française ; A. Carnot, frère du président de la République ; E. Trélat ; Gariel, secrétaire du conseil ; A. Cartaz, secrétaire adjoint, etc.

Parmi les assistants il faut encore signaler M. le docteur Raymondaud, directeur de l'Ecole de médecine de Limoges et président du comité local, et M. Garrigou Lagrange,

en godet sans être ulcéré ; en même temps, je constatai ce que le malade n'avait pas vu, sur le bord gauche du méat, une toute petite papule grosse au plus comme une tête d'épingle, d'où se détachait une mince squame. J'enlevai le chancre du prépuce ; je dis chancre du prépuce, car la forme en godet ne laissait aucun doute sur la nature chancreuse de la lésion prépu-tiale, et j'obtins une réunion définitive et immédiate de la plaie d'excision ; mais la papule de l'extrémité du gland devint chancre du méat et la syphi-lis suivit son évolution régulière.

Vous le voyez, Messieurs, la lésion initiale de la syphilis paraît être à ses débuts une papule, beaucoup plus rarement une vésicule ; mais cette papule, cette vésicule, vous les attendrez pendant de longs jours après que le malade s'est exposé à contracter la vérole ; il y a entre le moment où le virus a été déposé à la surface du corps, entre le moment où a lieu le coït infec-tant et celui où le chancre se développe, une longue période de silence où il est impossible de rien constater dans le point qui doit devenir ultérieure-ment malade ; quelques sujets vous déclareront bien avoir ressenti dans ce point des élancements, une sensation de cuisson ou de prurit ; mais ce sont le plus souvent les syphilophobes dont je vous parlais tantôt et il n'y a qu'un compte fort relatif à tenir de leurs dires.

Il y a, dis-je, entre le moment où le malade s'est exposé à contracter la vérole et celui où le chancre apparaît, une période de silence pendant laquelle le virus semble sommeiller, pendant laquelle les tissus ne pa-raissent pas réagir, c'est ce qu'on a appelé la période d'incubation, la ma-ladie couve avant de faire explosion ; aucun indice, tout au moins local, aucune modification de l'état local ne permet de prévoir l'imminence de la maladie grave qui se prépare ; cette période d'incubation varie dans des limites assez étendues et les statistiques des différents auteurs ont donné des chiffres fort variables comme limites du temps qui peut séparer l'ino-culation syphilitique de l'apparition du chancre ; ces chiffres auraient pu varier entre un jour et trois mois ; aujourd'hui, il semble certain que le chancre induré apparaît le plus souvent de vingt-cinq à trente jours après

---

jeune astronome très distingué, secrétaire du comité local, à qui revient la plus grande partie du mérite de l'organisation du Congrès.

M. Labussière, maire de Limoges, a ouvert la séance par un discours de bienvenue qui a obtenu l'approbation de tous. Cela veut dire de tous les partis, car Limoges est divisé en trois partis politiques qui s'entendent comme chien et chat ; or M. Labussière est radical, ce qui n'a pas empêché le soir plusieurs représentants du parti conservateur de venir à la soirée de l'Hôtel de Ville pour manifester à leur maire leur approbation à son discours de l'après-midi.

M. Cornu, dans un discours fréquemment interrompu par les applaudissements, a retracé, dans un langage mis à la portée de tous, l'histoire des rapports de la physique avec les sciences qui procèdent de l'expérience et de l'observation. Il fallait beaucoup de talent pour se faire écouter par une chaleur algérienne, et tout le monde a écouté reli-gieusement.

Comme les années précédentes, le secrétaire général, qui cette année était M. Gobin, ingénieur à Lyon, a lu un rapport sur la session précédente et exposé les faits intéres-sants survenus dans l'histoire de l'Association pendant l'année 1889-90. Enfin M. Galante, trésorier, a exposé l'état financier de l'Association, qui ne paraît laisser rien à désirer.

Nous voici donc rendus dans nos sections respectives pour y nommer notre bureau : M. Potain, président d'honneur ; M. J. Teissier, président ; MM. L.-H. Petit et Jacquet, secrétaires, et quatre internes des hôpitaux de Limoges comme secrétaires adjoints.

©BIU Santé

le contact dangereux; on n'admet plus guère qu'il puisse se montrer moins de dix jours après ce contact, et il semble que les chiffres inférieurs signalés reposent sur quelque diagnostic erroné, sur la confusion avec le chancre d'une lésion simultanée et plus hâtive développée dans le même point que lui. Quant aux incubations à longue durée, elles ont été incontestablement observées un certain nombre de fois, et la production d'une maladie intercurrente, d'une maladie fébrile en particulier, d'une fièvre typhoïde, par exemple, paraît en favoriser la production.

La réparation du chancre commence après un laps de temps qui varie ordinairement entre un et deux mois après sa naissance. La surface du chancre se couvre de bourgeons charnus et son aspect se rapproche de plus en plus de celui d'une plaie simple; l'enduit diphthéroïde, s'il existait, disparaît; la couleur rouge caractéristique s'atténue progressivement, bien qu'il soit souvent possible à un œil exercé d'en reconnaître encore les traces au milieu de chancres en plein bourgeonnement de cicatrisation. En même temps, l'induration cartilagineuse se résorbe et les tissus situés autour de l'ulcération reprennent graduellement leur souplesse normale.

Le travail de réparation, pour arriver à son développement complet, à la fermeture de l'ulcération, met, en général, encore deux ou trois septenaires; ce qui donne à la moyenne des chancres une durée de six semaines à deux mois. Quelques-uns cependant arrivent à parcourir en quelques jours la série de leurs transformations, ayant mis dans leur évolution une telle rapidité que les malades n'y attachent pas grande importance, ne pouvant croire qu'une lésion qui a évolué avec une telle promptitude, avec une indolence complète, puisse être la première manifestation d'une affection aussi grave que la syphilis, ils vivent tranquilles jusqu'à ce que l'explosion des accidents secondaires vienne leur ouvrir les yeux et leur procurer un réveil terrible.

La résolution de l'induration cartilagineuse marche d'un pas plus lent que la cicatrisation de l'érosion chancreuse; aussi sentirez-vous souvent, pendant plusieurs semaines, quelquefois pendant plusieurs mois, après

---

J'ai dit plus haut que le corps médical de Limoges avait pris une part très active à nos Congrès. Voyez plutôt.

Je commence par le directeur de l'Ecole de médecine, M. le docteur Raymondaud père. Comme président du comité local, il a eu à organiser, avec un comité très dévoué, la partie matérielle du Congrès : secrétariat, locaux pour les sections, au nombre de 16, réceptions, excursions, banquet. Pardon, il n'y eut pas de banquet du Congrès, ce dont je le félicite, car c'est la mort des estomacs, les banquets. Bref, on a cru devoir saisir cette occasion pour décerner à M. Raymondaud la croix de chevalier de la Légion d'honneur, et je pense qu'on ne pouvait mieux faire, à en juger par les félicitations pleines de sincérité qui lui ont été offertes par ses collègues et par ses élèves, sous mes propres yeux.

J'ai entendu aussi plusieurs personnes regretter qu'il n'y eût pas une seconde croix pour le doyen des médecins de Limoges, ancien professeur à l'Ecole de médecine, M. Mazard, et je me fais l'écho de ce bruit, regrettant de ne pouvoir faire davantage.

MM. Raymond, Chénieux, J. Lemaistre, P. Lemaistre, professeurs à l'Ecole; Dérignac, Boulland, etc., professeurs adjoints, nous ont donné des détails intéressants sur la médecine et la chirurgie à Limoges.

Comme dans toute la France actuellement, la chirurgie antiseptique est très en honneur à Limoges; elle est pratiquée avec distinction par trois anciens internes des hôpitaux : MM. Chénieux, Justin Lemaistre et Raymond. L'ablation des grosses tumeurs de l'abdomen ne les effraie nullement, et M. Chénieux nous a présenté une tumeur fibro-

que le chancre s'est cicatrisé, une induration persistante sous le tissu de la cicatrice.

Un point fort discuté est de savoir dans quelles proportions un chancre syphilitique laisse ou ne laisse pas à sa suite une cicatrice persistante, des stigmates indélébiles. Les désordres apportés par le chancre dans la nutrition des tissus peuvent-ils s'effacer complètement? Est-il toujours ou souvent possible de distinguer, un certain temps après l'occlusion du chancre, dans la région que celui-ci a occupée, une modification des tissus qui distingue cette région des régions de peau saines qui l'environnent? Est-il permis de rien trouver qui permette à distance d'affirmer que là un chancre a dû exister et qu'on est en présence d'un ancien syphilitique?

L'immense majorité des chancres des muqueuses ne laissent à leur suite aucune cicatrice appréciable ; celle-ci, au niveau du gland et de la muqueuse du prépuce, n'est point persistante; au bout de quelques mois, il est souvent impossible d'en retrouver la trace. Au niveau du fourreau, les désordres occasionnés par le chancre s'effacent plus lentement; pendant longtemps, ordinairement pendant des années, il persiste, à son niveau, un état lisse de la peau, une surface luisante entourée d'une zone de pigmentation très marquée qui permet à un œil exercé de reconnaître facilement que là un chancre a existé, et de faire un diagnostic rétrospectif ; cette pigmentation post-chancreuse s'efface le plus souvent après un certain nombre d'années et disparaît complètement ; chez quelques malades cependant, elle paraît pouvoir persister indéfiniment; je voyais, il y a quelques jours, une cicatrice avec couronne pigmentée caractéristique dans le point où un chancre syphilitique s'était développé vingt-cinq ans auparavant.]

Dans les cas où le chancre a pris la forme ulcéreuse, soit sur la peau, soit sur les muqueuses, il persiste à perpétuité, dans le point que le chancre a occupé, une cicatrice déprimée dont la profondeur est proportionnée à la profondeur qu'avait acquise l'ulcération ; mais la cicatrice, en pareil cas, ne revêt aucun caractère particulier ; elle ressemble à celle que pourrait occa-

---

kystique de l'utérus, pesant 10 kilogrammes. L'opération avait été pratiquée huit jours auparavant et la malade n'avait eu depuis aucun accident; on pouvait donc compter sur la guérison. Il nous a cité encore cinq autres opérations analogues pratiquées pour des tumeurs utérines volumineuses, de nature diverse, du poids de 5 à 16 kilogrammes; 5 opérées sur 6 ont guéri.

Voici comment procède M. Chénieux. Incision aussi large que l'exige la sortie de la tumeur. Ni ponction, ni morcellement; ligature du pédicule à la soie; section au thermocautère ou bien cautérisation au Paquelin après section avec les ciseaux, affrontement des feuillets du ligament large, s'il y a lieu, dans le but de refaire le plancher pelvien; on rentre le pédicule, toilette rapide; suture des parois au fil d'argent comprenant largement le péritoine; antisepsie rigoureuse au sublimé au cours de l'opération, qui doit être rapidement conduite et n'a jamais duré plus d'une heure.

Cette manière de faire est également celle de M. Justin Lemaître qui, avec M. Chénieux, a installé une maison dans laquelle ils peuvent en toute sécurité y pratiquer des opérations graves, parce qu'ils peuvent y prendre toutes les mesures capables d'assurer une antisepsie parfaite. Leur statistique est d'ailleurs là pour justifier leur conduite.

C'est encore en invoquant les progrès de la chirurgie antiseptique que M. Raymond est venu défendre la cause de la cure radicale de la hernie; grâce à cette méthode, on peut, d'après lui, simplifier le traitement des accidents herniaires et ne plus attacher la même importance qu'autrefois au diagnostic des étranglements aigus et chroniques, des hernies étranglées ou enflammées. Le temps consacré à ce diagnostic, l'embarras

©BIU Santé

sionner une ulcération de toute autre nature, chancreilleuse, gommeuse ou banale. *(A suivre.)*

Congrès de Berlin

SÉANCES GÉNÉRALES (1)

4° M. Axel Kay : *Développement de la puberté et son rapport avec les maladies observées dans la jeunesse des écoles.* — D'après l'auteur, qui a pris les bases de son travail dans les documents fournis par les commissions scolaires du Danemark et de la presqu'île scandinave, la plus grande croissance se produit pendant la huitième année. Ensuite, l'accroissement des garçons présente un maximum la dix-septième année, tandis que celui des filles s'accentue surtout de 12 à 15 ans.

Toujours le moment de la puberté peut être regardé comme un âge critique. La puberté survient, du reste, à une époque qui varie selon les races, le milieu social, etc.

Le poids augmente davantage pendant l'été que pendant l'hiver.

Parmi les 15,000 enfants qui figurent dans la statistique dressée par M. Axel Kay, plus du tiers présentent des maladies chroniques. Après la puberté, les maladies deviennent moins fréquentes pour augmenter vers 19 ou 20 ans. Un grand nombre de jeunes filles, plus des deux tiers, présentent de l'anémie, du nervosisme, des incurvations de la colonne vertébrale.

En Suède, les exercices scolaires sont tellement nombreux que les enfants n'ont pas assez de temps pour dormir. Il est absolument nécessaire de diminuer le travail de l'enfant, car autrement le développement spontané de l'intelligence ne se fait plus.

5° M. Cantani : *De l'antipyrèse.* — La définition de la fièvre est excessivement difficile à donner. On peut dire cependant qu'elle consiste dans une suractivité et un trouble dans les actions chimiques et les dédoublements qui se produisent dans nos organes; le tout entraîne une production exagérée de chaleur.

Les combustions sont exagérées, c'est là ce qui domine dans les fièvres. Tantôt ces combustions portent sur un élément, tantôt sur un autre. Ce sont les globules rouges

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 19 et 21 août 1890.

dans lequel il met le chirurgien, lui font perdre un temps précieux et causent un préjudice considérable au malade.

Trois observations de hernies étranglées, opérées par la kélotomie suivie de cure radicale et se rapportant aux divers types d'étranglement, l'ont conduit à négliger le diagnostic préalable des divers accidents, à ne pas s'occuper de savoir si l'étranglement était serré ou non.

Il pense donc qu'en présence des accidents d'étranglement, et parfois de la difficulté de faire le diagnostic de l'état de la hernie, le chirurgien n'a pas le droit d'hésiter; le taxis, à cause des accidents auxquels il peut exposer, tels que réduction d'une anse gangrénée, péritonite par perforation, ecchymose et suppuration de l'intestin, doit être complètement abandonné et remplacé par la kélotomie immédiate suivie de cure radicale.

J'ai tenu à insister sur ces communications pour montrer que les praticiens de Limoges, qui ne sont pas exclusivement chirurgiens, exercent néanmoins la chirurgie comme s'ils étaient chirurgiens de profession, connaissant parfaitement tous les procédés de la chirurgie actuelle.

On en trouverait encore la preuve dans la communication de M. Chénieux sur un cas de pied-bot équin accidentel, varus gauche, traité par la tarsotomie.

Bien convaincu que l'astragale était le principal obstacle à la flexion du pied, M. Chénieux procéda, selon les règles habituelles, à l'ablation de cet os, qu'il trouva luxé en dehors. Mais il se borna à la résection de toute la partie antérieure et de la portion

qui se détruisent dans la fièvre intermittente et dans le rhumatisme articulaire aigu ; ce sont les muscles et le système nerveux dans la fièvre typhoïde ; ce sont toutes les parties du corps, sauf le système nerveux dans la tuberculose. Dans certains cas spéciaux, la fièvre semble ne consommer que de l'albumine de circulation et le poids du corps ne diminue pas.

Le but que l'on doit se proposer lorsque l'on traite une fièvre est de diminuer l'usure des éléments organiques. On peut y parvenir soit en soustrayant de la chaleur à l'organisme, soit en diminuant la quantité de chaleur produite.

Pour essayer de modérer la formation de la chaleur, on s'est adressé d'abord à la quinine, mais les doses élevées qui remplissent le but sont dangereuses pour l'organisme. La digitale n'a pas donné de résultats. Par contre, l'antipyrine, la kairine, l'acide phénique, l'acide salicylique, etc., ont réussi à abaisser la température et à diminuer la fréquence du pouls.

Il est probable que quelques-uns de ces antipyrétiques sont aussi des antiseptiques : telle la quinine pour le parasite de la malaria, tel l'acide phénique pour les microbes septiques.

Les autres corps augmentent les pertes de chaleur en déterminant des sueurs et en dilatant les vaisseaux de la peau. De plus, ils agissent certainement sur la production de chaleur qu'ils diminuent, car, dans certains cas, leur action va jusqu'à déterminer le collapsus.

Dans certaines maladies, les antipyrétiques, en même temps qu'ils abaissent la température, amènent une convalescence rapide ; dans d'autres, la température s'abaisse, mais l'état général du malade ne s'améliore pas et la maladie est même quelquefois troublée dans son évolution.

M. Cantani tend à considérer la fièvre si ce n'est comme un acte utile, au moins comme ne faisant pas à elle seule la gravité de la maladie. Elle est l'expression de la réaction de l'organisme qui lutte contre les troubles apportés par l'agent morbide dans les échanges nutritifs et la crase du sang. Si cette réaction manque, le malade meurt dans le collapsus. La fièvre est fonction à la fois de l'intensité de l'infection et de la force de résistance de l'organisme. Quand la réaction est trop intense, l'organisme infecté succombe. Il est évident donc que l'état général, la quantité et la nature des agents morbides importent bien plus pour le pronostic que l'intensité de la fièvre.

Ce qui fait la gravité d'une fièvre continue, c'est qu'elle est l'indice d'une infection

---

trochléenne, sortie de l'articulation tibio-tarsienne, estimant que l'ablation de la totalité de l'astragale était fort inutile et pouvait diminuer la hauteur du pied. Il fit également la résection de l'extrémité antérieure du calcanéum et d'une partie du cuboïde. Ensuite, section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire. Le pied fut maintenu dans un appareil plâtré. Pas la moindre suppuration. Guérison rapide avec un pied de bonne forme et utile.

La présentation qui m'a le plus intéressé, on va comprendre pourquoi, est celle d'un petit garçon de 3 ans atteint d'une tumeur gazeuse du cou. C'est M. Justin Lemaistre qui a eu la bonne fortune de trouver ce cas rare dans sa clientèle, et il en a profité pour en faire l'étude clinique minutieuse. J'ai été d'autant plus heureux de voir ce petit malade que j'avais écrit sur la maladie une brochure de 140 pages sans en avoir jamais vu. Mon éducation à ce sujet a donc gagné beaucoup, et je ne regrette pas, à ce point de vue comme à bien d'autres, d'avoir préféré Limoges à Berlin.

La tumeur, dans le cas présent, est survenue à la suite de quintes de toux, dans la coqueluche ; elle a diminué de volume par suite d'une inflammation accidentelle, mais je crois qu'elle est maintenant stationnaire et qu'il faudra avoir recours à une opération pour en obtenir la guérison.

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

©BIU Santé

profonde et que, de plus, elle épuise l'organisme par l'exagération prolongée des combustions.

M. Cantani attribue aux températures élevées le pouvoir de faciliter le rôle des phagocytes, de stériliser les humeurs organiques et, enfin, d'atténuer la virulence des microbes.

Le but idéal de la thérapeutique est non pas de détruire la fièvre, mais de détruire l'agent morbide et, par conséquent, de rendre la réaction inutile.

Dans certains cas, une température élevée qui dure longtemps agit directement sur l'organisme en augmentant la quantité des produits excrémentitiels qui ne peuvent plus s'éliminer et en affaiblissant le cœur. Il faut alors tâcher d'abaisser la température sans agir sur la thermogénèse, qui est un acte nécessaire. Les bains tièdes graduellement refroidis, les enveloppements froids, les lavements et les boissons à une bonne température sont les meilleurs moyens de répondre à l'indication.

Il faut insister sur ce point que, bien qu'une grande quantité de chaleur soit ainsi enlevée à l'organisme, la production de calorique ne diminue pas, ainsi que l'on peut s'en rendre compte en prenant la température axillaire.

Les diaphorétiques sont moins utiles, parce qu'ils n'aident pas à la production de chaleur interne; enfin, les antipyrétiques sont nuisibles, car ils empêchent cette production.

6° M. Horatio Wood : *De l'anesthésie.* — Comme l'antisepsie, la narcose a transformé la chirurgie. Mais, tandis que l'emploi des antiseptiques est devenu à peu près inoffensif, il se produit encore chaque année à peu près le même chiffre de cas de mort par l'usage des anesthésiques.

M. Horatio Wood a cherché à déterminer la cause de la mort en faisant des expériences sur les animaux et a étudié le protoxyde d'azote, l'éther et le chloroforme.

Le protoxyde d'azote empêche l'oxygénation des centres. Il élève la pression artérielle et rend d'abord le pouls irrégulier, puis large et plein. L'augmentation de pression dans les artères varie beaucoup. Quand la respiration s'arrête, le cœur se contracte encore normalement; le gaz serait donc un tonique du cœur. Même quand l'animal paraît moribond il suffit de faire la respiration artificielle pour le ranimer en lui rendant de l'oxygène.

Les morts sont très rares à la suite de l'emploi du protoxyde d'azote dont l'on se sert beaucoup en Amérique. Quelquefois il amène une hémorrhagie cérébrale par suite de l'accroissement de la pression artérielle. Malheureusement l'action du protoxyde d'azote dure peu, aussi ne peut-il guère être employé en grande chirurgie.

On a admis jusqu'ici que l'éther, quand on l'emploie à doses modérées, active la circulation; à doses fortes il déprime le cœur et surtout la respiration. Ou bien le chloroforme paralyse les centres respiratoires, ou bien il arrête en même temps la respiration et la circulation. L'action des vapeurs sur le cœur peut produire la mort subite.

D'après Lander Brunton, le chloroforme n'agirait jamais par arrêt subit du cœur. MM. Hare et Wood admettent au contraire qu'il peut paralyser directement et simultanément le cœur et la respiration. Chez le chien, tantôt la respiration s'arrête avant le cœur, tantôt c'est le contraire.

Les influences climatériques pourraient avoir une certaine influence sur la mort par le chloroforme, car, dans le Sud des Etats-Unis, la mort est beaucoup moins fréquente à la suite de l'emploi de cet agent que dans les Etats du Nord et en Europe.

L'éther élève d'abord la pression sanguine, il l'abaisse ensuite. Dans deux cas, Wood a vu la respiration paraître pendant deux minutes après l'arrêt du cœur. Ce dernier est moins facilement produit par l'éther que par le chloroforme, qui est plus dangereux.

M. Wood a rapporté plusieurs statistiques. Ether : 1 mort sur 22,204 anesthésiés d'après Andrews, 1 sur 16,542 d'après Lyman; — chloroforme : 1 mort sur 3,000 d'après Richardson, 1 sur 5,860 d'après Lyman. Le chloroforme altère profondément les centres respiratoire et circulatoire, son action est plus persistante que celle de l'éther, probablement, parce qu'il reste plus longtemps dans l'organisme, par suite de sa moindre volatilité.

Si on n'emploie pas l'éther, c'est qu'on ne sait pas l'administrer. Il faut le mélanger

à une grande quantité d'air, et certains inhalateurs sont excellents, en ce sens qu'ils réalisent ce mélange et empêchent la suffocation initiale. En huit minutes on peut arriver à produire l'anesthésie.

M. Wood regarde les accidents causés par le chloroforme comme indépendants de la quantité administrée. Il a essayé contre les accidents l'éther, l'alcool, l'ammoniaque, le nitrate d'amyle, la digitale, l'atropine, la caféine, les changements de position et la respiration artificielle. L'éther a une action nulle; la caféine ne produit aucun effet sur la pression artérielle; l'alcool augmente l'action toxique du chloroforme; la digitale relève la pression dans les artères. A 0,012 milligr. en injection veineuse, la strychnine donne de très bons résultats; elle agit à la fois sur la pression artérielle et sur la respiration. En élevant les pieds de l'animal dont la circulation et la respiration sont arrêtées, la pression s'élève et le cœur peut reprendre ses battements. De même en tournant le corps, le sang que renferment les veines de l'abdomen arrive au cœur droit et peut stimuler l'organe.

Le meilleur de tous les moyens est la respiration artificielle forcée; on peut la pratiquer chez l'homme avec un soufflet suffisamment grand. Il est encore utile d'employer l'électrisation périodique de la peau.

Comme remède, il n'y a d'utiles que la strychnine, la digitale et un peu l'ammoniaque. Il faut, enfin, s'assurer, en tirant la langue en dehors et en soulevant l'angle de la mâchoire, qu'il n'y a pas d'obstruction mécanique.

BIBLIOTHÈQUE

LA SANTÉ DE NOS ENFANTS, par le docteur A. CORIVAUD. — Paris, J.-B. Baillière, 1890.

Ce petit livre, écrit par un praticien, s'adresse, l'auteur le dit lui-même, aux parents soucieux de la santé de leurs enfants et a pour but de fournir les moyens de parer aux principales difficultés de la pratique courante.

L'hygiène de la première enfance tient naturellement une grande place dans le volume. M. Corivaud a raison lorsqu'il dit que l'on doit, de ce côté, multiplier les bons conseils, car on n'insistera jamais trop dans les familles sur les dangers du biberon et de ceux de l'alimentation prématurée.

La deuxième partie porte comme titre : « Les maladies infantiles et les préjugés populaires. » C'est dire que l'auteur s'attache à combattre toutes les idées non seulement fausses, mais dangereuses qui règnent dans le public relativement à un grand nombre de maladies de l'enfance.

L'ouvrage se termine par quelques judicieux conseils relatifs aux exercices physiques.

En somme, c'est un petit volume dont nous pouvons conseiller la lecture à nos clients, sûrs qu'il n'y trouveront que d'utiles avis. — P. N.

DIAGNOSTIC DES MALADIES CHIRURGICALES, par le docteur E. ALBERT. Bruxelles, A. Manceaux, 1890.

L'ouvrage du savant chirurgien de Vienne est conçu sur un plan exclusivement clinique. C'est ainsi qu'il a étudié en autant de chapitres différents les attitudes de la tête et les maladies qui y donnent lieu, les affections chirurgicales du crâne, du cerveau et leurs suites primaires, les complications inflammatoires des affections chirurgicales du crâne, etc, en passant en revue les principales régions du corps.

Si nous prenons, par exemple, le chapitre relatif aux tumeurs des régions thoracique et mammaire, nous voyons M. Albert s'occuper successivement des abcès du thorax aigus et chroniques, des abcès qui viennent de la cavité thoracique, des abcès de la mamelle et enfin des tumeurs de cette glande.

Toutes les parties de l'ouvrage sont écrites dans le même esprit et c'est bien vraiment un traité de diagnostic que nous a donné M. Albert. Un certain nombre de planches mettent en évidence les déformations les plus caractéristiques qu'entraînent dans les diverses régions les affections chirurgicales. — P. N.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 août. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La grippe au point de vue chirurgical. — M. Verneuil a continué ses recherches sur l'influence de la grippe sur les affections chirurgicales. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La grippe, en sa qualité de maladie générale, infectieuse, peut exercer une influence fâcheuse sur les blessures et les opérations chirurgicales.

2° Cette influence peut s'exercer non-seulement pendant la durée de la grippe, mais encore pendant sa convalescence.

3° C'est surtout par sa tendance à la pyogénie que la grippe traduit cette influence

4° La tendance pyogénique de la grippe est démontrée par l'apparition fréquente, au cours ou à la suite de cette maladie, et en dehors de toute blessure, d'affections inflammatoires diverses : conjonctivite, otite, parotidite, pleurésie, péricardite, péritonite, arthrite purulente, furoncles, abcès isolés ou multiples, orchite; suppurations d'affection antérieure à la grippe : kyste de l'ovaire, hydarthrose, cystite, etc.

5° Les systèmes veineux, artériel et lymphatique peuvent aussi être envahis spontanément et donner lieu à des phlébites, des artérites, des lymphangites, à la gangrène des membres par suite d'embolies ayant pour point de départ une endocardite.

6° Lorsque la grippe envahit le domaine chirurgical, elle provoque des complications anologues aux affections que nous venons d'énumérer.

7° En premier lieu, vient la suppuration des blessures que, grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, on croyait à l'abri de cette complication.

8° Si la grippe survient après une opération, elle retarde la cicatrisation, désunit même la plaie opératoire déjà réunie et entraîne la suppuration; si au contraire la blessure a lieu pendant la convalescence de la grippe et celle-ci aggrave le traumatisme.

9° Alors surviennent diverses complications; *a*) Dans les cas bénins, on observe seulement un état fébrile marqué, comme dans l'attaque primitive de grippe; *b*) dans d'autres, les complications broncho-pulmonaires acquièrent une intensité considérable et peuvent entraîner la mort; *c*) dans d'autres, le foyer opératoire restant intact, on constate pendant la vie et à l'autopsie tous les phénomènes graves de la septicémie et de la pyohémie; *d*) dans d'autres enfin, la plaie s'enflamme, se sphacèle même et de ses bords partent l'érysipèle et la lymphangite.

10° Il est donc important d'être prévenu de la possibilité de l'intervention de la grippe pendant la cure des plaies. Quand au cours d'une épidémie de grippe, on observe chez un opéré ou un blessé, pansé régulièrement d'après les règles de la méthode antiseptique, une élévation brusque de la température, on devra soupçonner l'invasion de cette affection.

11° La pyohémie grippale diffère de la pyohémie traumatique, par différents points : elle survient plus souvent spontanément qu'après une plaie; — les abcès métastiques sont d'ordinaire peu nombreux; ils renferment le plus souvent des pneumocoques, mélangés aux autres microbes de la suppuration; — les frissons si communs dans la pyohémie ordinaire, font généralement défaut et le tracé thermométrique ne présente pas les oscillations caractéristiques de cette dernière. — La terminaison par guérison paraît moins rare dans la pyohémie grippale.

12° La possibilité de la guérison autorise donc le chirurgien à poursuivre avec persévérance le traitement des abcès grippaux, par l'incision, le drainage et les lavages antiseptiques.

13° L'influence réciproque fâcheuse du traumatisme et de la grippe étant démontrée, les chirurgiens devront s'abstenir hors les cas d'urgence, de pratiquer aucune opération, en particulier sur les voies respiratoires, plus exposées encore que les autres régions aux complications grippales.

14° Avant de pratiquer aucune opération chez les personnes ayant eu la grippe, il faut attendre que leur état général soit redevenu normal, et leur faire suivre pendant un certain temps un traitement tonique et réparateur, en ayant surtout recours à l'antisepsie interne par le sulfate de quinine, le naphtol, etc.

15° La grippe paraît aussi exercer une influence fâcheuse sur la marche des tumeurs, dont elle accélère le développement.

16° Elle semble de même exercer une influence défavorable sur la grossesse et ses suites.

M. G. Sée pense que l'épidémie grippale peut produire des endocardites ressemblant à la pyohémie. Il a trouvé des streptocoques dans les endocardites végétantes et ulcéreuses. Actuellement, l'épidémie de l'hiver dernier agit encore sur la santé publique. M. G. Sée a observé deux petites épidémies d'origine pultacée dans lesquelles les concrétions étaient remplies de streptocoques, ce qui permet de les rattacher à la grippe.

M. Verneuil a encore vu, il y a à peine un mois, des cas de grippe dans son service. Il ne fait pas de distinction entre les endocardites végétantes et ulcéreuses.

Prothèse des apophyses geni. — M. Guermonprez fait une communication sur ce sujet. — L'amputation du corps du maxillaire inférieur est une menace pour la fonction respiratoire ; la langue n'est plus retenue en avant par les apophyses géni ; elle retombe donc en arrière, renverse l'épiglotte et détermine une suffocation redoutable. Il faut donc remplacer les apophyses géni. M. Guermonprez l'a essayé chez un homme de 60 ans atteint d'un épithélioma de la lèvre inférieure qui se propageait à la partie moyenne du corps du maxillaire. L'auteur décrit son procédé de la manière suivante : La prothèse fut pratiquée à l'aide d'un gros fil d'argent. Pour fixer le fil dans les deux portions du maxillaire inférieur, il commença par donner deux coups de perforateur à droite et deux à gauche. Les fils d'argent furent fixés par un enroulement en hélice et rabattus par un coup de pouce sur la surface externe de l'os.

On comprend sans peine que la pièce prothétique, faite de fil d'argent épais, soit assimilée sans effort à la configuration de la mâchoire inférieure.

Cette pièce porte une sorte d'œillet sur le milieu de la face postérieure. Il forme un solide point d'insertion aux muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens, car il est facile de passer un crin de Florence à travers la portion aponévrotique correspondante de ces muscles et de les fixer solidement à la pièce prothétique.

Le résultat immédiat fut satisfaisant et la réunion se fit par première intention. Malheureusement la lèvre inférieure nouvelle retomba en avant et le chirurgien fut forcé d'enlever la pièce prothétique le dixième jour. Cependant la langue demeura en place.

M. Verneuil fait remarquer qu'il a autrefois eu recours à une opération du même genre.

Respiration artificielle hypodermique. — M. Cobes lit un travail d'après lequel l'oxygène introduit par injection hypodermique est absorbé par les vaisseaux capillaires qui serpentent au point où s'est produit l'emphysème, de la même manière que l'oxygène de l'air ambiant dans les alvéoles pulmonaires ; tandis que l'acide carbonique que charrie le sang est éliminé au point où s'est faite l'injection, de la même façon qu'à la surface des poumons.

L'injection d'oxygène ne produit aucun trouble pour l'organisme et elle peut être utile dans les maladies qui produisent une diminution de l'hématose.

FORMULAIRE

Traitement de la gangrène pulmonaire. — E. Barié.

Pour combattre la fétidité des matières expectorées et de l'haleine, on a proposé les inhalations de térébenthine, ou celles de vapeur d'eau chargée d'iode, de teinture de benjoin, l'eau bromée, l'eau chlorurée. — Le professeur Jaccoud recommande les inhala-

©BIU Santé

tions de permanganate de potasse, d'abord 50 centigrammes de sel pour un litre d'eau. Puis on augmente la dose de permanganate selon la tolérance. Les aspirations d'eau phéniquée comptent aussi de réels services. — A l'intérieur, on administre des solutions désinfectantes. Lancereaux prescrit l'hyposulfite de soude, à la dose de 4 à 5 grammes, que l'on prend tous les jours durant un mois ou six semaines. Au bout de six à sept jours, l'odeur des crachats est déjà atténuée, et la sécrétion bronchique a diminué. Bucquoy a préconisé l'usage interne de l'alcoolature d'eucalyptus, à la dose de 2 grammes, dans un julep gommeux ou diacodé. — Si la fièvre est très vive, on la modère à l'aide du sulfate de quinine; on combat l'hémoptysie par les astringents et les hémostasiques; le point douloureux thoracique par les rubéfiants ou les injections hypodermiques de morphine. Comme alimentation, du lait, des bouillons concentrés, des gelées de viande, des vins généreux, du quinquina, des amers, des préparations phosphatées. — N. G.

POTION ANTISCROFULEUSE. — Guépin.

Iodure de potassium	5	grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	2	—
Sirop antiscorbutique	45	—
Eau distillée	100	—

F. s. a. une potion dont on donne une cuillerée à café, matin et soir, aux sujets scrofuleux. — Huile de foie de morue, séjour prolongé au bord de la mer. — N. G.

COURRIER

HOSPICES CIVILS DE ROUEN. — Un concours pour l'internat en médecine dans les hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 23 octobre 1890.

— Un concours pour l'emploi de suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Alger s'ouvrira le 5 mars 1891 devant la Faculté de médecine de Montpellier.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Par décret en date du 8 août, M. Raymondaud (J.-E.), docteur en médecine, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'Académie de médecine de Turin ouvre pour le prix Riberi, dont la valeur est de 18,000 francs, un concours international sur la question suivante : « Recherches sur la nature et la prophylaxie des maladies infectieuses de l'homme. » Les mémoires peuvent être en français, en italien ou en latin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Coulier (du Loiret), Vincent Duclaux (de Paris), Ferrand (de Privas), Larguier (d'Alais), Millet (de Beaucaire), Moricand (de Paris).

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

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

SIROP DE NARCEINE GIGON. — Coqueluche, Bronchite, etc.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Congrès de 1890 : Neurologie et psychiatrie. — Traitement du mal de Bright. — II. Bibliothèque : Maladies des organes génitaux chez la femme. — III. Revue de thérapeutique : L'antipyrine dans quelques maladies des enfants. — IV. De quelques nouvelles médications. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

CONGRÈS DE 1890 (1)

Neurologie et psychiatrie. — Traitement du mal de Bright.

I

M. Burckhardt a eu la hardiesse d'entreprendre le *traitement chirurgical des affections mentales* et a fait l'ablation de petites portions de la couche corticale du cerveau. Il est évident que son intervention n'est admissible que si l'on croit à l'existence de localisations psychiques s'associant les unes aux autres dans l'état normal. Il en résulterait que les psychoses sont des lésions en foyers et cela expliquerait la coexistence de délires différents et la constatation de délires partiels de différents genres chez le même malade.

On peut, d'après ces idées, songer à enlever les portions de l'écorce que l'on croit malades en même temps que l'on détruit les fibres d'association qui expliquent la coexistence des manifestations. M. Burckhardt a rapporté au Congrès de Berlin six opérations dont trois ont été suivies d'un excellent résultat. Une femme devenue démente après des malheurs avait un délire dangereux ; en trois ans, on lui fit quatre opérations qui consistèrent à enlever des bandes de 5 centimètres 1/2 de long sur 2 centimètres 3/4 de large dans les circonvolutions pariétales ; l'opérée a maintenant le caractère tranquille et aimable, et son état général est meilleur. Dans ce cas et dans le second, l'opération a eu pour but de supprimer les fibres d'association qui portent trop facilement à la région motrice les excitations pathologiques et d'agir sur l'élément impulsif. Dans les autres cas où il s'agissait d'hallucinations verbales, il a enlevé les surfaces verbale, auditive et motrice en agissant sur l'écorce de la première temporale et de la troisième frontale. Il y a bien eu quelques troubles passagers de la parole, mais les hallucinations ont beaucoup diminué.

Nous rappellerons, à propos de cette communication, que Clave Show et Harrison Cripps (*Brit. med. Journ.*, 14 juin 1890) ont trépané un homme de 29 ans atteint de paralysie générale. La mémoire s'améliora et des douleurs de tête intenses disparurent, mais les troubles de motilité persistèrent. Dans un autre cas, la trépanation améliora aussi beaucoup l'état mental.

L'on sait que depuis quelque temps la trépanation est employée avec suc-

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 juillet 1890.

©BIU Santé

cès dans beaucoup de cas d'*épilepsie jacksonienne*. Au Congrès de Rouen, M. Boucher a rapporté une observation qui semble prouver que l'on peut espérer une amélioration, même quand on trépane tardivement. Son malade avait eu une fracture du pariétal gauche avec enfoncement quinze ans auparavant. Il avait une douzaine de crises par mois en moyenne. Les crises diminuèrent d'abord de moitié après l'opération et semblent encore s'espacer davantage.

Le traitement chirurgical s'attaque aussi aux *méningites;* c'est du moins ce qui résulte d'un travail de M. Mayo Robson communiqué au Congrès de Birmingham. Il eut à traiter une enfant de 10 ans atteinte de méningite de la base qui, après différents symptômes, présenta une hémiplégie droite avec aphasie et une névrite optique double. M. Robson trépana au niveau du centre moteur du bras et ponctionna à plusieurs reprises avec une aiguille exploratrice à travers la partie postérieure de la deuxième frontale jusque dans le ventricule latéral et en retira 22 grammes de sérosité. Les battements normaux du cerveau qui manquaient apparurent aussitôt. Les suites de l'opération furent normales. L'hémiplégie avait disparu au bout d'un mois et, actuellement, l'enfant ne présente plus que quelques crises de spasmes dans le bras droit. M. Robson pense que, dans quelques cas, il faudra drainer, ce qui pourrait se faire sans accidents. Il est facile d'arriver dans les ventricules latéraux en choisissant pour enfoncer l'aiguille l'extrémité postérieure de la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure, la partie inférieure de la seconde pariétale ou postérieure de la seconde frontale. Avant d'opérer, il faut raser la tête et marquer au nitrate d'argent, sur la peau, la scissure de Sylvius et le trajet des principales circonvolutions, puis on enfonce un instrument pointu jusqu'à l'os, afin de ne pas perdre les points de repère.

M. Horsley (de Londres) a lu, au Congrès de Berlin, un rapport sur la *chirurgie cérébrale* qui tend à prendre une importance de plus en plus grande. Il a employé la trépanation aux quatre malades atteints de céphalalgies plus ou moins anciennes et a obtenu un succès complet. Dans six cas, il a pu diminuer le nombre des accès épileptiques ou même les faire disparaître.

En somme, M. Horsley a fait 43 trépanations avec un bon résultat opératoire.

M. Oppenheim a aussi rapporté des observations d'interventions chirurgicales dans les lésions du système nerveux central. Un des cas les plus remarquables se rapporte à un enfant qui, depuis l'âge de 5 ans, avait une hémiplégie droite avec de l'athétose et des accès épileptiques; la trépanation diminua le nombre des accès et améliora l'athétose.

Un grand nombre de chirurgiens tentent des interventions du côté du système nerveux central. Cependant on peut, avec M. Erb (d'Heidelberg), faire de justes réserves sur l'utilité des opérations dites d'exploration et de celles qui sont faites hâtivement et sans diagnostic certain.

II

Au Congrès de Berlin, le rapport sur le *traitement de la maladie de Bright chronique* a été fait par M. Lépine (1). Le professeur de Lyon a

(1) C'est un des rares rapports dont nous avons pu avoir sous les yeux le texte complet qui a été donné par l'auteur à la *Semaine médicale*. Du reste, il faut dire que, d'une

d'abord fait remarquer qu'un grand nombre de malades succombent prématurément à l'urémie, c'est-à-dire meurent avant la période ultime des grosses lésions rénales incompatibles avec l'existence. On pourrait prévenir ces morts précoces, car les grandes lignes du traitement de la néphrite chronique sont dès à présent fixées. Malheureusement, les difficultés du diagnostic sont souvent considérables et c'est là la grande pierre d'achopement du traitement de la maladie de Bright chronique. Très souvent, en présence d'une asystolie réellement brightique, le praticien même le plus expérimenté méconnaît la néphrite; très souvent, en face de certaines néphrites, avec albuminurie très légère chez un sujet encore bien portant en apparence, on est tenté de considérer cette dernière comme une de ces albuminuries sans importance que l'on sait être compatibles avec la santé.

Du reste, dans beaucoup de cas, l'albuminurie seule ne permet pas de préjuger l'existence d'une maladie de Bright. M. Lépine a essayé autrefois de préciser dans quelles conditions elle peut en être à bon droit considérée comme un *signe* et a indiqué notamment les quatre suivantes : 1° Quand la proportion centésimale d'albumine est considérable ; par exemple, au-dessus de 8 grammes par litre; 2° quand elle coexiste avec une polyurie notable; 3° quand elle se rencontre à un certain degré (au moins 1 gramme par litre) dans toute émission d'urine; 4° quand, dans l'urine des vingt-quatre heures, observée pendant plusieurs jours, il y a coexistence de l'augmentation : *A*. de la proportion centésimale d'albumine; *B*. de la quantité d'urine. Cette dernière condition est fort rare. Si l'albuminurie se rencontre dans une des quatre conditions sus-indiquées, on pourra affirmer l'existence d'une lésion bien accentuée des glomérules. En outre, il est bon d'avoir égard à la présence des globules rouges dans l'urine, si l'on peut avoir la certitude qu'ils ne proviennent pas des voies urinaires inférieures. C'est ainsi qu'on aura une notion de l'état de la *transsudation*. Pour avoir une idée de celui de la *sécrétion*, il faudra tenir compte : 1° de la diminution de l'urée dans l'urine des vingt-quatre heures, quand elle existe; 2° du défaut, ou tout au moins de la lenteur de l'élimination de certains principes; 3° dans certains cas, ainsi que l'a montré le professeur Bouchard, de la diminution de la toxicité urinaire. Il importe, enfin, de rechercher minutieusement chez le malade les moindres symptômes d'urémie pour déceler l'insufffisance de la sécrétion rénale.

Cette sécrétion étant indispensable pour la dépuration du sang, le danger d'une néphrite chronique consiste dans son insuffisance, qu'il faut empêcher d'aboutir à l'urémie. En favorisant l'urination, il faut bien se garder de surmener le rein. Enfin, il importe encore de maintenir la nutrition en bon état ou de la relever, et on remarquera que plusieurs de ces indications sont quelque peu opposées. Il faut à la fois bien nourrir le malade et diminuer le travail de l'épithélium, exciter la sécrétion et ne pas irriter le rein. Cela semble une double antinomie.

Il est cependant possible de satisfaire à ces *desiderata*. Tout d'abord, il faut, dans les ingesta, diminuer la proportion des albuminoïdes, relativement aux substances grasses et hydrocarbonées, les déchets de ces deux

manière générale, les journalistes ont été très peu favorisés à Berlin et que notre correspondant a eu la plus grande peine à prendre connaissance de plusieurs des communications les plus importantes. Beaucoup de nos confrères, le *Progrès médical*, entre autres, se sont déjà plaints de la situation qui avait été faite aux reporters.

©BIU Santé

ordres d'aliments n'étant pas excrétés par le rein. On devra aussi écarter soigneusement les aliments renfermant des substances azotées de déchet; cela revient à interdire absolument les viandes faisandées et les aliments du même genre.

Le lait remplit assez bien les différentes indications, bien que, théoriquement, on puisse encore lui reprocher d'être trop riche en albuminoïdes. En revanche, il ne renferme pas de matériaux de déchet, il est riche en graisse, aucun des principes qu'il renferme ne paraît susceptible d'irriter l'épithélium rénal; enfin, il est diurétique.

En fait quelques brightiques s'accommodent fort bien du lait comme alimentation exclusive et un certain nombre en retirent de sérieux avantages; mais la plupart s'en dégoûtent au bout d'un certain temps et refusent de le continuer, ou bien le digèrent assez mal pour qu'on doive en suspendre l'emploi. A l'état normal, l'homme résorbe près de 90 p. 100 de l'azote du lait ingéré; le brightique en résorbe beaucoup moins.

Sauf exception, on ne peut tenir les brightiques au régime lacté pur, et il y a, du reste, tout avantage à adjoindre au lait des légumes frais et secs, bien digestibles, du pain, des farineux, etc., qui augmentent la proportion des hydrocarbonés. Il est vrai que certains légumes secs sont riches en azote; plusieurs en renferment plus de 24 p. 100; mais c'est là un véritable trompe l'œil, car, même chez l'homme sain, plus de 20 p. 100 de cet azote n'est pas résorbé.

Dans les prescriptions alimentaires, il faut toujours faire la plus grande attention à l'état de la digestion, toute mauvaise digestion pouvant engendrer des substances toxiques irritantes pour le rein.

M. Lépine ne croit pas prudent de permettre les œufs aux malades chez lesquels ils produisent une augmentation de l'albumine. En tout cas, on interdira les blancs et on ne permettra que les jaunes. Certains poissons de mer augmentent aussi facilement l'albumine.

Pour favoriser la diurèse sans irriter l'épithélium sécréteur, on pourra recourir aux eaux légèrement alcalines, à la tisane de queue de cerises et de barbe de maïs, etc.

Ces boissons suffisent souvent, mais la diminution de la diurèse s'accompagne des signes de faiblesse du cœur, il est nécessaire de recourir aux médicaments cardiaques. En tête se place la digitaline cristallisée ou dissoute dans le chloroforme. M. Lépine en donne une fois 1 milligr. et parfois 2 milligr.; mais il ne l'administre jamais deux jours de suite et attend même plusieurs jours pour que l'élimination du médicament soit complète avant de réitérer son administration. S'il existe un bruit de galop (qui est un signe positif de faiblesse relative du cœur, eu égard au travail auquel il est soumis), une forte tension artérielle ne contre-indique pas la digitale. M. Lépine a vu souvent, en pareil cas, ce médicament diminuer la tension artérielle, en même temps qu'il faisait cesser le bruit de galop et les signes subjectifs. La caféine est encore très utile, à la dose de 1 gramme au moins, surtout en injections. Le salicylate de théobromine, à la dose de 3 grammes, est relativement bien moins actif; le strophantus est à rejeter à cause de son action irritante sur le rein, et il en est de même de la scille, qui détermine parfois de légères hématuries. L'iodure de potassium a sa principale indication dans l'artério-sclérose; le calomel est mauvais.

Quand le défaut de diurèse tient à l'œdème congestif du rein, les révulsifs

sur la région lombaire sont fort utiles. D'une manière générale, il est imprudent de se servir de vésicatoires aux cantharides.

Dans les cas d'hydropisies, si les diurétiques et les révulsifs sur la région rénale ne suffisent pas à la résorption du liquide, on pourra recourir aux tubes de Southey qui sont sans inconvénient et amènent, lorsque l'œdème n'est pas dur, des résultats excellents. M. Lépine n'emploie pas les bains de vapeur, de crainte d'urémie, mais il conseille fréquemment le repos au lit, qui agit à la fois en maintenant la peau à une température constante et en empêchant le malade de se fatiguer. Il est inutile d'insister sur la nécessité d'éviter le froid et l'humidité. Le séjour des climats chauds est très utile.

Enfin les brightiques doivent se préserver autant que possible de certaines maladies intercurrentes, susceptibles de se localiser sur les reins : la fièvre scarlatine et intermittente, voire même la grippe.

M. Grainger-Stewart, rapporteur sur la même question, a d'abord insisté sur la nécessité pour les brightiques d'éviter le froid et l'humidité. On peut recommander le séjour dans l'Europe méridionale, l'Algérie, l'Egypte, le Cap, etc. Souvent l'impaludisme aggrave les maladies des reins, aussi faut-il éloigner les malades des régions suspectées et combattre activement la maladie quand elle existe.

Comme vêtement, M. Grainger-Stewart recommande les étoffes de laine dont on changera lorsque la sueur les aura mouillées. Une ceinture de flanelle est très utile pour protéger la région lombaire.

L'importance du régime alimentaire est très grande. On sait que les aliments riches en azote peuvent produire un certain degré d'albuminurie. D'après les recherches de l'auteur, une alimentation abondante accroît la quantité de l'albumine et celle de l'urée ; le régime lacté intégral accroît la quantité d'urine, diminue celle de l'albumine et souvent augmente celle de l'urée. On obtient les meilleurs résultats en ajoutant au lait des aliments en proportion modérée : 750 gr. de pommes de terre, 375 gr. de pain, 30 gr. de beurre, 120 gr. de sucre ajoutés à 750 gr. de lait. Il est des cas où le régime lacté aggrave l'état du malade qu'il affaiblit et rend dyspeptique.

Le lait convient surtout quand les canalicules sont enflammés; dans la néphrite interstitielle, il est moins utile, car souvent il augmente l'anémie et les troubles gastro-intestinaux. Il est très convenable dans la néphrite amyloïde en réduisant au minimum l'irritation de l'organe. Cependant le régime lacté exclusif a certains désavantages, ce sont : le dégoût et souvent un catarrhe gastrique, des troubles du côté du foie et de la constipation.

On peut éviter la plupart des inconvénients du lait en le donnant d'une manière raisonnée. Il faut en permettre 2 litres à 3 litres 1/2 par jour et toujours l'additionner d'eau froide ou chaude et d'eau gazeuse. La magnésie ou l'eau de chaux conviennent alors qu'il y a constipation ou diarrhée. Quand il y a de la tendance aux troubles hépatiques, il est bon de donner le lait écrémé ou sous ferme de petit-lait. En fait, le régime lacté intégral sera rarement prescrit.

Dans la néphrite épithéliale, l'alcool accroît momentanément la quantité d'urine, augmente un peu celle de l'albumine et n'agit pas sur celle de l'urée. Cette dernière s'abaisse dans la néphrite amyloïde sans que celle de l'albumine s'accroisse. Il est évident que les excès alcooliques jouent un

©BIU Santé

grand rôle dans l'étiologie du mal de Bright. Cependant l'alcool peut être très utile dans la maladie, mais il faut en donner fort peu et l'étendre d'eau ou de lait. L'usage du vin donne parfois de bons effets dans la néphrite épithéliale, bien qu'il soit irritant pour le rein. En général, il faut éviter les vins, bien que quelques vins de Hongrie ou les vins mousseux puissent être employés avec ménagement. Jamais le malade ne doit user continuellement des bières.

Dans les premiers stades de la néphrite interstitielle on peut espérer combattre la lésion où l'arrêter dans son évolution en réglant l'alimentation, supprimant l'alcool et prescrivant un climat chaud pendant l'hiver. L'antisepsie intestinale est utile.

Si ce sont les épithéliums qui sont atteints principalement ou exclusivement, le régime lacté sera très utile. On emploiera concurremment le repos au lit, les diurétiques, et l'on favorisera les fonctions de la peau et de l'intestin.

Quand la quantité d'albumine perdue chaque jour est considérable, il faut tâcher de la réduire. Malheureusement aucun médicament n'est bien utile. Quelquefois cependant on obtient quelques résultats par le perchlorure de fer et la fuchsine. Contre les modifications des globules du sang, on emploiera le fer et l'arsenic.

Lors d'hydropisie, on conseillera d'abord le séjour au lit. En même temps on emploiera le régime lacté et une grande quantité de boisson. Le jaborandi ou la pilocarpine, combinés avec les bains de vapeur et ceux d'air chaud, peuvent être indiqués. Il en est de même parfois de petites doses de nitro-glycérine. Il faut éviter les purgatifs drastiques, tout en entretenant les fonctions de l'intestin. Les meilleurs diurétiques sont l'eau et le lait. On peut recourir aussi à la digitale seule ou avec la scille, au carbonate d'ammoniaque, à l'acétate de potasse, à la fleur de genêt. Le massage, les frictions sont encore utiles contre les hydropisies. Les tubes de Sonthey nécessitent de minutieuses précautions antiseptiques.

Dans les cas d'hydropisie générale, Grainger-Stewart s'est souvent fort bien trouvé de la ponction de la plèvre. Non seulement on améliore ainsi les symptômes, mais on favorise l'action des diurétiques.

Quand, dans le mal de Bright chronique, il s'établit une diurèse abondante sans diminution de l'hydropisie, c'est que la dégénérescence amyloïde est venue compliquer une néphrite parenchymateuse; le pronostic est alors fatal. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME, par le professeur Carl SCHRŒDER. 2e édition française. — Bruxelles, Manceaux, 1890.

Point n'est besoin de parler de M. Schrœder comme gynécologiste; tous nos lecteurs connaissent ses travaux remarquables dans cette partie de la science et beaucoup d'entre eux possèdent sans doute déjà la première édition de la traduction française de son ouvrage.

Le livre débute par l'exposé des procédés d'exploration gynécologiques. Nous recommandons surtout la lecture des pages consacrées à la technique de l'exploration bimanuelle. L'antisepsie, devenue si importante en gynécologie, est peut-être traitée un peu brièvement, surtout pour des lecteurs français qui ne possèdent pas les ouvrages auxquels renvoie Schrœder.

Parmi les chapitres consacrés à l'exposé des maladies de l'utérus, nous signalons principalement les pages relatives à l'atrésie du col et à son traitement, au traitement de la métrite chronique, à l'anatomie pathologique de l'endométrite; peut-être y aurait-il eu lieu de développer un peu plus l'étude du curage de la cavité utérine, qui en ce moment est en France l'objet de nombreux travaux. A propos du catarrhe cervical, une planche intéressante montre les modifications qu'apporte aux lésions le traitement par l'acide pyroligneux. On ne s'étonnera pas de voir que de longs développements sont donnés à l'exposé des changements de situation et de forme de l'utérus que l'auteur a étudiés tout particulièrement. Le traitement opératoire des myomes est aussi l'objet d'un travail très complet où l'auteur traite successivement de l'extraction par la voie vaginale et de l'ablation par la laparotomie; les indications des diverses opérations sont nettement posées.

Les maladies des annexes et celles du péritoine pelvien ont reçu tous les développements nécessaires.

De nombreuses indications bibliographiques permettent de pousser plus loin l'étude des différentes questions; malheureusement les travaux français sont bien négligés par Schrœder, qui est cependant certainement au courant de la grande impulsion qu'a reçue en ces derniers temps la gynécologie française. — P. Ch.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'antipyrine dans quelques maladies des enfants.

L'antipyrine est si utile dans un grand nombre de maladies que, dès que son emploi s'est un peu répandu, on l'a essayée chez les enfants.

I

Rondot s'est occupé spécialement de ce point de thérapeutique infantile (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1889, 12) et a administré l'antipyrine dans la chorée et la coqueluche, les toux coqueluchoïdes, l'asthme et les convulsions. C'est Legroux qui, le premier, employa l'antipyrine dans la chorée (Acad. de méd., 27 décembre 1887); dans ses six observations, la guérison s'effectua entre six et ving-neuf jours; on donnait 3 grammes du médicament par jour en trois fois. Wollner obtint un succès dans un cas où la maladie avait succédé à la disparition de fluxions articulaires; la guérison survint au bout de douze jours. Cependant Ollivier (Acad. de méd., 14 fév. 1889) eut des résultats beaucoup moins satisfaisants que Legroux; il a obtenu simplement l'atténuation des symptômes et vu des doses de 4 gr. 50 échouer complètement. A la Société de médecine de Bordeaux, MM. Négrié, Dumur, R. Saint-Philippe ont communiqué des observations favorables à l'emploi du remède qu'ils donnent de la même manière que M. Legroux. Ils ont obtenu sept guérisons en moyenne après dix jours de traitement pour les malades de M. Négrié. Ardebar (Th. de Bordeaux, 1888) rapporte six succès. Pour M. Jules Simon, l'antipyrine est le médicament qui donne les meilleurs résultats dans la chorée; il l'emploie de la manière suivante (*Bull. méd.*, 1889, 8). Le premier jour, il commence par une dose de 0 gr. 50; puis il augmente progressivement de 0 gr. 50 par jour, jusqu'à 4 grammes chez certains enfants de 12 à 15 ans. En général, le médicament est bien supporté et ce n'est qu'exceptionnellement que l'on observe du gonflement de la face ou une éruption scarlatiniforme; ces accidents peuvent être évités en donnant l'antipyrine par doses de 0 gr. 50 réparties en intervalles égaux dans les vingt-quatre heures; en l'administrant au moment des repas ou en faisant suivre son ingestion de celle d'une tasse de liquide on n'a pas habituellement à craindre des troubles gastriques. Moncorvo a publié différents travaux relatifs à l'emploi de l'antipyrine chez les enfants (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1888, 22, et 1880, 36; — Mémoire de 1886, couronné par l'Académie de médecine); il s'en est très bien trouvé dans la chorée; elle atténuerait rapidement les manifestations dans les cas anciens, et, de plus, augmen-

©BIU Santé

térait la force musculaire et améliorerait la nutrition générale. Rondot a observé des succès et des insuccès; dans les premiers, le résultat heureux a été obtenu rapidement; les insuccès tiennent à des causes inconnues. Pour d'Heilly (*Revue gén. de clin.*, 1890, 27), l'antipyrine l'emporte beaucoup sur le chloral dans les chorées intenses. D'après lui, c'est le médicament qui agit le plus rapidement pour guérir ou améliorer sérieusement; elle serait moins efficace dans les cas moyens que dans les hyperchorées. Sur 26 cas, M. d'Heilly a eu 13 guérisons complètes, 5 guérisons presque absolues, 4 améliorations; 2 fois il y a eu récidives; la durée moyenne de la maladie a été de seize jours. Terminons en mentionnant le travail de Garland (*Brit. Méd. Journ.*, 6 juillet 1889) qui a vu l'antipyrine guérir, en trois mois, une chorée rebelle jusqu'à là à tous les médicaments.

Dessau (*Assoc. méd. américaine*, 1890) a employé le médicament dans la chorée, la coqueluche et la pneumonie. C'est dans la chorée qu'il l'a vu produire les meilleurs effets. Dans la coqueluche, il est aussi très utile, mais n'agit que comme nervin. Dans la pneumonie, l'irritabilité nerveuse est diminée par l'antipyrine, mais son action sur la température est loin d'être constante. Larabee, Mac Neill ont constaté quelquefois des symptômes d'anémie chez les enfants auxquels on donnait l'antipyrine, mais le second leur attribue peu de gravité.

De tous ces faits et d'un certain nombre d'autres sans particularités notables, on peut conclure que l'antipyrine réussit rapidement dans un certain nombre de cas de chorée, et que l'on peut en donner d'emblée 3 grammes en prolongeant l'administration plusieurs semaines, si cela est nécessaire. Les accidents d'intolérance sont rares.

II

Un grand nombre de médecins ont aussi donné l'antipyrine dans la coqueluche. A la Société de thérapeutique (séance du 27 février 1889), M. Dubousquet-Laborderie a rappelé des recherches qu'il avait déjà publiées antérieurement (15 mai 1888). Il a été le premier à employer la médication.

Genser (de Vienne) a trouvé l'antipyrine *intus* bien supérieure aux insufflations de poudres médicamenteuses. Il donnait 10 centigr. par jour pour chaque année d'âge, et a observé la diminution du nombre, de la durée et de l'intensité des quintes.

Sonnemberger va jusqu'à regarder l'antipyrine comme un spécifique contre la coqueluche; il donne autant de centigrammes que l'enfant a de mois, autant de décigrammes qu'il a d'années, et administre le médicament en trois fois dans la journée, de préférence après les repas, dans de l'eau ou du sirop de framboises. En agissant dès le début, on pourrait juguler la maladie. Il faut continuer l'administration pendant une semaine après la disparition des quintes. Quant à la durée du traitement, elle a été en moyenne de trois semaines.

Guarta (Congrès de la Société italienne de Méd. interne, oct. 1888) a eu de bons résultats avec des doses variant de 50 centigr. à 1 gramme par jour, en 3 fois. Geffrier (*Revue gén. de clinique*, 1888, 31) vante aussi les effets qu'il a obtenus.

Dubousquet-Laborderie a réuni 94 observations; il a eu 71 fois des résultats appréciables; dans les autres cas, les effets étaient médiocres ou nuls. Quelques-uns de ces cas se rapportent à des adultes. Dans plusieurs faits, il a eu des accidents assez graves pour être forcé d'abandonner le traitement; une fois (enfant de 3 ans), il a vu un commencement de cyanose avec troubles nerveux inquiétants. Jusqu'à trois ans, il a prescrit de 30 centigr. à 1 gramme en fractionnant la dose. Pour les jeunes enfants, il recommande la formule suivante :

Antipyrine.....	0 gr. 30 cent. à 1 gramme.
Sirop de framboise.....	20 grammes.
Eau de Vichy.....	80 —

A prendre par cuillerées à dessert, immédiatement après les quintes, en vingt-quatre heures. Boire, après chaque dose, un peu de lait avec du bouillon.

Chez un enfant de 10 ans, rebelle, il a donné, matin et soir, 1 gramme en lavements.

Leubuscher (*Centr. f. Klin. med.*, 1889, 7) a comparé, chez les enfants coquelucheux,

les effets de l'antipyrine, de l'antifébrine et de la phénacétine. Pour l'antipyrine, il a donné, en vingt-quatre heures, autant de décigrammes que l'enfant comptait d'années. Dans un grand nombre des cas, le chiffre des quintes s'est limité à six ou sept par vingt-quatre heures et la maladie n'a duré que trois ou quatre semaines; jamais la coqueluche n'a été coupée. De plus, quand on commence trop tard l'usage du médicament, on n'obtient pas plus d'effet qu'avec n'importe quel autre des remèdes habituels. Leubuscher a observé une fois un cas d'exanthème généralisé. L'antifébrine lui a donné d'assez bon résultats, mais le collapsus et la cyanose sont à craindre. Enfin, il a trouvé, contrairement à Katz, la phénacétine inefficace.

Pour Rondot, l'antipyrine diminue le nombre des quintes, rend la toux moins fatigante et moins pénible, et abrège la durée de la période spasmodique. Deux à trois grammes par jour en potion lui semblent suffisants et il faut avoir soin d'augmenter légèrement la dernière dose de la journée pour diminuer les quintes nocturnes.

En somme, l'antipyrine est un bon médicament dans la coqueluche comme dans la chorée et on peut la prescrire aux doses qu'indique Rondot, en ayant toujours soin de surveiller le malade.

III

L'antipyrine a encore été prescrite dans un certain nombre d'autres maladies infantiles.

B. Ribeiro a employé le médicament dans la diphthérie pharyngée chez un enfant de 5 ans. Localement, il a fait des badigeonnages énergiques des régions malades avec la solution suivante :

Antipyrine	10 grammes.	
Eau	100	—

Chaque badigeonnage était précédé d'une application de cocaïne destinée à faciliter le pansement et à augmenter la tolérance du pharynx. Le malade devait, en outre, se gargariser le plus souvent possible avec la solution suivante :

Antipyrine	30 grammes.	
Eau	300	—

Dans la diphthérie nasale, M. Ribeiro conseille les irrigations avec la solution d'antipyrine et, au besoin, les insufflations d'antipyrine finement pulvérisées.

Le traitement interne consiste à faire ingérer, toutes les deux heures, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Antipyrine	1 gramme.	
Eau, Vin de Porto	aâ	50 grammes.

dans laquelle on peut, selon les circonstances, augmenter la dose du médicament. On joindra à ce traitement le régime lacté, l'usage des excitants diffusibles, les toniques cardiaques. (*Ann. de thérap.*, 1889, p. 48.)

MM. J. Perret et E. Devic ont employé l'antipyrine contre l'incontinence d'urine, qu'ils regardent comme due à un spasme des fibres qui président à l'expulsion de l'urine. (*Prov. méd.*, 1889, 23, 270.) Ils ont appliqué la médication à deux enfants, un garçon et une fille, âgés, le premier, de 11 ans, le second, de 12. Les enfants ne mouillaient pas quand ils étaient éveillés. Les doses données furent 2 et 3 grammes administrés en trois fois dans le courant de la veillée, avant que l'enfant ne se mette au lit. La guérison fut très rapide. MM. Perret et Devic insistent sur ce point que la médication échoue quand les enfants ont une incontinence nocturne et diurne. Dans ce cas, en effet, il s'agit d'une paralysie du sphincter. Dans une deuxième note (*Prov. méd.*, 1889, 25, p. 3 et 5), les mêmes auteurs ont rapporté deux autres observations où ils ont eu de bons résultats. Il faut suspendre le médicament plusieurs fois pour l'administrer de nouveau à des périodes de plus en plus éloignées.

©BIU Santé

Montagu-Percival s'est bien trouvé de l'antipyrine dans la laryngite striduleuse (*Lancet*, 10 nov. 1887); il administre 10 centigrammes toutes les heures et le sommeil vient rapidement. Il éleva une fois la dose à 25 centigrammes pour couper un accès.

M. Montennis (de Dunkerque) a employé le médicament dans la tétanie (*Journal de médecine de Lille*, 1889, 32) chez une enfant de 10 ans 1/2. Trois doses de 0,60 par jour produisirent une amélioration rapide.

Terminons en mentionnant les recherches de M. Cadet de Gassicourt sur l'usage de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde des enfants. Pour lui, le médicament n'améliore pas la maladie d'une manière sensible et les cas de guérison ne deviennent pas plus nombreux. (Soc. méd. prat., 6 décembre 1889.) L'antipyrine est simplement sédative. Dans les formes de moyenne intensité, donnée pendant la période d'état, elle peut abaisser la température, faire disparaître le délire et permettre à la maladie d'évoluer avec de basses températures. Elle ne peut pas abréger la durée totale. P. Chéron.

De quelques nouvelles médications.

Remède contre les taches de rousseur, par le docteur Holkin. (*Agenda du pharmacien russe* et *Courrier médical*, 1889.)

Après avoir distendu avec deux doigts la partie affectée de la peau, on la badigeonne avec de l'acide phénique. La cuisson légère ressentie par la malade disparaît après quelques minutes. La peau blanchit, et il se forme, petit à petit, une croûte mince qui tombe d'elle-même peu de jours plus tard (il faut prendre garde de ne pas l'arracher du force). La tache de rousseur devient alors rosée et bientôt prend la coloration de la peau normale.

Traitement antiseptique de la variole. (*Courrier médical*, 1889.)

M. Bianchi décrit dans *La Sperimentale* le traitement « antiseptique » qu'il a employé avec plein succès dans 96 cas de variole dont 22 légers, 39 graves et 15 très graves.

On commence par un grand bain tiède de solution d'acide borique au 1/20e, bain dans lequel le malade est savonné soigneusement avec un savon antiseptique. Ensuite, pendant toute la durée de la variole, tout le corps est lavé, une à quatre fois par jour (selon la période de la maladie), avec une solution de sublimé au 1/1000e ou d'acide borique au 1/20e. Ces lavages sont suivis d'onctions avec de la vaseline iodoformée à 1 et jusqu'à 5 p. 100, selon la gravité des cas. Toutes les pustules sont ouvertes avec une aiguille rendue aseptique et leur contenu soigneusement évacué.

Le malade est enveloppé dans des pièces de linge aseptique que l'on change fréquemment, et tous les objets qui l'entourent, le plancher et les murs de la chambre sont lavés tous les deux jours, avec une solution de sublimé au 1/200e.

Le traitement diminue notablement la durée de la période d'éruption, empêche les hyperthermies prolongées, prévient les suppurations locales graves, les cicatrices indélébiles et les complications du côté des viscères; il procure au malade un bien être relatif et une convalescence rapide.

Il a, en outre, une grande valeur prophylactique; il rend difficile la transmission directe du contage aux personnes qui soignent le malade et rend complètement impossible la transmission à distance, car le malade lui-même, son lit et l'air qui l'entoure sont constamment maintenus dans un état d'asepticité parfaite.

Traitement des affections intestinales par l'arsénite de cuivre. (*J. des Conn. méd.*, 1890, 6.)

L'arsénite de cuivre (vert de Scheele) est fortement recommandé par J. Ould dans le traitement de certaines fermentations intestinales au début qui sont souvent l'indice de maladies graves. Grâce à ce traitement, il lui est arrivé plusieurs fois de faire avorter des processus morbides qui, d'après toute vraisemblance, n'étaient autre chose que des fièvres typhoïdes au début. Il n'a jamais observé de phénomènes secondaires fâcheux à

la suite de l'administration de ce médicament. Les doses employées sont, pour ainsi dire, homœopathiques. En effet, il dissout une tablette d'arsenite de cuivre mélangé avec du sucre de lait dans 120 à 180 grammes d'eau. L'arsénite de cuivre étant mélangé au sucre de lait dans la proportion de 1 à 100 et chaque tablette ayant 0 gr. 06 de poids; il s'ensuit que, dans la solution, se trouve seulement 0 gr. 0,006 d'arsénite de cuivre. L'auteur administre, pendant la première heure, une cuillerée à café toutes les dix minutes, et moins fréquemment les heures suivantes, mais, en tous cas, à des intervalles qui ne dépassent pas une heure entière. Le médicament est répété jusqu'à ce que le malade soit rétabli. Dans la plupart des cas, il suffit d'une seule tablette, rarement de deux ou davantage.

Traitement des chancres mous par le sous-benzoate de bismuth.

(*Bull. méd.*, 1890, 15.)

Le sous-benzoate de bismuth s'obtient en chauffant le sous-nitrate de bismuth en présence de l'acide nitrique et du benzoate de soude. C'est une poudre blanche, fine et légère, ayant une odeur un peu piquante. M. Finger (*Intern. Klin. Rundisch.*, n° 1, 1890) l'a substitué à l'iodoforme dans le traitement des chancres mous, et a obtenu un résultat « eklatant ». On saupoudre le chancre de sous-benzoate de bismuth, on recouvre de ouate et l'on applique un petit pansement. On peut renouveler cette opération une ou deux fois par jour. Lors de la première application, le malade accuse une légère sensation de brûlure très supportable. Le sous benzoate ne détermine aucune irritation locale; en trois ou quatre jours, plus rarement en six ou huit, le chancre prend l'apparence d'une plaie de bonne nature. On peut alors se contenter d'un pansement à la vaseline phéniquée à 2 p. 100 pour obtenir la guérison complète.

Traitement de la phthisie laryngée. (*Gaz. méd. de Liège*, 1890, 40.)

M. Gazzolina conseille le traitement suivant :

1° *Moyens internes.* — Arsenic, huile de faîne créosoté et huile de foie de morue à doses élevées. On peut les remplacer par l'administration quotidienne de cachets ainsi formulés :

Phosphate de chaux.....	aà 0,20 centigr.
Hypophosphite de chaux.....	
Naphtol β pulvérisé.....	2 grammes.
Baume du Pérou.....	III gouttes.

Par deux cachets; l'un le matin et l'autre le soir.

2° *Moyens externes.* — *Pulvérisations.* — Chaque jour, pratiquer quatre pulvérisations avec la mixture suivante :

Baume du Pérou.....	6 à 10 grammes.
Menthol.....	0 gr. 50 à 0 gr. 80.
Alcool.....	10 à 15 grammes.
Eau distillée.....	300 grammes.

Insufflations. — Le matin et le soir on insuffle dans le larynx une quantité suffisante du mélange pulvérulent suivant :

Iodoforme finement pulvérisé.....	5 grammes.
Phosphate de chaux pulvérisé.....	10 —
Acide borique porphyrisé.....	5 —
Menthol.....	0 gr. 50 à 0 gr. 80.

L'on peut augmenter ou diminuer la quantité de phosphate de chaux suivant la tolérance du malade.

Les topiques ne dispensent pas de l'usage de la cocaïne pour combattre la dysphagie, des injections intra-laryngées avec l'huile de menthol ou au naphtol camphré, s'il existe des ulcérations, enfin, s'il y a indication, de l'emploi de la méthode des scarifications et du grattage de Haring.

©BIU Santé

M. Ingall, de son côté, recommande le topique ci-après :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 20 centig.
Acide phéniqne	1 gr. 50 centig.
Acide tannique	1 gr. 50 centig.
Glycérine neutre	aâ 0 gr. 50 centigr.
Eau distillée	

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 l'intervalle des badigeonnages, on étend la solution de deux ou trois fois son volume d'eau, et on l'emploie sous forme de pulvérisations. — P. N.

FORMULAIRE

Mixture contre la myringite. — Gruber.

Acétate de plomb cristallisé	0 gr. 15 centigr.
Teinture d'opium	XX gouttes.
Eau distillée	50 grammes.

Faites dissoudre. — Trois fois par jour, on instille dans l'oreille 10 gouttes de cette solution lorsqu'il existe une hyperémie très accentuée du tympan et des parties avoisinantes. — S'il s'est produit un exsudat considérable sur la portion libre de la membrane tympanique, on introduit dans l'oreille, trois fois par jour, 5 gouttes de glycérine pure. Plus tard, lorsque l'inflammation a diminué, et qu'il ne reste plus que des vestiges d'exsudat sur le tympan, on pratique, le soir, des lavages à l'eau tiède. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 22 août 1890, M. Mathis, médecin principal de première classe du service de santé du 17e corps d'armée, a été promu au grade de médecin-inspecteur du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Gaujot.

— Par décret, en date du 22 août 1890, M. le médecin-inspecteur Weber, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, a été nommé directeur de l'École de médecine militaire à Paris, en remplacement de M. le docteur-inspecteur Gaujot.

— Par décision ministérielle, en date du 22 août 1890, M. le médecin-inspecteur Weber, directeur de l'École de médecine militaire à Paris, a été nommé membre du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Gaujot.

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.). — Échantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. E. Valude : De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du tractus uvéal. III. Congrès de 1890 : Dermatologie et syphiligraphie. — IV. Bibliothèque : La tuberculose en Belgique. — Leçons sur l'hystéro-traumatisme. — V. Revue des journaux : Traitement de l'asthme par la strychnine. — Traitement de l'ulcère de l'estomac. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Congrès de Limoges.

BULLETIN

Malgré l'inclémence du temps, les fauteuils de l'Académie sont presque tous vides ; on y eût en vain cherché un orateur mardi dernier, et sans la présence de M. le docteur Hache, qui profite de ses vacances à Beyrouth pour venir se retremper dans la mère-patrie, le président eût été obligé de lever la séance après la lecture du procès-verbal.

L'observation communiquée par M. Hache est un bel exemple de ce que peut la chirurgie actuelle dans les affections pulmonaires. Les collections purulentes enkystées du poumon peuvent se traiter comme les abcès externes par l'incision, les lavages antiseptiques et le drainage, comme de véritables empyèmes. Malheureusement, il n'est pas toujours facile de faire le diagnostic du siège de ces collections quand elles sont petites et situées près de la face interne du poumon et alors il faut attendre que la collection, comme je viens d'avoir l'occasion d'en observer un cas, veuille bien s'ouvrir elle-même dans les bronches.

— Une communication de M. Souligoux à la Société anatomique nous apprend que, depuis quelques semaines, il y a eu dans le service d'accou-

FEUILLETON

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Limoges (1).

Je vous ai dit dans mon dernier *Feuilleton* que les médecins de Limoges avaient contribué pour une large part aux travaux de la section des sciences médicales. M. Justin Lemaitre, dont j'ai déjà mentionné la présentation d'un malade atteint de tumeur gazeuse du cou, a fait une autre communication sur le phlegmon péri-amygdalien, la collection du pus au-dessus de l'amygdale et la nécessité de l'ouvrir en ce point. M. Bourdeau (d'Antony), de Limoges, a étudié le traitement de certaines affections cutanées, le lupus en particulier, par les applications de thermo-cautère; M. Dérignac a fait deux communications, l'une sur un cas d'ictère à forme grave guéri par l'antisepsie gastro-intestinale, et l'autre sur les rapports de la dilatation de l'estomac avec la glycosurie. — M. Raymond a encore fait deux communications, l'une sur le traitement des hernies étranglées, l'autre sur un cas de péritonite puerpérale traitée avec succès par la laparotomie; M. Delotte également deux communications, l'une sur un kyste dermoïde de la nuque, et l'autre sur un cas kyste hydatique du foie; M. Bouland nous a fort

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 août 1890.

©BIU Santé

chement à la Maternité, un assez grand nombre d'accouchées un peu fébricitantes. Il en a été envoyé cinq, gravement atteintes, dans l'infirmerie que dirige M. Labadie-Lagrave. Par le curage, deux ont guéri, les trois autres ont succombé.

Si je relève ce fait, ce n'est pas pour attirer l'attention sur les bons effets du curage dans les accidents puerpéraux, mais sur ces accidents eux-mêmes. Depuis longtemps, il n'y avait pas eu d'épidémie de fièvre puerpérale à la Maternité, grâce aux précautions antiseptiques. Est-ce que quelque négligence aurait été commise? Je ne puis le croire. Est-ce plutôt que l'infection aurait été apportée par une malade arrivée du dehors avec la fièvre puerpérale? Si oui, ce fait constituerait un argument de plus en faveur du projet de M. Terrier, de créer des salles d'isolement, avec un personnel spécial, pour y reléguer les malades déjà infectés et arrivant à l'hôpital.

L.-H. P.

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du tractus uvéal

Par le docteur E. VALUDE

Médecin adjoint à la Clinique nationale des Quinze-Vingts

La discussion récente du Congrès français d'ophtalmologie (1) a montré quelle incertitude régnait encore sur la question du traitement chirurgical des tubercules de l'iris, et quelles divergences d'opinions séparaient les auteurs sur ce point.

Terson (de Toulouse), l'auteur de la communication initiale, préconise l'excision totale du foyer tuberculeux, en somme l'iridectomie avec le tubercule compris dans le lambeau d'iris excisé; à l'appui, il présente au Congrès une malade opérée de la sorte depuis sept mois, et encore exempte

(1) Séance du 6 mai 1890.

---

intéressés par ses remarques sur la pathologie de Limoges, sur la grippe à Limoges, sur les plis du pavillon de l'oreille au point de vue de l'identité; M. Doursont a présenté des pièces anatomiques préparées depuis plus de dix ans, et dont les ligaments avaient conservé toute leur flexibilité; le bain employé par le préparateur est composé d'alcool et d'essence de térébenthine; M. Rivet, vétérinaire, a exposé sa manière de voir sur le cancer encéphaloïde du foie et sur les causes de l'éclampsie; M. Raymondaud fils nous a raconté l'observation émouvante d'une paraplégie totale datant de deux ans et guérie par la suggestion hypnotique; M. Chénieux, l'histoire d'un polype naso-pharyngien enlevé après trachéotomie préalable; M. Thouvenet père nous a présenté, après guérison, un jeune homme auquel il avait pratiqué, plusieurs années auparavant, une autoplastie buccale pour remédier à une constriction absolue des mâchoires. J'ai réservé pour la fin les communications de MM. de Font-Réaulx et Prosper Lemaistre, qui avaient trait à des sujets d'intérêt local, pourrait-on dire.

M. Prosper Lemaistre, un des plus anciens professeurs actuels de l'Ecole de Limoges, et dont l'âge n'a diminué ni la verve ni l'amour pour le travail, nous a décrit de la manière la plus saissante, la plus dramatique, l'histoire d'une sorte d'épidémie d'empoisonnement par le plomb survenu aux environs de Limoges. Ce qu'il fallut de recherches, d'examens, de démarches pour arriver à trouver la cause du mal est inimaginable; enfin on arriva à découvrir que l'agent toxique résidait dans le pain, que ce pain avait été fait avec de la farine provenant d'un certain moulin, et que, dans ce moulin, une des meules, présentant des creux profonds, avait été réparée au moyen du plomb qu'un

de récidive. A ceci, de Wecker répond que chez un de ses malades une simple résection partielle du tubercule a suffi pour amener une guérison satisfaisante, et Galezowski, renchérissant, annonce que, chez un enfant de sa clientèle, l'exécution de paracentèses répétées de la chambre antérieure, jointes, il est vrai, au traitement général, lui ont permis d'obtenir une disparition complète de la lésion en quelques mois. On se souvient, en outre, du traitement préconisé, il y a quatre ans environ, par Abadie, et qui consistait purement et simplement, en cas de tuberculose oculaire, en des frictions à la pommade iodoformée sur la surface cornéenne; Coppez (de Bruxelles), dans un ordre d'idées analogue, estime que le seul traitement général est susceptible de guérir les malades porteurs de tuberculose oculaire.

Si chacun de ces auteurs possède ainsi une opinion si différente de la gravité et de la curabilité de la tuberculose primitive de l'iris, le fait tient peut-être à la rareté de ce genre d'affection qui ne permet pas à chacun d'asseoir son jugement sur un grand nombre d'observations personnelles. Nous voyons que les divers auteurs qui ont pris part à la discussion n'ont cité qu'un seul malade chacun à l'appui de leur opinion. Il convient donc de se distraire du fait observé isolément et qui a pu communiquer à l'observateur une impression heureuse s'il est favorable, ou au contraire inspirer de la défiance s'il a été suivi d'un revers. Nous pensons que le seul moyen de juger sainement la question est d'envisager l'ensemble de faits observés jusqu'ici pour de là établir en meilleure connaissance de cause le pronostic et le traitement de cette tuberculose locale de l'iris et du corps ciliaire.

On verra à la lecture des auteurs que si la tuberculose primitive du tractus uvéal n'est peut-être pas aussi maligne dans son extension et sa généralisation qu'une lésion du même ordre d'un autre organe, elle est loin toutefois de constituer une véritable quantité négligeable, ainsi que tendrait à le faire croire la discussion dernière, dont nous avons donné plus haut un aperçu.

Les auteurs qui ont écrit, en effet, des travaux d'ensemble sur la tuber-

---

employé du moulin avait versé dans le creux à l'insu de son maître. Mais il faut voir et entendre M. P. Lemaistre raconter tout cela.

Citons encore une autre communication de M. P. Lemaistre sur les affections pulmonaires chez les ouvriers porcelainiers.

La communication de M. de Font-Réauly nous a dévoilé une des plaies encore saignantes du Limousin actuel : la croyance aux sorciers. Ceux-ci ont encore beau jeu dans les environs de Limoges même. Deux exemples montreront comment ils pratiquent.

1° *Un sorcier galant.* — Une jeune femme de 25 ans était atteinte de pelvi-péritonite chronique et fort épuisée. Sur le conseil du sorcier, on envoie le mari faire un pélerinage dans un lieu éloigné; le sorcier prévenu arrive la nuit, demande à rester seul avec la malade pour comprendre le mal, se couche avec elle et, après force pratiques plus ou moins diaboliques, se retire le matin en emportant le salaire. Le soir, la succube meurt de péritonite foudroyante. C'était un cas malheureux; toutes ses clientes n'avaient pas eu le même sort.

2° *Un sorcier empoisonneur.* — La fille d'un sorcier de profession, voyant sa santé gravement compromise par le chagrin que lui causaient les agissements meurtriers de son père, vint confier à M. de Font-Réauly, avec forces larmes, le procédé employé par son père dans un cas lamentable. Ayant perdu un procès, il avait jeté un sort sur son adversaire et sa famille, leur annonçant qu'ils mourraient dans l'année. Pour réaliser ce maléfice, il prit le placenta d'une vache et le jeta à minuit dans le puits de son adversaire, après y avoir fixé une pierre. Près de deux mois après, toute la famille,

©BIU Santé

culose primitive de l'œil ont jugé, d'après les observations examinées, que le tubercule de l'iris, s'il pouvait rester fixe, non envahissant, susceptible de rester inoffensif pour l'organe, même de s'éteindre sur place, pouvait aussi, par un développement graduel, envahir diverses parties de l'œil et même perforer la coque oculaire pour s'ouvrir à l'extérieur. Il faut donc compter au moins sur deux variétés distinctes de tuberculose de l'iris, et les opinions des auteurs cités plus haut ne permettent de connaître qu'un des côtés de la question. Tant au point de vue du pronostic que du traitement, il importe d'envisager celle-ci sous toutes ses faces.

D'après Haab (*Arch. f. Opht.* 1879 et *Klin. mon, f. Augenh.* 1884) la lésion tuberculeuse de l'iris peut demeurer torpide, s'accroître lentement, et quand elle amène la cécité et l'atrophie du globe, ce processus ne s'accompagne d'aucun désordre violent. D'autre part, le plus souvent le développement du tubercule entraîne à sa suite une réaction inflammatoire vive; le foyer tuberculeux s'accroît en volume, se ramollit, et par la suite finit par s'évacuer hors de l'œil par la cornée ou la sclérotique perforées.

Dans le premier cas l'excision du foyer, même partielle, pourrait à la rigueur suffire, puisque l'affection semble dépourvue de malignité; dans le second cas l'intervention demande à être beaucoup plus radicale.

La même division nosologique se retrouve dans le travail d'Eperon (*Arch. d'opht.*, 1883) et d'après cet auteur la forme subaiguë, rapide, de l'infection tuberculeuse localisée à la partie antérieure du tractus uvéal s'observerait de préférence chez les enfants, tandis que la variété chronique serait plutôt l'apanage des adultes.

Mais dans l'évaluation de la valeur du traitement, il importe de tenir compte, non pas seulement de l'extensibilité de la lésion locale, mais encore et surtout du danger, réel ou fictif, mince ou considérable, d'une infection générale. D'après la discussion récente du Congrès d'ophtalmologie, il semble que les chances de l'infection soient pour ainsi dire nulles ici, et de Wecker, en particulier, estime que l'œil est isolé dans sa coque fibreuse, comme en un vase clos, et si bien, que l'infection générale ne peut

---

composée de cinq personnes, présenta des accidents typhoïdes; le père et les deux fils moururent; la mère et la servante s'en tirèrent à grand peine. Le médecin qui donna ses soins a déclaré avoir eu affaire à cinq cas de fièvre typhoïde. Ce procédé du placenta de vache dans les puits est, paraît-il, des plus usuels dans le monde des tireurs de sorts.

Comme vous le voyez, la part des médecins de Limoges dans le Congrès a été très grande. Ce fait vient à l'appui de l'opinion que soutiennent les partisans des Congrès, à savoir que nos réunions tantôt dans une ville tantôt dans une autre, ont pour excellent effet, entre autres, d'exciter le désir de travailler parmi les savants de tous les points de la France. Ceci a lieu non seulement par les membres de la section médicale, mais encore pour toutes les autres sections. Tout ce qui a trait à l'hygiène, à l'archéologie, à la pédagogie, aux travaux publics, etc., de la région devient pendant deux années le sujet des études de tous, et l'objet de communications toujours très intéressantes.

De leur côté, les membres étrangers à la région apportent à leurs collègues le résultat de leurs lectures, de leur expérience; les communications des uns et des autres suscitent des discussions d'où sort toujours quelque nouveauté intéressante, quelque notion qui sert à l'instruction de tous. Le Congrès de Limoges a été particulièrement remarquable à ce point de vue, car je ne me rappelle pas qu'aucun des Congrès précédents ait attiré autant de médecins de la région et les ait conservés avec autant d'assiduité.

Ce n'est pas à dire pour cela que la section de médecine a été dépourvue de membres

rien sur lui, pas plus, de même, que l'œil atteint n'est capable de communiquer, facilement au moins, son infection propre au reste de l'organisme.

Il est hors de doute que la généralisation de la tuberculose de l'œil aux autres organes est infiniment plus rare que lorsqu'il s'agit de toute autre tuberculose locale; toutefois, le développement assez rapide d'une tuberculose généralisée chez de nombreux lapins inoculés à la chambre antérieure est là pour nous prouver que la coque oculaire, au moins chez les animaux, n'est pas susceptible de retenir l'infection tuberculeuse (VALUDE, *Etudes sur la tuberculose*, 2e fasc.)

Chez l'homme, la généralisation a certainement été vue en clinique; mais ce qu'il faut dire c'est qu'elle s'opère avec une grande lenteur, comparativement à ce qui se voit pour d'autres organes. Th. Anger (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1879) note une généralisation survenue au bout de quatre mois; Parinaud (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1874) a observé celle-ci deux ans après l'apparition d'une infiltration tuberculeuse du tractus uvéal.

A ce point de vue par conséquent, le pronostic de l'affection tuberculeusè de l'iris et du corps ciliaire est donc relativement bénin sans être entièrement favorable; il n'est cependant pas aussi tranquillisant qu'on pourrait le croire après la lecture de la discussion du dernier congrès.

Mais il est une circonstance qui, plus que toutes les autres, contribue à embellir le pronostic des tuberculoses locales de l'œil et aussi à illusionner les expérimentateurs sur la valeur des traitements locaux employés; je veux parler de l'erreur de diagnostic qui peut être fréquente. Voici un fait à l'appui :

D..., âgé de 20 ans, opéré d'une cataracte avec iridectomie supérieure de l'œil droit, occasionnée par un traumatisme ancien; l'œil avait été parfaitement guéri à la suite de l'opération. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Panas, le 29 mai 1888, présentant à l'œil opéré, en bas, dans la chambre antérieure au niveau de l'insertion de l'iris et dans cette membrane une petite tumeur bosselée, blanc jaunâtre, avec de fines vascularisations; en un mot, la représentation exacte d'un tubercule irien.

Le jeune malade est chétif d'apparence, il est sujet à des laryngites, tousse presque

---

étrangers, tant s'en faut, ainsi que je l'ai déjà dit; la liste seule des communications, dont nous ne pouvons donner ici le résumé, peut nous renseigner à cet égard.

M. le professeur Mayet (de Lyon) nous a communiqué le résultat de ses expériences sur l'influence des récipients sur la coagulation du sang et du plasma à des températures diverses, avec applications à la transfusion.

Une autre communication du même auteur, relative à l'action des sels neutres et du chloral sur les globules du sang, est en quelque sorte connexe de la première; on y trouve des applications aux injections intra-veineuses et aux études d'hématologie.

M. J. Teissier président de la section, et qui a présidé avec une grande distinction, a démontré que le meilleur traitement de la fièvre typhoïde était l'antisepsie intestinale à l'aide du naphthol β. Sa démonstration n'a pas été stérile, car immédiatement M. Prosper Lemaistre s'est déclaré prêt à essayer cette méthode; nous ne pouvons que l'en féliciter, en lui souhaitant les beaux résultats obtenus par M. Teissier.

Une discussion importante, à laquelle ont pris part presque tous les membres de la section, a été soulevée par M. Teissier sur l'épidémie récente de grippe. On ne pouvait aborder tous les points de cette question si étendue, aussi M. Teissier s'est-il attaché à préciser, à demander à la section de s'en tenir au suivant : Quelle est la nature de la maladie? Est-ce la grippe ou la dengue, d'après les trois ordres de considérations tirées de la contagiosité du mal, des caractères ou de la fréquence des formes éruptives, de la nature des complications.

©BIU Santé

toujours; sa poitrine est déformée et irrégulière d'ampleur; le sommet gauche est douteux. Le père est mort de phthisie pulmonaire.

L'état général du sujet aussi bien que l'aspect de la lésion ne permettent guère de concevoir de doutes sur la nature tuberculeuse de la petite tumeur irienne. On emploie chez le malade des massages oculaires à la pommade iodoformée, et l'iodoforme est également administré à l'intérieur, à la dose quotidienne de 50 centigrammes. Toutefois, la petite tumeur se développe de plus en plus, et peu à peu elle arrive à faire saillie à l'extérieur, au niveau du limbe scléro-cornéen.

Le sommet bombé de la production néoplasique est alors ouvert avec un fin couteau de de Græfe, et le contenu demi-solide évacué doucement à la curette. Rapidement l'affection guérit et, vers le milieu du mois de juillet, le malade pouvait quitter l'hôpital.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que la matière extraite de la tumeur, si franchement diagnostiquée comme un tubercule de l'iris, n'offrait pas de trace de bacilles spécifiques; l'inoculation aux animaux est demeurée sans effet.

Ici, nous avons employé simultanément le traitement médicamenteux local à l'iodoforme (Abadie), et une certaine abrasion partielle de la tumeur, semblable à celle dont a parlé M. de Wecker. A supposer que l'examen attentif *et complet* de la matière suspecte n'ait pas été fait comme il l'a été, n'y aurait-il pas eu là un succès nouveau à l'actif de la pratique conservatrice appliquée aux tuberculoses locales de l'œil? Et il en doit être quelquefois ainsi par la raison que le tubercule irien peut toujours être confondu avec autre chose, gomme, ou fibrome, ou petit abcès, et que l'examen bactériologique, appuyé des inoculations expérimentales, est seul capable de mettre à l'abri de l'erreur de diagnostic.

On est en droit, par conséquent, de réserver son opinion à l'égard de l'action topique des pommades iodoformées, employées à l'exclusion du traitement chirurgical.

En résumé, en présence d'une lésion présumée tuberculeuse de l'iris et du corps ciliaire, et surtout lorsqu'il s'agit d'un accident primitif, le premier soin sera de s'assurer de la nature exacte de la néoplasie, et cela par les moyens si rigoureux que nous possédons aujourd'hui.

Pour tout le monde, la contagion de la grippe est hors de doute. MM. Queirel et Brémaud en ont cité des exemples curieux.

D'après M. Queirel, la contagion s'est démontrée à Marseille de la manière suivante. Les premiers malades atteints de la grippe ont été les employés du buffet de l'hôtel Terminus, qui ont été les premiers en contact avec les influenzés arrivant de Paris et s'étant arrêtés quelque temps à la gare. Ce ne fut que quelques jours plus tard que des cas d'influenza furent observés dans la ville.

M. Brémaud, médecin de la marine, était à Pondichéry quand éclata à Paris l'épidémie grippale. Chaque mois, on lui envoyait un paquet contenant les journaux littéraires ou de médecine réunis dans le mois précédent. Or, lorsqu'arriva le premier paquet après l'épidémie de grippe, il l'ouvrit comme les autres, sans aucune précaution, et lut ses journaux. Quelques heures après, il fut pris d'une grippe intense. Sachant par les journaux ce qui se passait en France, il ne douta pas un seul instant que la maladie ne lui eût été transmise par le malencontreux paquet. Aussi, pour éviter de faire d'autres victimes employa-t-il un moyen radical : il jeta au feu tout ce que contenait ce paquet, et se confina à la chambre jusqu'à ce qu'il fût guéri. Il n'eut pas connaissance d'autres cas de ce genre à Pondichéry.

M. Brémaud, qui raconte avec beaucoup d'entrain ses impressions de médecin en résidence aux colonies, ne croit pas que la grippe et la dengue soient la même maladie. En effet, il a pu comparer ces deux affections, car il a eu la dengue à la Réunion en 1883, et il affirme qu'elles n'ont que peu de points de commun. Outre la différence des

Que si le tubercule est dûment constaté, sans se laisser aller à un pronostic désespéré même à l'égard de l'œil, il convient toutefois de ne pas traiter la chose légèrement.

Si le tubercule n'est pas vascularisé ; si, loin de décroître, il semble plutôt rester stationnaire ou même fondre, on pourra espérer le voir s'enkyster ou disparaître, soit spontanément, soit sous l'action locale de l'iodoforme.

Il sera toujours préférable d'exciser en totalité ce petit foyer pathologique, même s'il reste immobile et innocent; mais surtout s'il est vasculaire, s'il offre une tendance à l'accroissement.

Enfin, si le foyer tuberculeux arrive à se ramollir et à se faire jour à l'extérieur, par réunion de foyers semblables ou extension du foyer primitif, il sera le plus souvent inutile de garder vis-à-vis de l'œil des mesures conservatrices, attendu que celui-ci est ordinairement voué à la destruction et à l'atrophie par le progrès de la lésion. Il sera donc indiqué d'énucléer, car c'est en pareil cas que la généralisation tuberculeuse est le plus à craindre.

Dans le cas où l'extirpation simple de la néoplasie tuberculeuse aurait permis la conservation de l'œil, celui-ci devra être soumis à une surveillance minutieuse et prolongée, et comme adjuvant général il paraît favorable d'employer à l'intérieur les préparations iodoformées.

CONGRÈS DE 1890

Dermatologie et syphiligraphie.

M. Jonathan Hutchinson s'est occupé (Berlin) de la transmission de *la lèpre*. Il ne pense pas que la contagion ou la transmission héréditaire puissent expliquer la propagation de la maladie. Dans ces conditions, il est probable que ce sont les aliments qui transportent le bacille de la lèpre et on ne peut trouver, comme aliment répandu dans toutes les contrées où se développe la lèpre, que le poisson.

---

symptômes, il faut encore faire la part de la mortalité. Ainsi, dans l'épidémie de la Réunion, toute la population civile et militaire fut atteinte, à tel point que toute la troupe dut garder la chambre sans exception. Cependant, il n'y eut que trois cas de mort, et encore chez des vieillards qui étaient déjà malades et que la dengue vint achever.

M. le professeur Grasset croit aussi que nous avons eu la grippe et non la dengue. Il a insisté sur une particularité bien intéressantes de l'épidémie, les suites éloignées que l'on observe encore actuellement chez un grand nombre de sujets cardiopathes, névropathes, tuberculeux, dont la grippe a considérablement aggravé l'état maladif préexistant.

A propos des éruptions grippales ou méta-grippales, MM. Bouland et Mayet signalent une recrudescence de l'érysipèle de la face, qui a été observée à Limoges, à Gap, à Lyon, etc. Il semble que les streptocoques trouvés chez les malades, dans les crachats et les mucosités nasales, se soient inoculés dans le tissu sous-muqueux à la faveur d'ulcérations, de fissures, et aient donné naissance à l'érysipèle.

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

©BIU Santé

M. Harlund a lu (Berlin) un rapport où il a étudié les *causes qui favorisent l'apparition de la syphilis tertiaire*. Pour lui, dans 87 p. 100 des cas, les manifestations tertiaires de la syphilis se produisent parce que le traitement n'a pas été suivi ou ne l'a été que d'une façon insuffisante. La statistique de M. Harlund a été prise à l'hôpital et a porté sur 5,636 malades dont 10 p. 100 présentaient des accidents tertiaires; il en résulte que les accidents cutanés sont les plus fréquents. Viennent ensuite ceux du système osseux, du système nerveux, des muqueuses et des viscères. D'après les recherches de M. Fournier, ce serait du côté du système nerveux qu'il se produirait le plus souvent des accidents. Cela tient à ce que M. Fournier a surtout recueilli ses observations dans une clientèle appartenant à la classe élevée.

Il est à peu près impossible de dire pourquoi la syphilis tertiaire se localise sur tel organe plutôt que sur tel autre. Dans quelques cas, le traumatisme, les irritations répétées, l'état antérieur de l'organe, etc., ont une certaine influence. Toutes les fois que M. Harlund a observé de la syphilis pulmonaire, il s'agissait de malades qui n'étaient pas prédisposés aux lésions des poumons. En général, les organes atteints de tertiairisme ont été frappés aussi au moment de la période secondaire.

M. Leloir (de Lille) a fait plusieurs communications relatives au *traitement de la syphilis*. Après avoir été un adversaire de l'*excision du chancre*, M. Leloir est revenu sur cette opinion en 1884. Il a dit à ce moment que le médecin était autorisé à enlever le syphilome primaire quand il se trouvait dans les conditions suivantes : 1° chancre au début; 2° chancre situé dans une région où l'excision peut se pratiquer très facilement et sans aucun danger (petites lèvres, prépuce); 3° chancre non encore accompagné d'adénopathie: 4° chancres uniques ou tout au moins chancres pouvant tous être enlevés facilement; 5° sujet non diabétique, non albuminurique, etc. Les réapparitions de la lésion sur place, les réindurations sont très rares et la plaie guérit, en général, très rapidement en ne laissant qu'une cicatrice très minime. Il est certain que l'on enlève au malade une lésion gênante et que l'on n'a plus à redouter les complications du chancre.

M. Leloir rapporte diverses observations intéressantes. L'une d'elles concerne un jeune homme qui vit apparaître, dix-neuf jours après un coït dangereux, une petite papule à peine grande comme une lentille, sans induration, et qui fut enlevée largement avec un morceau du prépuce; la plaie fut brûlée au thermo-cautère. Cependant, la plaie s'indura et il se développa un chancre neuf jours plus tard; il fut suivi d'accidents secondaires. Cependant, l'excision peut être suffisante pour empêcher l'infection syphilitique et il existe de nombreuses observations probantes.

Le plus généralement, on enlève une quantité insuffisante de tissus indurés et, dans le cas rapporté plus haut, M. Leloir ayant fait l'examen microscopique, trouva qu'en dehors du point où se trouvait la papule, il y avait des traînées de cellules embryonnaires qui dépassaient les limites de l'ablation qui avait été faite.

On a dit que, dans les cas où l'érodération avait été suivie de succès, la syphilis avait avorté sur place. Cela est possible, mais est loin d'être prouvé.

En fait, il semble que l'ablation ait les plus grandes chances pour être toujours insuffisante. Aussi quand on pensera devoir faire l'excision d'un chancre, il faudra exposer au malade l'état de la question et ne pas trop insister s'il refuse de se laisser opérer.

Pour M. Neumann, dès qu'il y a induration du chancre, il ne s'agit plus d'une lésion locale. De plus, il est possible que le virus pénètre immédiatement dans les lymphatiques; on devrait donc faire l'extirpation de tous les ganglions suspects, ce qui est fort difficile. M. Neumann n'a jamais vu l'extirpation réussir entre ses mains et il ne la conseille que lors de complication où elle devient utile : gangrène ou phimosis.

M. Leloir a aussi exposé le *traitement général de la syphilis*. Il ne le donne qu'au début des accidents secondaires. D'abord le diagnostic du chancre est loin d'être toujours facile. Si l'on emploie dès son apparition le traitement spécifique, il est possible que le malade n'ait pas d'accidents secondaires et on ignore alors s'il a eu la maladie. Il faut cependant arriver à une certitude, car bien des hommes ou se traitent en n'étant pas atteints, ou négligent de se soigner quoiqu'ils soient malades.

Il semble qu'il existe des cas, très exceptionnels, il est vrai, où la syphilis avorte à la période primaire ; un traitement rationnel de la syphilis serait alors inutile.

Pendant longtemps M. Leloir a administré le mercure dès le début du chancre. Il ne lui semble pas, en dépouillant ses observations, que ce traitement ait diminué les accidents secondaires. Les statistiques lui ont montré que les accidents ultérieurs tardifs n'ont pas été plus fréquents chez les malades traités dès le début du chancre que chez ceux traités seulement au commencement de la période dite secondaire. Dans bon nombre de cas même (il est vrai qu'il s'agit peut-être de séries malheureuses) les accidents ultérieurs, en particulier les syphilides cutanées, et principalement les syphilides muqueuses, étaient plus tenaces, plus résistantes au traitement antisyphilitique chez les sujets traités dès la période du syphilôme primaire que chez les sujets traités seulement à l'apparition de la période secondaire.

Il n'y a pas d'avantages à imprégner l'organisme de mercure lorsqu'il n'est pas en entier envahi par le virus. Or, bien des faits cliniques portent à admettre que ce n'est qu'au début de la deuxième période que l'infection générale est constituée.

N'y a-t-il pas désavantage à habituer l'organisme, pour ainsi dire, au traitement spécifique, alors qu'à la première période son action efficace est loin d'être démontrée. Ne vaut-il pas mieux frapper un grand coup à l'apparition de la deuxième période.

Enfin le traitement spécifique est un traitement fatigant et il est très important de conserver la nutrition générale en bon état. Par contre, dès l'apparition du syphilome primaire, il faut traiter celui-ci comme un foyer de virus syphilitique au moyen des préparations mercurielles, au premier rang desquelles se place l'emplâtre de Vigo du Codex français et l'emplâtre hydrargyrique de Unna. Il est bon de faire en même temps des lotions biquotidiennes avec une solution de sublimé.

M. Leloir traite la syphilis de la façon suivante : selon l'intensité des phénomènes observés, il prescrit des frictions hydrargyriques quotidiennes à la dose de 2 à 4 gr. pendant quinze jours ; puis il laisse reposer le malade pendant quinze jours à trois semaines et continue ainsi pendant les dix premiers mois. Il traite toujours localement les syphilides à l'aide de préparations hydrargyriques. Dans certaines formes de syphilides cutanées rebelles, M. Leloir prescrit des bains avec 7 gr. de bichlorure. L'état général doit, dans tous les cas, être surveillé de près et le séjour au bord de la mer ou à la campagne est souvent très utile.

Après six à dix mois, les frictions ne sont plus faites que pendant dix jours et le malade se repose pendant un temps variant de trois semaines à deux mois. On continue à agir ainsi jusqu'à la fin de la deuxième année de l'infection.

Il est utile de prescrire quelques sudorifiques et de l'exercice. Exceptionnellement, quand il y a de la céphalée persistante, des douleurs ostéocopes résistant au traitement mercuriel, on peut donner momentanément 2 à 3 gr. d'iodure de potassium et 50 centigr. à 2 gr. de bromure.

A partir de la fin de la deuxième année, le traitement doit varier selon les cas. Lorsque le sujet ne présente plus d'accidents depuis un certain temps, M. Leloir prescrit, tous les trois mois, dix jours de frictions à la dose de 2 à 3 gr. et, quelques jours après les frictions, 2 à 3 gr. d'iodure de potassium. Lorsqu'il y a des accidents spécifiques, le traitement varie selon leur intensité et leur durée. Si, à partir de la troisième ou de la quatrième année, les accidents ont disparu depuis plus d'un an, on peut se borner à faire faire, au printemps et à l'automne, des frictions mercurielles pendant une dizaine de jours et à donner, pendant un mois, après chacun de ces traitements, 2 gr. d'iodure de potassium pendant trois semaines. Il faut éviter, autant qu'on le peut, d'employer avec excès le traitement mercuriel et ioduré, dont l'abus entraîne parfois une neurasthénie grave qui a été prise pour de la syphilis cérébrale ou spinale.

Les préparations de mercure administrées à l'intérieur entraînent très fréquemment des troubles digestifs et la neurasthénie. On y aura recours quand les frictions répugnent, lorsqu'il faut donner du mercure sans que le malade le soupçonne, quand la peau est trop irritable ou enfin que le traitement doit être suivi en secret.

Les injections sous-cutanées ne sont employées par M. Leloir qu'à l'hôpital et en particulier chez les filles publiques qui souvent ne prennent pas leurs médicaments.

©BIU Santé

M. Diday a rappelé qu'il était bien prouvé que le mercure donné au moment de l'apparition du chancre n'avait pas d'influence sur les accidents secondaires. Bien que le mercure n'empêche pas toujours la production de ces accidents, la syphilis peut guérir sans son emploi. L'incubation des accidents de la deuxième période durerait six jours de plus chez les malades mercurialisés que chez les autres ; par contre, les premiers auraient plus souvent des accidents graves (1). Cependant, quand l'induration du syphilome primaire est trop volumineuse, M. Diday donne le mercure. Au moment des accidents secondaires, il ne le donne que dans les formes non résolutives à la dose de 10 centigr. de protoiodure par jour pendant deux mois. Il associe l'iodure de potassium, le mercure et le fer s'il y a des symptômes d'anémie. Lors d'iritis, d'onyxis ou de poussées rebelles, il est bon, soit de donner plus de mercure, soit d'employer le traitement mixte ou les frictions. Les plaques muqueuses sont justiciables d'un traitement simplement local. L'iodure de potassium doit être donné pendant longtemps et à haute dose à la période tertiaire. La dose forte d'emblée est surtout utile dans les affections du système nerveux ; on l'abaissera ensuite tout en continuant l'administration du médicament pendant longtemps. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Le tuberculose en Belgique, par MM. E. Destrée et E. Gallemaerts. Bruxelles, H. Lamertin, 1889.

Nous signalons avec grand plaisir ce mémoire important, qui a été couronné par l'Académie royale de Belgique. Les auteurs arrivent aux conclusions qui sont maintenant à peu près généralement admises : La désinfection doit porter particulièrement sur les produits tuberculeux (crachats, etc.) et secondairement sur tous les objets en contact habituel avec les tuberculeux. Ils pensent aussi qu'il y a lieu de traiter séparément les malades dans les services hospitaliers et que l'on doit empêcher la consommation des produits provenant de bêtes tuberculeuses. — P. Ch.

Leçons sur l'hystéro-traumatisme. — Leçons sur un cas d'hystérie male avec l'astasie-abasie, par le professeur Grasset. — Montpellier, C. Coulet. Paris, Lecrosnier et Masson.

Pour M. Grasset, les phénomènes hystéro-traumatiques rentrent dans le cadre des névroses et il les définit : une névrose générale et plus spécialement cérébrale appartenant à la famille des hystéries et développée par le traumatisme chez un sujet dont la prédisposition ne s'est pas nécessairement affirmée antérieurement par son histoire personnelle ou par son hérédité. L'auteur combat la conception de M. Charcot d'après laquelle il s'agit de paralysies par suggestion inconsciente.

Dans ses leçons sur un cas d'hystérie mâle, M. Grasset s'est attaché à démontrer que l'astasie-abasie coïncide souvent avec l'hystérie dont elle est un symptôme. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de l'asthme par la strychnine. (*Revue de thérapeutique*, 1890, 115.) — On ne s'attendait guère à voir préconiser dans le traitement de l'asthme, c'est-à-dire d'une névrose à forme convulsive, la strychnine, agent convulsivant au premier chef et stimulant énergique de l'excitabilité médullaire.

Cependant, dans une conférence faite à la *policlinique* de Philadelphie, M. Mays déclare avoir retiré les meilleurs résultats de l'emploi de cet alcaloïde contre l'asthme. L'auteur ne vise d'ailleurs que l'asthme partiel se produisant par crises au milieu d'un

(1) A rapprocher de l'opinion de M. Leloir repportée plus haut.

état général irréprochable. L'atropine a été, dans plusieurs cas, employée concurremment avec la strychnine, la première à la dose de 1/3 de milligramme, la seconde à celle de 1 milligramme, le tout sous forme d'injection hypodermique. La dose de strychnine fut graduellement portée à 2 milligrammes.

L'auteur se basait sur l'idée préconçue que l'asthme dépend d'une dépression nerveuse à laquelle la strychnine remédierait comme tonique. Le résultat, d'après lui, aurait été excellent, les excès sont devenus très vite beaucoup moins fréquents et leur intensité bien moins marquée. — P. N.

Traitement de l'ulcère de l'estomac. (*Revue de thérapeutique*, 1890, 115.) — Dans une leçon clinique sur l'ulcère de l'estomac, faite à la *Western infirmary* de Glascow, et publiée dans le *British medical Journal* (10 mai, p. 1057), M. Mc Call Anderson formule ainsi le traitement de cette affection :

Le malade sera rigoureusement au lit, le repos diminuant, comme l'on sait, les chances d'hémorrhagies. Le régime forme la base du traitement. Tout aliment stimulant ou fatigant sera sévèrement écarté. On prescrira des aliments liquides en petites quantités à la fois et fréquemment répétées. Dans la grande majorité des cas, à moins de contre-indications formelles, on donnera du lait soit seul, soit additionné de sels de potasse ou de fer. Dans certains cas, on pourra donner des préparations renfermant des aliments peptonisés, par cuillerées à soupe, toutes les quatre heures, en recommandant au patient de bien mélanger la substance avec sa salive avant de l'avaler.

Le régime de Debove sera ordonné avec cette légère modification :

Viande de bœuf peptonisée.....	25 grammes.
Magnésie calcinée.....	1 gramme.
Craie préparée.....	2 grammes.
Saccharure de fer.....	1 gramme.

A prendre en une seule fois.

On sait, en effet, que le suc gastrique se trouvant neutralisé par le régime alcalin, il ne faut plus compter sur la peptonisation par l'estomac. Les quantités à prescrire seront évidemment dictées par l'intensité des douleurs et la gravité de chaque cas. Il faut toujours ne donner que la quantité qui peut être supportée sans douleur d'un seul coup, si petite qu'elle soit; on en sera quitte pour augmenter la fréquence des prises. Si le malade ne peut supporter une seule cuillerée à café de lait, il faudra renoncer à toute alimentation par la voie de l'estomac et s'adresser sans tarder à la voie rectale. On donnera par ce moyen, toutes les quatre heures, un peu de lait peptonisé et un suppositoire de gluten; on fera en même temps sucer un peu de glace. Au besoin, on donnera des peptones en lavements.

La constipation sera combattue soigneusement par des lavements simples, ou par l'introduction d'un peu de glycérine dans le rectum.

Zimmsen a recommandé les sels de Carlsbad, et on pourra, en effet, en retirer des effets avantageux dans la plupart des cas.

Ils neutralisent, du reste, le suc gastrique dont l'acidité représente le principal obstacle à la cicatrisation de l'ulcère. On les fera prendre aux doses de 5 à 20 grammes dissous dans un quart de litre d'eau tiède, en les donnant par gorgées toutes les dix minutes jusqu'à ce que le tout soit absorbé.

Pendant la convalescence, le retour à l'alimentation devra être très prudemment surveillé; on relèvera les forces avec un peu d'arsenic.

S'il se produisait une hémorrhagie, on donnerait de la glace à sucer et l'on en prescrirait en applications au creux de l'estomac. On pourra également faire une piqûre de morphine ou d'ergotine.

En cas de douleurs trop violentes, on donnera des petites doses d'opium ou de sous-nitrate de bismuth associé à l'acide cyanhydrique. — P. N.

©BIU Santé

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LA TEIGNE TONSURANTE. — Harrison.

Potasse caustique.....		2 grammes.
Acide phénique.....		1 gramme.
Lanoline et beurre de cacao.....	ââ	45 grammes.
Essence de lavande.....		q. s. pour parfumer.

F. s. a. une pommade, avec laquelle on fait, chaque soir, une onction sur le cuir chevelu atteint de teigne tonsurante. On laisse aux cheveux une longueur d'un centimètre environ. D'après l'auteur, on constate de l'amélioration au bout de quinze jours; et jamais, même dans les cas anciens, la guérison ne se fait attendre plus de trois mois.

N. G.

COURRIER

Par décision ministérielle, en date du 22 août 1890, M. le médecin-inspecteur Mathis, a été nommé directeur du service de santé du 7e corps d'armée à Besançon, en remplacement de M. le médecin-major Weber.

— Par décision ministérielle, en date du 22 août 1890, M. Marestaing, médecin-major de première classe, a été désigné pour occuper l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Maubeuge.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Baume (de Quimper).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Bulletin bibliographique.

Les difformes et les malades dans l'art, par J.-M. CHARCOT (de l'Institut), et Paul RICHER. 1 vol. in-4° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 20 francs.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité des maladies du foie, par le docteur Georges HARLEY, professeur à l'University College de Londres; ouvrage traduit de l'anglais par le docteur Paul RODET, médecin consultant à Vittel, précédé d'une préface, par le docteur TAPRET, médecin des hôpitaux.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts.

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Congrès de 1890 ; Traitement du mal de Bright. — Traitement du diabète et des anémies. — II. Boucheron : Nerfs de l'hémisphère antérieur de l'œil. — III. Bibliothèque : Manuel de pathologie interne à l'usage des étudiants et des praticiens. — Leçons cliniques sur la grippe. — IV. Revue des journaux : Le guarana contre la diarrhée chronique. — V. Revue des maladies de l'oreille, du nez et du larynx. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

CONGRÈS DE 1890 (1)

Traitement du mal ds Bright. — Traitement du diabète et des anémies.

I

Quand il y a des accidents d'urémie, il faut chercher à provoqner des éliminations par la peau et les intestins, et M. Grainger-Stewart (2) conseille d'employer un purgatif énergique et de faire une injection de 1 centig. de pilocarpine. On complète les effets du traitement en plaçant des bouteilles d'eau chaude tout autour du malade, en le couvrant le plus possible et en lui donnant des boissons abondantes. En même temps on administre la digitale, le strophantus, ou d'autres diurétiques actifs. Il y a des cas, comme dans la grossesse, où on peut recourir aux émissions sanguines. On pourra encore, dans l'urémie à début brusque, employer le chloral, le chloroforme ou les bromures. Pour combattre l'inflammation gastro-intestinale, fréquente à une période avancée, on recourra tantôt aux cholagogues ou au calomel, tantôt au bismuth, au bicarbonate de soude et à la rhubarde.

L'élévation de la pression artérielle indiquera l'emploi de la nitro-glycérine ou des nitrites. Cependant, si le cœur est très excité ou qu'il y ait des dégénérescences vasculaires, il vaut mieux se servir de l'iodure ou du bromure de potassium.

M. Rosenstein a aussi insisté sur l'importance du régime et de l'alimentation dans le traitement du mal de Bright. Les médicaments n'ont pas d'action sur l'albuminurie et sont parfois nuisibles. La digitaline, que préconise M. Lépine, peut être utile, cependant il faut être très attentif quand on l'emploie. On ne doit pas recourir au calomel, car il provoque facilement la gangrène des gencives chez les brightiques qui ne l'éliminent pas.

Cependant il est évident que l'on doit traiter les complications : la diminution de la diurèse, l'affaiblissement du cœur. Le mieux, dans ces cas, est de condamner les malades à rester dans une chambre chaude ou même au lit. Souvent le lait entraîne des troubles du côté de l'estomac, et, de plus, en provoquant une diurèse trop énergique, il gêne le repos du ma-

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 juillet 1890.

(2) Pour le commencement de la communication de M. Grainger-Stewart, voyez l'*Union médicale* du 28 août.

©BIU Santé

lade pendant la nuit. Il suffit souvent de faire transpirer au lit pour faire perdre au corps une dixaine de kilog. en huit à dix jours.

M. Senator partage l'opinion de M. Rosenstein et regarde tous les médicaments comme impuissants dans l'albuminurie; l'hygiène et l'alimentation sont seuls importants. Cependant l'iodure de potassium est très utile et c'est aussi l'avis de M. Aufrecht. Insuffisant dans la néphrite parenchymateuse, il a une action très nette dans la néphrite interstitielle des artério-scléreux. Il peut faire disparaître l'albuminurie et la polyurie. Au contraire, le lait est indiqué dans la néphrite parenchymateuse où la soif est peu marquée. Il faut l'éviter dans la néphrite interstitielle avec polydipsie.

II

M. Dujardin-Beaumetz (1) a exposé magistralement le *traitement du diabète*. Il faut abandonner la distinction scolastique du diabète et de la glycosurie, et confondre dans une même description ces deux dénominations, surtout si l'on se place au point de vue du traitement. Le pronostic du diabète réside en entier dans les résultats que l'on obtient par un régime alimentaire rigoureux, et tout diabétique, qui après avoir suivi rigoureusement une hygiène appropriée pendant une quinzaine de jours fait disparaître complètement le sucre de ses urines, peut être considéré comme atteint d'un diabète léger. On peut alors faire éviter au malade toutes les conséquences et toutes les complications qui surviennent chez les diabétiques. Quand, au contraire, malgré la rigueur du traitement, on n'abaisse le chiffre du sucre en vingt-quatre heures que d'une quantité minime, on peut affirmer que le diabète est grave et qu'il suivra une marche rapide.

Il y a enfin les diabétiques de moyenne intensité; ce sont les malades chez lesquels on ne fait jamais disparaître le sucre des urines; il s'en élimine toujours 10 à 15 grammes en vingt-quatre heures. Chez ces malades, le pronostic est plus favorable que dans les cas de diabète grave, mais il survient, souvent à une époque très éloignée du début, des accidents cérébraux, en particulier du ramollissement.

La disparition complète et définitive du sucre est exceptionnelle dans le diabète. En règle générale, si un traitement approprié fait disparaître le sucre dans les urines, le malade n'en garde pas moins une prédisposition à voir le sucre augmenter dans le sang, et, s'il abandonne son régime, la glycosurie apparaît.

Quand aux différences individuelles que présente la sécrétion du sucre chez les diabétiques, elles offrent des faits assez curieux. D'abord, c'est la difficulté où l'on est de rendre glycosurique un individu non prédisposé au diabète. Ensuite, si l'on peut faire disparaître le sucre des urines des diabétiques, on ne peut pas augmenter chez ces malades d'une façon proportionnelle la quantité qu'ils éliminent. Si tel malade, sans régime spécial, élimine par exemple 150 grammes de sucre et qu'on le mette aux féculents, la quantité de 150 grammes n'est pas ou est à peine dépassée. Enfin on peut voir, même avec un régime alimentaire rigoureux, reparaître le sucre dans les urines. Le facteur le plus actif dans cette réapparition réside dans l'influence des fonctions intellectuelles, des émotions trop vives.

(1) M. Dujardin-Beaumetz a bien voulu nous donner le texte de son rapport, dont nous reproduisons les principaux passages.

Le traitement du diabète comprend à la fois un traitement pharmaceutique et un traitement diététique, ce dernier beaucoup plus important.

La suppression des féculents et des sucres est le plus actif des agents curatifs du diabète. L'accord paraît absolument unanime sur la nécessité de faire prédominer les graisses dans l'alimentation. La privation presque absolue des féculents, et en particulier du pain, est un des points les plus délicats de la bromotologie du diabétique. Le pain est, en effet, un élément presque indispensable et on s'est efforcé de le remplacer dans l'alimentation du diabétique. L'emploi de pain de gluten est un grand progrès ; malheureusement il y a pain de gluten et pain de gluten, et l'analyse chimique a montré que l'on trouvait dans le commerce, sous le nom de pain de gluten, du pain renfermant presque autant de fécule que le pain ordinaire; on peut dire que plus le pain de gluten est agréable, plus il contient de fécule. Le pain de *soja* est meilleur, malheureusement son emploi sera toujours limité par suite du goût spécial et un peu fort de l'aliment.

Sous le nom de *fromentine* et de légumine on a utilisé les embryons de blé ou des légumineuses. Ils contiennent, ainsi que le soya, une huile purgative qui rend dans les deux cas la panification difficile. Les pâtes de gluten contiennent autant de matière saccharifiable que les pâtes ordinaires et il ne faut pas les prescrire.

On peut substituer la pomme de terre au pain de gluten à poids égal, mais il ne faut pas l'introduire dans le régime du diabétique autrement que comme succédané du pain. La croûte de pain contient plus de matière saccharifiable et féculente que la mie, mais on mange beaucoup moins de croûte que de mie, surtout le diabétique qui a beaucoup de dents mauvaises. Il faut défendre tous les fruits, dont le sucre passe très facilement dans les urines. Le lait doit être proscrit, car il augmente le sucre et amène la polyurie. Quand il y a de l'albuminurie, c'est alors une affaire de tact, et, pour permettre ou défendre le lait, on se basera sur les manifestations qui prédominent.

La prescription des boissons offre un grand intérêt dans le régime des diabétiques. Ces malades sont, par le fait de leur affection, de grands buveurs; ce sont, de plus, des individus qui supportent sans ivresse des doses parfois considérables d'alcool, et cela, grâce à l'activité fonctionnelle de leurs reins, qui leur permet de l'éliminer facilement. On ne sera pas étonné de rencontrer très souvent l'alcoolisme chez les diabétiques; aussi, il est bon de défendre l'alcool, les liqueurs et les vins alcooliques, et de ne permettre que du vin coupé. Les bières doivent être prises avec beaucoup de ménagement et il faut défendre absolument les extraits de malt et les bières de malt. Le thé, le café, les préparations de kola, le maté sont, au contraire, très favorables dans l'hygiène des diabétiques. La saccharine constitue un très grand progrès dans cette hygiène et M. Dujardin-Beaumetz n'a trouvé que des avantages dans son emploi. Quelquefois, elle cause des douleurs gastriques, mais cela est tout à fait exceptionnel. Grâce à la saccharine, l'on peut donner toutes les boissons stimulantes d'une façon fort agréable. Elle peut même se prêter à quelques usages culinaires et a permis de supprimer l'emploi de la glycérine.

L'hygiène de la cavité buccale est très importante. La plupart des diabétiques sont atteints d'une gingivite purulente qui peut être le point de départ de phénomènes infectieux. Il faut que les malades se rincent la bouche, à la fin des repas, avec des solutions antiseptiques.

©BIU Santé

Les fatigues prolongées sont nuisibles aux diabétiques, mais on doit cependant leur faire faire un peu d'exercice, de la gymnastique, du jardinage, de la menuiserie même. L'hydrothérapie est un précieux adjuvant de la médication hygiénique.

Il y a peu de choses nouvelles sur l'emploi des eaux thermales dans le diabète, et ce sont toujours les eaux alcalines, carbonatées sodiques et les eaux arsenicales qui occupent le premier rang.

Bien des opinions ont été émises pour expliquer les effets des eaux alcalines dans le diabète. Il est probable qu'elles agissent non pas sur le foie, mais sur la nutrition en général.

M. Dujardin-Beaumetz ordonne à ses malades de prendre, avant chaque repas, dans un verre d'eau alcaline légèrement gazeuse (Vichy, Hauterive, Vals, Saint-Jean ou Rigolette), une des doses suivantes : Carbonate de lithine, 10 grammes en trente doses.

Le progrès le plus considérable introduit dans la médication pharmaceutique du diabétique est l'emploi des antithermiques analgésiques. On avait déjà démontré que certains médicaments qui agissent sur l'axe cérébro-spinal, comme la quinine et le bromure de potassium, donnent souvent de bons résultats. Les médicaments antithermiques ont la même action. On peut les grouper en trois classes : les premiers abaissent la température en agissant directement sur le système nerveux; les seconds ont cet effet en diminuant le pouvoir respirateur du sang; enfin, les troisièmes ont une double action à la fois sur le système nerveux et sur les globules sanguins. C'est au premier de ces groupes qu'il faut s'adresser si l'on veut influencer la sécrétion urinaire et l'antipyrine est la substance qui donne les résultats les meilleurs à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

D'autres médicaments ont encore été conseillés contre le diabète insipide. Trousseau avait beaucoup vanté la valériane; Bucquoy s'est bien trouvé du seigle ergoté, qu'il donne à la dose de 75 centigrammes par jour, et chez un polyurique qui urinait quatorze litres par jour, il a abaissé la quantité d'urine à deux et trois litres.

On peut obtenir aussi des effets anuriques avec la phénacétine, l'oxalgine et l'acétanilide.

M. Dujardin-Beaumetz ne pense pas qu'il faille, chez les diabétiques, maintenir le régime alimentaire avec rigueur pendant un trop long temps. Pendant les premiers mois, on doit être très sévère, mais, dès que l'on a observé la disparition du sucre ou une diminution très considérable de la quantité éliminée, on peut devenir moins strict. Souvent, en effet, un régime trop rigoureux affaiblit le diabétique et, dans de très nombreux cas, il n'y a que des avantages, lorsque le taux de l'élimination journalière est arrivé à 10 grammes, à permettre un peu de pain, quelques pommes de terre ou des fruits.

Pour M. Pavy, dans le diabète, il y a toujours glycémie, et il faut la diminuer. Elle se produit non parce que le sucre ne se détruit pas suffisamment, mais parce qu'il pénètre dans la circulation générale sous une forme anormale. On doit tâcher de modifier le pouvoir d'assimilation pour les aliments amylacés : l'opium, la morphine et la codéine sont les meilleurs médicaments à employer dans ce but.

M. Seegen distingue deux formes de diabète. Le diabète gras est le moins grave et est caractérisé par ce fait que le malade ne rend du sucre

par les urines que s'il absorbe du sucre ou des hydrocarburés. Dans le diabète maigre, le régime animal le plus sévère ne suffit pas pour amener la disparition de la glycosurie. Les deux diabètes peuvent se succéder, mais cela est assez rare, et généralement un même malade présente toujours la même forme.

Pour M. Seegen, la première forme est hépatogène et se produit parce que les cellules hépatiques ne font plus subir aux hydrocarbonés les transformations normales, soit qu'il n'y ait plus de formation de glycogène, soit que ce glycogène ne puisse être utilisé convenablement.

Le glycogène ne joue aucun rôle dans la seconde forme et on peut admettre qu'alors le sucre du foie n'est plus oxydé dans les tissus. Dans ce dernier cas, toutes les cellules de l'organisme sont malades et cela explique les différences du pronostic.

Très fréquemment, on trouve des désordres nerveux dans l'étiologie de la forme grave : émotions morales, chagrins, troubles psychiques, mélancolie, etc.

Le diabète pancréatique est certain, mais nous ne pouvons l'expliquer.

La morphine fait diminuer le sucre dans les deux diabètes; l'eau de Carlsbad convient dans les formes légères.

M. Seegen a bien vu les hydrocarbonés diminuer ou faire disparaître le sucre, mais il n'a jamais observé de guérison complète. Le régime doit être sévère, mais non exclusif dans la forme légère, et on peut permettre les légumes verts, 40 à 60 grammes de pain par jour. Le régime azoté exclusif permet de savoir si l'on se trouve en présence d'un diabète léger ou grave, car la glycosurie ne cesse pas complètement dans le second.

M. Cantani a soutenu avoir obtenu beaucoup de guérisons. Il est vrai qu'il admet que, en Italie, les diabètes alimentaires sont fréquents, tandis que, en France et en Allemagne, les diabètes névrogènes dominent et on ne peut les guérir. L'opium est mauvais, car il ne diminue le sucre que par la diminution de l'absorption et l'affaiblissement des malades.

M. Lépine a insisté sur la démonstration qu'il a donnée de l'existence d'un ferment glycolytique qui diminue dans le diabète.

Enfin, MM. De Renzi et Henrico Reale ont rapporté des expériences d'après lesquelles le diabète peut être produit par l'extirpation non seulement du pancréas, mais du duodénum et des glandes salivaires. Ils tendent à admettre l'existence d'un ferment se trouvant en quantité inégale dans les différents organes et détruisant le sucre.

III

M. Laache a fait un rapport au Congrès de Berlin sur le *traitement des anémies*. Il faut, en premier lieu, s'efforcer de combattre les conditions étiologiques défectueuses et chercher tout ce qui a pu donner naissance à l'anémie. Cependant, comme souvent la maladie continue à évoluer, bien que sa cause soit supprimée, il faut instituer une thérapeutique qui, malheureusement, est presque toujours empirique.

Les conditions hygiéniques doivent d'abord être les meilleures possibles. Dans certains cas, le repos au lit est nécessaire; il en est ainsi dans l'anémie pernicieuse, l'anémie grave post-hémorrhagique, beaucoup de chloroses. L'exercice, la gymnastique, l'hydrothérapie froide seront souvent indiqués. Par contre, Laache recommande d'être très réservé dans l'emploi des bains de mer.

©BIU Santé

L'alimentation carnée doit dominer. Mais il ne faut pas conseiller un régime exclusif, afin d'éviter de causer le dégoût qui survient facilement. La suralimentation par les produits artificiels est peu utile.

Le fer est le premier des médicaments. Son indication certaine est la chlorose vraie, pure. On peut alors le regarder comme un spécifique. On ne sait pas quel est le mécanisme de son action. Il est peu probable cependant, qu'il soit simplement un hémostatique pour l'intestin. La meilleure préparation semble être le tartrate ferrico-potassique employé à assez fortes doses. Lorsque l'estomac malade ne les supporte pas, on peut essayer du lactate et du carbonate de fer, de l'albuminate de fer soluble. De petites doses de fer, comme celles qui sont contenues dans les eaux minérales suffisent souvent. Pour les indications du traitement, il ne faut pas trop se fier aux résultats que donne la numération des globules et ne pas cesser le médicament parce que, en quelques jours, la proportion des hématies augmenterait. Si dans ces cas, on suspendait le fer, la récidive se produirait très rapidement. Les globules ne reprennent leur nombre normal qu'après deux mois au moins et souvent d'avantage. Les récidives sont très fréquentes dans la chlorose, d'abord parce que le traitement est souvent mal suivi, ensuite parce qu'il y a fréquemment des malformations de l'appareil circulatoire ainsi que l'a montré Virchow.

L'arsenic a une action remarquable dans l'anémie pernicieuse progressive qui, on le sait maintenant, peut parfaitement guérir. Cependant la maladie retrocède parfois spontanément. D'autre part, il ne faut pas désespérer, même quand le pronostic semble très mauvais. En effet, dans le cours de l'anémie pernicieuse, il y a des sortes de crises pendant lesquelles les malades deviennent très faibles et délirent ; parfois il y a en même temps une teinte ictérique de la peau. Tantôt alors la mort arrive, tantôt le malade reprend des forces et son état s'améliore même très rapidement. M. Laache a observé un fait dans lequel les globules rouges augmentaient chaque jour de 310,000 par m. m. c. Même dans ces cas, la récidive peut survenir et entraîner une mort rapide.

On ignore aussi le mode d'action de l'arsenic. Le fer est surtout utile lorsque l'hémoglobine est diminuée bien plus que le nombre de globules. Dans l'anémie pernicieuse, c'est plutôt le contraire, l'hémoglobine est très abaissée, mais chaque globule est cependant plus foncé qu'à l'état normal.

D'autre part Stierlin a montré que l'arsenic diminue le pouvoir colorant du sang chez les enfants. Il fait baisser aussi le nombre des globules blancs, aussi est-il utile dans la leucémie.

On a employé encore dans les anémies, l'acide chlorhydrique, la quinine, le soufre, l'huile de foie de morue, etc. Les laxatifs sont parfois utiles dans la chlorose et, d'après Andrew Clarke, cette maladie serait une anémie fécale succédant à une auto-infection intestinale.

M. Morado a vanté le bichromate de potasse, 1 à 5 milligr. La transfusion a été mise en usage dans l'anémie post-hémorrhagique et l'anémie pernicieuse. On peut employer aussi la transfusion de solution de sel marin ou l'injection de sang sous la peau. Le sang bu à l'abattoir est indigeste.

Bien des choses ont été essayées et Faye et Wilhelm ont publié des observations dont il résulte qu'ils ont pu améliorer l'état de la nutrition à l'aide de petites saignées répétées souvent. On peut dire bien justement que les extrêmes se touchent.

M. Von Noorden a vu, comme M. Laache, un cas d'amélioration subite

dans une anémie pernicieuse qui durait depuis longtemps. Au troisième jour après le début de l'amélioration, le sang renfermait une quantité considérable de globules blancs et de globules rouges à noyaux. Il s'agissait d'un processus de régénération et, deux jours après, le nombre des globules blancs était normal et il n'y avait plus ni globules rouges à noyaux, ni mégaloblastes.

M. Marigliano insiste sur ce point que le sérum sanguin est souvent nuisible pour les globules, et M. Letten, tout en recommandant de pratiquer très souvent des examens du sang, ne pense pas que ces examens microscopiques suffisent pour établir un pronostic sûr. Ainsi que M. Karnig, il se loue de l'emploi de l'arsenic. Ce dernier fait remarquer que souvent les troubles gastro-intestinaux en rendent l'administration difficile ; dans ce cas, il faut recourir aux injections sous-cutanées. On pourra injecter chaque jour, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, une demi-seringue de Pravaz de la solution suivante : Liqueur de Fowler, 5 gr., eau distillée, 10 gr.

Relativement à l'examen du sang, M. Ehrlich n'accorde pas aux poikilocytes d'importance pour le pronostic. Il y a deux formes de globules rouges à noyaux : les normoblastes et les mégalo ou gigantoblastes. Les normoblostes ont la grandeur des globules rouges normaux et la forme d'un chapeau de champignon. Leurs noyaux les quittent et forment un nouveau globule rouge. C'est donc un processus de régénération.

Les mégaloblastes, beaucoup plus grands, résorbent leur noyau. Dans l'anémie pernicieuse, il y a quelques mégaloblastes ; dans les maladies secondaires, les normoblastes sont en grand nombre. Dans une troisième forme, le nombre des leucocytes est en somme diminué et les globules blancs conisophélis font défaut ainsi que les globules rouges à noyau. Dans cette dernière forme, la moelle osseuse n'est pas rouge, mais jaune.

M. Bozzolo a eu à soigner un grand nombre d'anémies du Gothard, causées par l'ankylostome duodénal. Il n'y a pas, pendant leur cours, d'hémorrhagies rétiniennes. Le thymol, à la dose de 8 à 12 gr. par jour, en trois fois, lui a donné de très bons résultats. Ce traitement guérit les malades, qui rendent alors un grand nombre de parasites. Lorsque l'anémie persiste après l'expulsion des ankylostomes, l'acide chlorhydrique amène souvent la guérison.

L'anémie, d'après M. Dehio peut aussi être produite par bothriocephalus latus. Il a trouvé des altérations du sang, identiques à celles qui existent dans l'anémie pernicieuse ; le nombre des globules rouges est moindre et ils sont plus foncés. L'extrait de fougère est un excellent médicament. Cependant il a échoué quatre fois.

Terminons en mentionnant une communication de M. Mayet relative à *l'action du chloral sur les globules du sang*. Au vingtième, les solutions ne détruisent pas les globules. On pourrait employer les injections intraveineuses dans les cas de tétanos menaçants, dans l'éclampsie urémique, dans la rage, pour empêcher le malade d'avoir les crises, dans des maladies très douloureuses où la morphine échoue ou ne peut être employée. On pourrait injecter 20 gr. trois à six fois par jour. *(A suivre.)*

©BIU Santé

Nerfs de l'hémisphère antérieur de l'œil (1).

Par M. Boucheron.

Depuis que la névrotomie optico-ciliaire est entrée dans la pratique chirurgicale, il est intéressant de connaître exactement la disposition de tous les nerfs ciliaires.

On a remarqué qu'après la névrotomie en arrière de l'œil, il persiste un certain degré de sensibilité à la circonférence de la cornée et à la conjonctive. Il était à supposer que cette sensibilité est due à des nerfs superficiels de la sclérotique et de la conjonctive, nerfs d'une autre provenance que celle des nerfs ciliaires profonds.

M. Boucheron démontre l'existence de ces nerfs ciliaires superficiels, et aussi des nerfs ciliaires externes, qui ne sont pas constants, à l'aide de la méthode de l'or. Dès lors on comprend que la cornée résiste après la névrotomie optico-ciliaire, grâce à l'action trophique de ces nerfs superficiels.

Les nerfs ciliaires superficiels, qui suppléent l'innervation des nerfs profonds coupés, sont constitués par un tronc nerveux, détaché des nerfs orbitaires, de la grosseur d'un nerf ciliaire profond. Il aborde la sclérotique et se divise en un bouquet de quatre à cinq branches, dont l'une, perforante, pénètre à travers la sclérotique en allant à la rencontre du nerf ciliaire profond, avec lequel elle entrecroise ses fibres, pour former un plexus annulaire à la cornée, *plexus scléral interciliaire*. Les autres branches s'étalent sur l'épisclère et forment un plexus *épiscléral*, d'où partent de nombreux ramuscules perforants, plongeant dans la sclérotique, pour rejoindre les nerfs cornéens profonds.

Certains nerfs superficiels proviennent des nerfs sensitifs musculaires, spécialement de la branche innervant le tendon : ce sont les nerfs du *tendon des muscles droits*, dont la disposition en escalier est à noter ainsi que les anastomoses avec les plexus scléraux.

Il y a des branches, non décrites, des nerfs ciliaires, qui vont se distribuer à l'espace pectiné, ou espace de Fontana ; ces *nerfs pectinés* proviennent de la branche irienne et des branches du plexus scléral interciliaire. Les fibres nerveuses émanées de ces sources forment un plexus à la voûte de l'espace, un autre plexus sur le plancher, reliés par des fibres courant le long des piliers, entre le plancher et la voûte.

Ces fibres nerveuses sont accolées aux durs piliers pectinés, ou enroulées autour de ces piliers d'un tour et même de deux tours. Ces enroulements de fibres nerveuses sont comparables aux enroulements des corpuscules du tact de la peau et de la conjonctive, et méritent ici le nom de *corpuscules de tension*.

C'est qu'en effet, l'application stricte de la fibre nerveuse contre le corps dur du pilier a pour résultat ceci, que lors d'une augmentation de tension oculaire, la fibre nerveuse est comprimée immédiatement et transmet cette impression à ce centre nerveux.

Les nerfs de l'espace pectiné seraient l'organe régulateur principal de la tension — le rôle accessoire serait réservé aux fibres nerveuses cornéennes près de la membrane de Descemet.

Les fibres des nerfs de l'hémisphère antérieur du globe de l'œil concourent, à l'exception des nerfs ciliaires profonds, à la conservation de la sensibilité récurrente de la cornée après la névrotomie optico-ciliaire.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel de pathologie interne a l'usage des étudiants et des praticiens, par C. Vanlair. — Liège, et Paris, O. Doin, 1890.

C'est un véritable tour de force que vient d'accomplir M. Vanlair en conduisant, dans un volume d'à peu près 1,000 pages, toute la pathologie interne. Ce qui est encore plus remarquable, c'est que chaque article a exactement l'étendue qui convient à l'importance du sujet qui y est traité. Enfin, aucune maladie n'est passée sous silence, et l'on

(1) Note communiquée à la Société de biologie.

y trouve l'indication et la description en quelques lignes de l'arthrogrypore, de l'œdème intermittent, du vertige de Gerlier.

Les maladies des fosses nasales et du larynx, les maladies mentales, les empoisonnements, les maladies des organes génitaux-urinaires sont compris dans l'ouvrage. La thérapeutique est traitée avec les plus grands détails, et pour une maladie importante, la fièvre typhoïde, par exemple, l'auteur étudie successivement le traitement prophylactique, le traitement de la maladie, le traitement des symptômes, la diététique et, enfin, le traitement des complications.

En tête de chacune des grandes divisions de l'ouvrage, quelques pages sont consacrées à l'exposé de considérations anatomiques et physiologiques relatives au système dont on va étudier les maladies; enfin, les procédés d'exploration clinique ne sont eux-mêmes pas négligés.

Ce qui a permis à M. Vanlair d'être complet, malgré la grande quantité de matières qu'il avait à traiter, c'est qu'il a répudié toute phrase inutile et que, tout en étant clair, il a su être bref. — P. Ch.

Leçons cliniques sur la grippe, par le docteur A. Villard, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, recueillies par le docteur Oddo, chef de clinique. — Paris, G. Masson, éditeur.

L'auteur fait d'abord ressortir ce fait que l'exposé symptomatique de la grippe ne peut être fait de manière à répondre à tous les cas; de plus, il y a, chez un même malade, trop de phénomènes divers, même quand on se trouve en présence d'une prédominance symptomatique, pour que l'on puisse classer les formes en division répondant aux grands appareils. Se basant sur ces considérations, M. Villard admet donc simplement une forme bénigne, une forme grave et une forme moyenne qu'il décrit successivement.

Dans les leçons suivantes sont étudiés l'influence de la grippe sur les maladies antérieures, le diagnostic, etc.

M. Villard voudrait que l'on conservât le mot d'influenza, ce mot indiquant une espèce nosologique comprenant deux formes : la dengue, ou influenza des pays chauds; la grippe, ou influenza des pays froids ou tempérés.

Nous recommandons la lecture des leçons relatives à la pneumonie grippale et à la grippe infantile qui terminent le volume.

Ces leçons montrent que la future Faculté de Marseille aura dans M. Villard un professeur éminent. — P. N.

REVUE DES JOURNAUX

Le guarana contre la diarrhée chronique. (*Revue de thérap. médico-chir.*, 1890, 13.) — F. Shinn attire l'attention sur l'action énergique du guarana en poudre contre la diarrhée chronique. Il rappelle le cas décrit par Fraser; il s'agit d'un homme qui, depuis deux ans, souffrait de diarrhée intense (huit à douze selles en vingt-quatre heures) et qui, grâce au guarana (un ou deux cachets en vingt-quatre heures) fut rétabli complètement après quelques jours de traitement, ayant pris en totalité huit cachets; les garde-robes n'eurent lieu que toutes les vingt-quatre, trente-six heures. Il est à regretter que, dans cette note, ne se trouve pas indiqué le dosage; l'auteur parle tout le temps de « cachets » sans indiquer d'une manière précise la quantité de guarana contenue dans chacun d'eux. — P. N.

REVUE DES MALADIES DE L'OREILLE, DU NEZ ET DU LARYNX.

Sommaire : Le phlegmon infectieux du pharynx. — Lésions de l'oreille causées par les bains froids. — Septième Congrès de la Société américaine de rhinologie.

Une nouvelle maladie infectieuse a fait, il y a quelque temps, une apparition sur l'ho-

©BIU Santé

rizon médical, c'est le *phlegmon infectieux du pharynx* découvert par Senator (1) et dont l'existence a naturellement été rapidement confirmée par d'autres observations anciennes et nouvelles.

Le phlegmon du pharynx débute par des symptômes généraux fébriles auxquels se joignent rapidement de la dysphagie et des douleurs cervicales. Bientôt apparaît de l'enrouement, la respiration s'embarrasse, puis enfin des trouble spsychiques assez marqués précédent de peu la mort, qui est fatale.

La cause de la maladie est inconnue.

En fouillant la littérature, Senator a déniché une observation publiée par Cruveilhier dans son anatomie pathologique, et plusieurs autres recueillies par Sestier.

De leur côté Landgraf et Baruch se sont empressés de publier deux cas nouveaux. Le premier a vu son malade mourir de « paralysie aiguë du cœur ». Quant au cas de Baruch, il était regardé par lui comme se rapportant à un érysipèle du pharynx et du larynx. La publication de Senator a seule permis de donner à l'observation un véritable titre.

Malgré tout, il nous semble que le phlegmon du pharynx n'est pas encore près de figurer dans les traités classiques.

***

Les *Archives de médecine militaire* insistaient récemment, d'après les rapports de la statistique médicale de l'armée allemande traduits par M. Nimier sur les *Lésions de l'oreille causées et aggravées par les bains froids*. Le séjour de l'eau froide dans le conduit auditif externe suffit, chez certains sujets, pour réveiller ou provoquer une myringite suivie d'otite moyenne.

D'autres fois, l'otite est consécutive à une salpingite causée par la pénétration du liquide dans les fosses nasales et les trompes d'Eustache. Ces otites, qu'elles aboutissent ou non à la suppuration, sont en général d'un pronostic favorable, si toutefois elles sont suffisamment soignées. Il en est de même des ruptures du tympan que l'on observe chez les plongeurs. Ici encore, la membrane se rompt, soit sous l'effort d'une compression externe exagérée due à l'entrée de l'eau dans le conduit auditif, soit par suite d'un excès subit de pression dans l'intérieur de la caisse, lorsque, au moment du plongeon, l'homme plus ou moins effrayé fait une profonde inspiration suivie sous l'eau d'une brusque expiration.

La statistique sanitaire de l'armée allemande démontre bien l'influence des bains froids sur la fréquence des lésions de l'oreille qui, grâce à eux, pendant le semestre d'été, ne sont pas plus rares qu'en hiver.

Tandis qu'en mai, la moyenne des affections de l'oreille pour 1,000 hommes est 0,47 et en janvier 0,80, on a en juin 0,64, juillet 0,89, août 0,59.

Comme prophylaxie des affections auriculaires causées par la balnéation, il est prescrit dans l'armée allemande ;

1° De ne pas conduire les hommes au bain après une exercice fatigant;

2° De faire porter, pendant le bain, des tampons d'ouate dans les oreilles;

3° De défendre absolument toute taquinerie entre les baigneurs;

4° De recommander aux hommes de ne pas incliner la tête sur une épaule quand ils sautent à l'eau;

5° De ne pas apprendre à nager à tous les hommes qui ont des écoulementss d'oreille ou une perforation du tympan, même si elle est guérie; chez eux, il ne doit être question que de bains de propreté.

***

Au 7e Congrès de la Société de rhinologie d'Amérique (analysé in *Revue de laryngologie*, 1890, 7), nous relevons une communication de M. Dress sur quelques cas de *névroses réflexes d'origine nasale*. Dans le premier cas, il s'agit de troubles du cœur, de l'estomac et des poumons déterminés par une affection nasale; celle-ci guérie, les

(1) *Berlin. Rhin. Worch.*, 1888, 5, 6 et 13.

phénomènes réflexes disparurent également. Dans le second cas, il s'agit d'incontinence coïncidant avec un catarrhe chronique des fosses nasales et qui disparut par le seul traitement de la maladie du nez; dans la troisième observation, il s'agit d'un cas d'épilepsie d'origine nasale.

Il faut encore citer le travail de M. C. Moore (d'Indianopolis) relatif aux *symptômes oculaires réflexes dans les affections nasales*. Un certain nombre de symptômes oculaires, larmoiement, photophobie, hypérémie conjonctivale, s'observent chez certains malades sans que l'examen de l'œil révèle aucune anomalie; la vision est normale, la conjonctive saine, les points lacrymaux bien placés et les conduits lacrymaux libres. Dans les cas de ce genre, le traitement de l'affection nasale amène la guérison des symptômes oculaires que n'avait pu améliorer le traitement dirigé contre l'affection des yeux.

Dans les cas rapportés par l'auteur, les symptômes présentés par les malades étaient les suivants :

1° Sensation de brûlure et de cuisson aux paupières, le matin surtout;
2° Difficulté pour distinguer un objet à la lumière ordinaire du jour;
3° Accroissement de la vascularisation de la conjonctive et larmoiement à l'exposition à l'air;
4° Œil et annexes sains;
5° Impuissance du traitement oculaire; efficacité du traitement nasal.

Enfin, M. Gordon a lu un mémoire intitulé : *Mesures thérapeutiques en rhinologie*. Après le traitement chirurgical des tissus hypertrophiés, le traitement local curatif doit être fait à de courts intervalles, pendant un ou deux ans et quelquefois plus longtemps.

On doit employer l'huile de vaseline, avec de petites doses d'eucalyptol ou des substances analogues. Les astringents sont peu utiles. Quand l'huile de vaseline ne réussit pas, l'eau salée ou la solution de Dobell rendent des services.

Pour empêcher pendant la nuit la respiration buccale, Gordon recommande aux malades un petit instrument en celluloïd qui s'applique exactement entre les lèvres et les dents.

Dans la rhinite atrophique, après l'ablation des sécrétions, il se trouve bien de l'application sur la muqueuse, desséchée ou même ulcérée, d'une solution de résorcine (4 gr. pour 30). Dans les formes les plus tenaces de catarrhe nasal, il emploie des suppositoires composés de 95 p. 100 de glycérine et 4 p. 100 de stéarine. La glycérine solidifiée est placée de manière à venir en contact avec la muqueuse atrophiée des ulcères. La glycérine, à cause de son activité bien connue pour l'eau, détermine un abondant écoulement de mucosités.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 août. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend des plis cachetés de M. Autran et de M. le docteur H. Barré.

Le drainage dans les pyopneumothorax. — M. Hache (de Beyrouth) lit l'observation d'un malade âgé de 20 ans, qui, après avoir reçu un coup de couteau dans la région dorsale, eut de la dyspnée, puis des accès de fièvres quotidiens. Bientôt la plaie se transforma en une fistule qui laissait sortir du pus très fétide.

La fistule était entourée d'une zone tympanique et il y avait du souffle cavitaire et du traitement métallique à son niveau. Il s'agissait donc d'une pyopneumothorax enkysté que M. Hache traita par le drainage et les lavages au bi-iodure. La guérison fut très rapide.

Il est très important dans le traitement des foyers purulents de la plèvre de drainer et de supprimer rapidement les lavages. Chez des malades qui ont subi l'opération de

©BIU Santé

Létiévant-Estlander, il est probable que souvent le drainage parfait de la cavité a pris un rôle aussi important que la résection costale.

Pour M. Hache, les résections costales multiples ne sont indiquées que quand les côtes sont absolument au contact.

Dans tous les autres cas, la guérison doit d'abord être cherchée par l'évacuation absolue et permanente du foyer, qui favorise à la fois la rétraction costale et l'expansion pulmonaire.

FORMULAIRE

PILULES ANTIDYSENTÉRIQUES. — Boudin.

Ipéca pulv.....	0 gr. 30	centigr.
Protochlorure de mercure.....	0 gr. 03	—
Extrait gommeux d'opium.....	0 gr. 06	—

F. s. a. trois pilules, à donner d'heure en heure, dans le cas de diarrhée ou de dysenterie des pays chauds. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gavarret, professeur à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général honoraire des Facultés de médecine.

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Bulletin bibliographique.

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 320 pages. — Cartonné, prix : 3 francs.

Cet ouvrage se trouve chez Georges Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Association française pour l'avancement des sciences. — 18e session. — Compte rendu.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

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 :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. Congrès de 1890 : Dermatologie et syphiligraphie. — III. Bibliothèque : Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — Anatomie topographique du duodénum et hernies duodénales. — IV. Revue de l'antisepsie. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Chancre syphilitique : Différentes variétés.

L'aspect du chancre, malgré qu'on y retrouve presque toujours ses deux éléments caractéristiques, induration et ulcération, est loin d'être toujours le même; il varie considérablement suivant que sont plus ou moins développées les proportions absolues, les proportions relatives de l'ulcération et de l'induration. Il faut bien savoir que, dans certains cas, rares, il est vrai, l'un ou l'autre des deux éléments peut faire défaut. L'induration peut exister sans ulcération; plus fréquemment, c'est l'inverse qu'on observe, et l'ulcération sans induration, pour être moins fréquente chez l'homme que chez la femme, n'est cependant pas absolument rare chez celui-ci; ces chancres sans induration constituent les chancres dits érosifs, et ont reçu aussi le nom de chancres épithéliaux, érythémateux, desquamatifs. Ces chancres érosifs ressemblent beaucoup aux érosions simples; cependant on y retrouve souvent la rougeur caractéristique et le petit bourrelet de circonvallation que je vous ai signalé comme constituant une des caractéristiques de l'ulcération chancreuse. La rougeur d'érosions de ce genre peut être noyée au milieu de rougeurs et d'ulcérations de nature inflammatoire simple, de celles de l'intertrigo, par exemple (chancre intertrigineux) et alors sa nature échappe facilement.

L'ulcération chancreuse, au lieu d'être constituée par une simple érosion superficielle, peut tout au contraire creuser plus ou moins profondément; cette tendance à l'ulcération profonde s'observe surtout à la suite d'irritations répétées de la surface du chancre ou sous l'influence d'un mauvais état général; il se produit alors un processus nécrobiotique moléculaire ou massif rappelant celui qu'on observe dans les périodes avancées de la syphilis, dans les lésions tertiaires et les gommes; le fond d'un tel chancre est facilement pultacé, gangréneux; les bords deviennent élevés, parfois véritablement taillés à pic; si le processus est très intense, il peut se former des cavités considérables, de véritables cratères (chancres cratériformes); de tels chancres peuvent détruire jusqu'au canal de l'urèthre et donner lieu à la production de fistules urinaires; il est rare qu'on ne retrouve autour de ces ulcérations profondes l'induration cartilaginiforme; souvent même celle-ci est très accusée.

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 14 et 26 août 1890.

©BIU Santé

Le peu de développement de certains chancres, dont les dimensions n'atteignent pas même celles d'une lentille, leur a valu la qualification de chancres nains; il en est d'autres qu'on pourrait appeler géants dans lesquels le noyau d'induration est à ce point volumineux qu'il éveilla plus d'une fois dans l'esprit des observateurs l'idée d'une tumeur plutôt que celle d'un accident initial de la syphilis; il est vrai de dire que de tels noyaux d'induration sont plus communs dans les chancres extra-génitaux que dans ceux développés sur les organes génitaux.

Certains chancres, par leur forme spéciale insolite, sont susceptibles d'induire aisément en erreur un observateur insuffisamment prévenu des déviations considérables que peut subir le type classique du chancre syphilitique; ici, c'est un groupement particulier de petits nodules qui évoque plus facilement l'idée d'un herpès que celle d'un syphilome; là, c'est une fissure presque insignifiante perdue au milieu d'un pli naturel; on pourrait à l'infini multiplier la description des formes du chancre, tellement peuvent varier l'importance, la forme, la combinaison de l'ulcération et de l'induration; retenez seulement, en présence de cette multiplicité d'aspects que peut prendre le syphilome primitif, qu'il ne faut jamais rejeter le diagnostic de chancre syphilitique qu'après un examen approfondi d'une ulcération.

Le siège du chancre syphilitique exerce une grande influence sur sa forme; les sièges les plus habituels, sur les organes génitaux de l'homme, sont le sillon balano-préputial, la face interne du prépuce, le frein, l'orifice du canal urinaire, le fourreau, toutes régions où l'inoculation se fait facilement à la faveur de déchirures produites pendant le coït ou d'érosions inflammatoires, si fréquentes sur ces diverses parties.

Sur le fourreau, l'ulcération acquiert facilement des dimensions assez considérables, probablement à cause des irritations fréquentes auxquelles elle est soumise; elle prend volontiers la forme ulcéreuse; l'induration est ordinairement peu accusée avec les chancres étendus ou creusés; avec les chancres petits, elle est plus prononcée, revêt une forme circulaire et aplatie qui donne aux doigts qui la palpent une sensation analogue à celle que fournirait une pastille ou un bouton de guêtre introduit sous la peau; la coloration est habituellement caractéristique, qu'elle tourne vers le rouge-brun ou qu'elle soit recouverte de la pellicule diphthéroïde.

Dans le sillon balano-préputial, l'ulcération est souvent coupée en deux moitiés symétriques situées, l'une sur la base du gland, l'autre sur la face interne du prépuce. Quand on rabat le prépuce sur le gland, ces deux moitiés se recouvrent exactement l'une sur l'autre et se superposent comme se superposent les feuillets d'un livre; ce chancre a reçu le nom de chancre en volet.

Les chancres en cocarde ne sont pas rares dans cette région.

C'est dans le sillon balano-préputial que se développent ordinairement les chancres à tendance ulcéreuse très accusée auxquels on a donné le nom de cratériformes et qui quelquefois peuvent arriver à perforer l'urèthre. L'induration des chancres de cette région est souvent très accusée; elle peut faire tout le tour de la base du gland, qu'elle enserre dans un véritable anneau cartilagineux; elle se contente le plus souvent d'envoyer dans l'épaisseur du prépuce, entre ses deux feuillets, un prolongement considérable dont la consistance et la forme rappellent celle du tragus de l'oreille.

et qui bascule, quand on ramène le prépuce en arrière, comme bascule le cartilage tarse de la paupière quand on retourne celle-ci.

Les chancres du gland sont, en général, de petite dimension; la disposition en godet y est nettement accusée, l'induration assez développée, le bourrelet périphérique très net; chez les malades dont le prépuce ne recouvre pas le gland, il se produit à la surface une croûte brunâtre.

Les chancres de la face interne du prépuce sont habituellement des chancres typiques; leurs dimensions n'excèdent que rarement celles d'une pièce de cinquante centimes; l'ulcération, peu profonde, est d'un rouge caractéristique; l'induration cartilaginiforme est très nettement accusée. Sans être très surélevés, ces chancres font souvent un relief marqué au-dessus des parties environnantes, ce qui est dû à la souplesse des tissus au milieu desquels la masse dure se trouve enchâssée.

Le phimosis inflammatoire est fréquent avec pareille localisation de l'accident primitif de la syphilis; le développement de plaques de lymphangites dans l'épaisseur du prépuce rend souvent alors difficile la perception et l'isolement par le palper de la plaque d'induration chancreuse; celle-ci acquiert quelquefois des dimensions considérables et le prépuce entier peut être converti en un cylindre rigide, dépourvu de toute souplesse, ne fléchissant plus sous la pression des doigts et ne permettant plus de sentir le gland et de le palper.

Le chancre syphilitique se développe assez souvent sur le frein, déchiré au moment du rapprochement, ou dans les fossettes situées sur ses faces latérales; le frein devient dur, rigide, perd toute sa souplesse et gêne les mouvements du prépuce; l'induration, en pareil cas, gagne volontiers les parois du méat. En décalottant, on découvre, au lieu de la surface tranchante du frein, un plateau plus ou moins large d'un rouge foncé; c'est la surface du chancre.

Le chancre du limbe est habituellement perdu dans les plis du prépuce; il affecte alors la forme fissuraire; sa disposition lui donne une apparence de profondeur qui n'est pas réelle et qu'il perd quand on parvient à l'étaler; il donne aux doigts, qui le saisissent, la sensation d'un pois ou d'une lentille placée à l'entrée du prépuce; il est tout à fait rare que ce chancre ne s'accompagne pas de phimosis. Le chancre, placé à l'extérieur sur le bord même du limbe, est très souvent un chancre érosif, remarquable par l'éclat de sa coloration rouge et le peu d'épaisseur de son induration.

Le chancre uréthral donne lieu à un écoulement qui est assez facilement pris pour celui d'une blennorrhagie à ses débuts; vous voyez tous les ans venir à notre consultation un certain nombre de malades pour qui cette erreur de diagnostic a été commise; pour qui se méfie, pareille erreur est facile à éviter.

Il est tout à fait exceptionnel que le chancre induré soit perdu dans les profondeurs du canal; il occupe généralement l'entrée même de l'urèthre; mon collègue M. Mauriac déclare n'avoir jamais vu de chancre syphilitique plus profondément situé que la fosse naviculaire ou la portion balanique du gland, et tous ces chancres avaient plus ou moins intéressé le méat. J'ai, pour ma part, observé, pour la première fois, dans ces derniers temps, un chancre syphilitique limité aux profondeurs de l'urèthre. Chez un malade, couché au n° 1 de notre salle 6, on sentait à 2 centimètres en arrière de la fosse naviculaire, sur le trajet de l'urèthre, un noyau sphérique, d'une

©BIU Santé

dureté cartilagineuse, du volume d'une petite noisette; le malade se plaignait d'avoir un rétrécissement de l'urèthre et urinait de plus en plus difficilement; en pressant sur le canal, on faisait sourdre un liquide gommeux auquel se mêlait assez facilement une petite quantité de sang; dans l'aine droite, il y avait un ganglion tuméfié indolent. A ceux qui suivaient à cette époque ma visite, je disais que je ferais volontiers le diagnostic de chancre syphilitique intra-uréthral, si ce chancre n'était presque pas pour moi un mythe; le malade sortit sans être complètement guéri, présentant encore une induration assez prononcée, mais urinant plus facilement, sans que nous ayons pu faire un diagnostic ferme; mais, quinze jours plus tard, il revenait à la consultation de l'hôpital et nous montrait une roséole des plus caractéristiques, confirmant ainsi pleinement un diagnostic que nous n'avions osé affirmer à cause de sa rareté; il est, en effet, tout à fait exceptionnel que les chancres de l'urèthre, quelle que soit la profondeur du point dans lequel ils prennent naissance, ne viennent, à un moment donné, faire saillie au méat; les chancres absolument intra-uréthraux sont tout à fait exceptionnels; il est certain que, parmi vous, bien peu, pas un peut-être, n'aura l'occasion d'en observer; c'est donc un diagnostic qu'il ne faut faire qu'à la dernière extrémité et après avoir discuté toutes les chances d'erreur. L'histoire du chancre de l'urèthre se fond donc pour ainsi dire toujours avec celle du chancre du méat urinaire.

Dans le chancre du méat urinaire, les lèvres de celui-ci apparaissent tuméfiées, surélevées au-dessus de la muqueuse environnante; elles ont un aspect sec et brillant, une couleur rouge sombre; dans leur intervalle, on voit sourdre une gouttelette de sérosité jaunâtre transparente, sanguinolente par moments; l'aspect particulier que le méat prend en pareil cas a été comparé à celui d'un col utérin vierge. Si l'on palpe un tel méat, on est frappé de sa perte d'élasticité; l'extrémité du gland a perdu toute souplesse; on sent à son sommet une masse dure arrondie donnant au doigt une sensation rappelant assez bien celle que donnerait une noisette; les lèvres du méat sont rigides, elles ne s'affaissent plus et ne s'écartent plus sous la pression des doigts; dans un assez grand nombre de cas, on peut cependant, à travers l'orifice minuscule resté béant, apercevoir la rougeur sombre de l'érosion chancreuse; souvent une petite hémorrhagie se produit au moment où l'on comprime l'urèthre et une gouttelette de sang apparaît à l'extérieur.

Quand l'urèthre est envahi, la palpation permet de constater une résistance exagérée et un épaississement de ses parois le convertissant en un tube rigide; l'induration syphilitique de l'urèthre ne se prolonge ordinairement pas au-delà de la fosse naviculaire; elle peut cependant quelquefois se prolonger beaucoup plus loin, et j'ai observé un malade dont l'induration chancreuse s'étendait depuis le méat jusqu'aux environs du bulbe. L'induration syphilitique se distingue de certaines indurations inflammatoires qu'il n'est pas rare de rencontrer dans le cours des blennorrhagies violentes en ce que l'épaississement des parois est, en général, beaucoup plus prononcé dans la vérole que dans la chaudepisse; la dureté plus accentuée, ligneuse au lieu d'être molle et œdémateuse; les limites avec les tissus environnants sont plus brusquement tranchées, plus abruptes, l'induration chancreuse se distinguant nettement de la consistance des tissus voisins normaux ou peu s'en faut, tandis que l'épaississement inflammatoire de la blennorrhagie se termine par un œdème inflam-

matoire auquel succède d'une façon insensible, sans limites tranchées, la résistance des tissus normaux et qui ne donne que des sensations émoussées.

Dans le cas de chancre du méat ou de l'urèthre, il y a souvent écoulement spontané d'une sérosité visqueuse, facilement mélangée de sang, très peu abondante; les cas sont beaucoup plus rares où il y a un véritable écoulemeut purulent; l'écoulement du chancre du canal fait sur le linge des taches raides comme celles d'une solution de gomme épaisse, de couleur grisâtre ou rougeâtre, suivant que le sang se mélange ou non à la sérosité.

Le chancre de l'urèthre n'est pas une affection douloureuse; les douleurs spontanées font défaut; il n'y a qu'un élancement plus ou moins intense au moment de la miction urinaire; la perte d'élasticité du canal et un certain degré de rétrécissement amené par l'épaississement des parois peuvent rendre la miction difficile.

Dans la région pubienne, riche en poils, les chancres prennent facilement la forme ecthymateuse; ils se recouvrent de croûtes épaisses, d'un brun foncé, qui agglutinent les poils desquels il est difficile de les détacher; quand on est parvenu à faire tomber des croûtes, on se trouve en présence d'ulcérations, en général, assez profondes, reposant sur une base peu indurée et sécrétant un pus relativement abondant.

Le chancre n'est pas rare sur les bourses et ses caractères y sont assez tranchés pour que le diagnostic en soit habituellement facile; mais je ne m'attarderai pas à vous en faire la description; je n'ai pas l'intention de vous faire, dans ces leçons, l'histoire des maladies des bourses; ce n'est pas que celles-ci ne soient assez souvent le siège d'ulcères vénériens; mais on y rencontre fréquemment aussi des ulcérations consécutives à des affections du testicule, nombre d'affections cutanées dont l'histoire se rattache beaucoup plus à celle des dermatoses en général qu'à celle des affections vénériennes qui nous occupent surtout ici; il y a là une pathologie fort complexe qui pourrait nous entraîner très loin; c'est pour cela qu'il me semble préférable de limiter notre étude aux affections ulcéreuses du gland et du prépuce, pour qui leur fonctionnement particulier crée une pathologie spéciale, et de laisser de côté les accidents des bourses.

L'étude que nous venons de faire du chancre et des différentes modifications qu'il subit suivant qu'il se développe dans l'une ou l'autre région des organes génitaux vous a montré, Messieurs, que le chancre syphilitique, au milieu de ses modalités nombreuses, possède un certain nombre de caractères faciles à retrouver dans la plupart des cas; ces caractères constituent, par leur réunion, un ensemble tout particulier; quelques-uns d'entre eux sont suffisamment spéciaux pour permettre de poser, sur leur seule constatation, un diagnostic presque sûr. Les caractères du chancre sont :

Couleur rouge tellement caractéristique quelle permet souvent d'affirmer, même à distance, le diagnostic; masquée quelquefois par la production d'une *membrane grise nacrée* qui donne à la lésion une couleur *lardacée*.

Induration présentant une consistance cartilaginiforme facile à percevoir quand elle est massive ou nodulaire, mais s'atténuant souvent pour donner des sensations parcheminée, papyracée, foliacée.

Sensations d'une appréciation délicate pour une main peu exercée.

Forme nettement circulaire sur les surfaces planes; devenant allongée dans les plis, fissures.

©BIU Santé

Cavité à pente douce, comme creusée à l'évidoir, dite en godet.

Bourrelet en dos d'âne limitant l'induration, nettement accusé dans la plupart des cas; sécheresse de l'ulcération due à la rareté des sécrétions à sa surface et pouvant par leur dessiccation donner naissance à une croûte brunâtre.

Nombre le plus souvent unique.

Indolence.

Les différents aspects du chancre dépendent surtout des modifications de son induration et des caractères optiques de l'ulcération; c'est assurément l'ulcération qui subit les oscillations les plus considérables; excessive ici, atténuée, au contraire, dans d'autres cas, au point de devenir difficilement perceptible, même pour une main exercée. Les caractères optiques, au contraire, sont presque toujours caractéristiques par leur ensemble : forme mathématiquement circulaire, excavation en godet, bords en dos d'âne et surtout couleur rouge toute spéciale cédant le pas, quand elle manque, à une couleur lardacée due à la production d'une pellicule grise nacrée facile à enlever avec une spatule; les qualités optiques du chancre ont quelque chose de si particulier que, s'il fallait décerner une valeur prédominante à l'un des deux facteurs, induration ou caractères optiques, je donnerais sans hésiter l'importance majeure pour le diagnostic à ces derniers, tellement ils conservent toujours quelque chose de spécial alors que l'induration est souvent à ce point atténuée qu'il faut un doigt bien exercé pour oser l'affirmer, et parmi les caractères optiques, on pourrait peut être classer, dans un ordre de valeur décroissante : la couleur, la sécheresse, la forme arrondie, car la rougeur, comme je vous le disais tantôt, a quelque chose de tout particulier et je ne connais pas d'autre ulcération pathologique dont la surface puisse être aussi sèche, aussi peu suintante que celle du chancre syphilitique. (*A suivre.*)

CONGRÈS DE 1890

Dermatologie et syphiligraphie (1).

M. Scarenzio (de Milan) a naturellent soutenu la méthode de traitement bien connue de nos lecteurs et que Smirnoff et Balzer ont perfectionnée. Il reconnait que les récidives des accidents syphilitiques peuvent se voir, mais elles se produiraient parce que l'absorption et l'élimination du mercure sont quelquefois trop rapides et ne seraient pas plus fréquentes qu'avec les autres traitements. L'emploi des injections de calomel convient absolument pour réaliser le traitement intermittent que préconise Fournier.

Pour M. Neumann, le traitement continu avec intermittences n'est pas absolument nécessaire, cependant la fréquence des récidives le justifie. Malgré tout, les récidives sont possibles, même quand il existe encore des dépôts d'huile grise ou de calomel dans les tissus. En fait, le même traitement ne convient pas à tous les cas, et M. Neumann pencherait pour le traitement symptomatique venant après une crise de début.

M. Lang a observé des réinfections syphilitiques, et cela chez des sujets qui à leur première infection avaient été traités par l'huile grise. Il est des cas dans lesquels le traitement mercuriel est mal supporté. On devra se montrer fort réservé dans les cachexies non syphilitiques, chez les phthisiques, les paludéens, les brightiques et même dans les cas de syphilis malignes suraiguës.

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 août 1890.

Ce n'est que dans les cas légers que l'on administrera le mercure par les voies digestives, qui supportent mal les fortes doses. Les frictions sont très utiles. Malheureusement elles sont souvent suivies d'accidents du côté de la peau; eczémas, ulcérations, etc. Certains modes d'applications permettent d'éviter les inflammations cutanées et M. Lang signale particulièrement un emplâtre fait avec : huile crue, 180; oxyde de plomb, 100; mercure, 30 à 60.

Ce sont les injections sous cutanées de préparations insolubles qui agissent le plus rapidement et le plus activement. L'huile grise est la meilleure préparation. Viennent ensuite le benzoate, salicylate et diphénylate de mercure.

Quel que soit le traitement suivi, si la syphilis frappe un organe important, il faudra recourir aux injections de salicylate de mercure ou même de calomel et d'oxyde jaune, bien que ces corps provoquent une réaction locale interne.

La tolérance de l'organisme doit être surveillée. Ce sont : la stomatite, l'entérite et l'albuminurie, qui permettent de se rendre compte de la manière dont le mercure est supporté. Quand le traitement général échoue, il est très utile de recourir à un traitement local par l'huile grise.

***

Deux communications intéressantes ont été faites sur les *myocardites*. Von Recklinghausen a insisté sur les conditions dans lesquelles se rencontre la dissociation des faisceaux musculaires du cœur, décrite par Renaut, ou myocardite segmentaire. Elle existe :

1° Dans la mort rapide ou subite qui suit les maladies du myocarde après oblitération des artères coronaires, celle qui suit les ruptures du cœur ou de la base de l'aorte;

2° Dans la paralysie du cœur qui suit les maladies infectieuses;

3° Dans les morts rapides consécutives aux néphrites ou aux lésions aiguës des centres nerveux;

4° Dans certaines formes de mort violente.

L'agonie suffit pour produire cette fragmentation des fibres du cœur; mais il n'est pas démontré qu'elle puisse arriver avant l'agonie.

Dans les degrés avancés de la segmentation apparaissent des ruptures transversales des fibres dissociées et le noyau devient indistinct, les stries longitudinales sont très nettes. Les lésions cadavériques des fibres musculaires du cœur amènent les mêmes changements de structure; il en est de même dans la myocardite parenchymateuse aiguë d'Hayem, la myocardite chronique, le ramollissement partiel du cœur de Virchow et Ziegler,

Cette myocardite parenchymateuse ressemble entièrement à la polymyosite des muscles striés et a probablement sa cause dans l'excès ou l'irrégularité des contractions. La cause médiate de la myocardite chronique parenchymateuse est l'ischémie produite par l'oblitération des grosses branches des coronaires. Des troubles vaso-moteurs, des contractions des petits ramuscules artériels contractiles peuvent peut-être entraîner la segmentation des fibres musculaires dans la myocardite parenchymateuse aiguë. Dans la myosite parenchymateuse, il a été également impossible de trouver des lésions des artères.

M. Charrin a étudié les *myocardites expérimentales*. Il a présenté une série de myocardes qui montrent que, au cours d'une même maladie infectieuse et chez le même animal, on peut observer sur le même organe les lésions les plus disparates. Il s'agit de lapins morts de l'affection causée par le bacille pyocyanique virulent.

Un des cœurs est atteint d'une hypertrophie concentrique du ventricule gauche constituée, histologiquement, aux dépens de la fibre musculaire, tandis que le tissu conjonctif n'y prend qu'une faible part. Au point de vue anatomique, c'est un cœur rénal, donnée conforme à la clinique et à la pathogénie dans ce cas particulier, car l'animal avait les reins très scléreux.

Un autre cœur a les cavités ventriculaires, surtout celles de gauche, notablement dilatées. L'animal a succombé en asystolie, la lésion cardiaque ayant commandé celle des

©BIU Santé

autres viscères, énormément congestionnés. Pâle, flasque à l'état frais, ce myocarde montre à l'examen histologique une disparition, plus ou moins complète suivant les points, des fibres musculaires. Tantôt il y a du tissu conjonctif à mailles fines, tantôt des éléments embryonnaires disposés entre les fibres contractiles qui présentent par places des foyers de nécrose. M. Charrin a vu aussi la dégénérescence amyloïde dans le cœur d'un lapin dont le foie et les reins étaient également atteints de la même dégénérescence, et une fois la dégénérescence graisseuse. Souvent aussi il y a absence de lésions appréciables ou, tout simplement, des cellules embryonnaires entre les fibrilles. Pour expliquer ces variétés dans les lésions, il faut tenir compte de la quantité et de la qualité du virus, de la porte d'entrée, des réactions organiques particulières suivant les individus, et surtout de la durée de l'affection. Enfin, il y a multiplicité dans les poisons sécrétés par les microbes. Dans ces sécrétions, selon la prédominance de tels ou tels principes, les effets de la toxicité varieront. Le lapin porteur de la myocardite scléreuse avec dégénérescence vitro-caséeuse n'avait reçu que des produits solubles qui, après évaporation dans le vide à froid, sont insolubles dans l'alcool.

A Birmingham, M. Dyce Dackworth s'est occupé des *affections fonctionnelles du cœur*, de celles qui ne sont pas sous la dépendance d'une affection organique du cœur ou des vaisseaux.

Dans la *bradycardie* ou pouls lent, la fréquence des pulsations s'abaisse au-dessous de 40. Le symptôme est peu fréquent et existe parfois normalement chez des gens d'ailleurs bien portants. Il se voit aussi dans la convalescence des maladies aiguës. C'est surtout chez les vieux paludéens que sir Dyce Dackworth a observé le pouls lent, qu'il attribue alors à une lésion nerveuse. Les traumatismes céphaliques ralentissent aussi fréquemment le pouls; ensuite, dans ce cas, il devient irrégulier ou très fréquent. Le pronostic de la bradycardie n'est pas grave s'il ne s'agit pas de lésion organique.

Le pouls intermittent se voit chez des personnes bien portantes et est alors permanent, sans qu'il y ait danger; la fièvre fait alors disparaître les intermittences. Le thé ou le tabac pris en excès, les émotions morales vives produisent aussi très facilement les intermittences. Lorsqu'elles se produisent avec une tension vasculaire très forte, ou après un effort modéré, leur pronostic devient moins bon. Chez les gens âgés, les intermittences ne sont pas graves tant que le cœur est vigoureux et que les artères sont saines; souvent elles se rencontrent chez les goutteux. La dyspepsie entraîne aussi des intermittences, mais alors elles sont passagères. Souvent le malade ne s'aperçoit pas du phénomène qui, en somme, n'a [d'importance que si la tension vasculaire est exagérée ou s'il y a une lésion organique du cœur.

La dyspepsie, les abus de thé, de café et de tabac entraînent aussi les irrégularité du pouls. Le pronostic dépend encore de l'état du cœur. Cette irrégularité peut persister chez des goutteux pendant plusieurs années. S'il y a de l'eczéma, souvent les altérations du rythme augmentent en même temps que l'affection cutanée.

Les palpitations indépendantes d'altérations organiques peuvent être amenées par un grand nombre de causes. Elles sont temporaires ou permanentes, perçues ou non par le malade. Dans les cas où on ne trouve pas de lésion du cœur, il faut penser à la maladie de Graves. Souvent on trouve un rein flottant ou une autre lésion d'où part l'irritation réflexe. Bien souvent les palpitations dépendent d'une lésion du cœur non diagnostiquée. West et Bristowe ont décrit une accélération paroxystique du cœur qui se produit chez des personnes en bonne santé, et se termine par une syncope mortelle; il est probable qu'il s'agit d'une myocardite. Au moment des palpitations, on peut constater une dilatation avec souffle, et, dans les antécédents des malades, on trouve souvent le rhumatisme ou la syphilis.

Quelquefois les pulsations de l'aorte abdominale sont assez fortes pour faire croire que l'on se trouve en présence d'un anévrysme. Il s'agit là d'un trouble vaso-moteur qui se voit fréquemment dans l'anémie ou dans l'ulcère stomacal. Les battements aortiques se rencontrent aussi dans l'hypochondrie.

Quant au cœur irritable, que l'on constate chez les jeuns gens qui se livrent à des exercices violents, il tend probablement à une hypertrophie.

Les troubles fonctionnels du cœur dépendent sans doute d'une altération nerveuse centrale produite par une anomalie de la nutrition.

Pour M. Rickard, certains cas d'angine de poitrine, l'hypertrophie de naissance, rentrent dans les altérations fonctionnelles. La bradycardie est très souvent liée à une altération organique du cœur. Dans trois cas, il a trouvé de la dilatation cardiaque et un souffle systolique. M. Eddison considère, au contraire, le pouls lent comme étant fréquemment sans importance pathologique.

M. Forster a observé toutes les transitions entre l'accélération simple et la maladie de Graves. D'origine purement nerveuse, l'accélération ne subit pas l'influence du repos horizontal, tandis qu'il n'en est pas de même dans la maladie de Graves. Il a obtenu de bons résultats de l'emploi prolongé de la quinine à haute dose. Forster a vu la guérison de la maladie de Graves se produire après une grossesse.

M. Taylor a vu souvent des troubles fonctionnels du cœur se produire dans les affections des organes abdominaux. Il s'agit là de phénomènes réflexes qui partent des viscères atteints, rein mobile, utérus avec tumeur fibreuse, hypertrophie de la prostate, etc. La bradycardie se verrait assez souvent chez les malades qui ont été atteints de fièvre typhoïde, chez ceux qui ont des affections prostatiques, de la diarrhée chronique, etc.

BIBLIOTHÈQUE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par Bourneville, Combarieu, Raoult et Sollier. — Paris, *Progrès médical*, 1889.

Nous ne pouvons que signaler ce compte rendu annuel, qui rapporte les résultats obtenus par M. Bourneville. Par ses efforts, l'honorable médecin de Bicêtre a complètement transformé le service des enfants arriérés et idiots, et est arrivé, dans beaucoup de cas, à donner une sorte d'éducation mentale à ces pauvres êtres. Ce volume contient aussi des mémoires sur l'épilepsie, l'idiotie avec cachexie pachydermique, etc.

P. Ch.

Anatomie topographique du duodénum et hernies duodénales, par Jannesco (avec 13 planches hors texte). — Paris, *Progrès médical*, 1889.

L'auteur a cherché à élucider certains points de l'anatomie du duodénum. Il a montré que tantôt il formait, surtout chez l'enfant, un anneau parfait, que, d'autres fois, chez l'adulte, il revêtait la forme d'un U ou celle d'un V. Il a précisé ses rapports avec le péritoine, décrit les fossettes duodéno-jéjunales et appliqué toutes ces considérations à l'étude de la hernie duodénale. — P. Ch.

REVUE DE L'ANTISEPSIE

Sommaire : Les antiseptiques dans les accouchements. — L'iodoforme est-il un antiseptique. — Le crésalol et le sulfaminol.

MM. Tarnier et Widal viennent de faire de très intéressantes recherches relatives à l'action de quelques antiseptiques sur le streptocoque et le staphylocoque pyogenes. D'après leurs travaux (*Arch. de méd. exp.*, 1890, 4), les seuls antiseptiques réellement actifs et d'un emploi pratique sont, par ordre de valeur, le bichlorure de mercure à 0,25 et 0,20 pour 1,000, l'acide phénique à 0,20 ou 0,30 pour 1,000, le permenganate de potasse à 0,25, le sulfate de cuivre à 5 pour 1,000, et, enfin, le bi-iodure de mercure à 0,25 et 0,20, bien que la solution ne soit pas facile à faire. Il serait utile d'ajouter aux antiseptiques puissants le thymol, l'acide salicylique, les acides phénylsulfuriques, l'iode, mais ces corps sont encore peu connus ou leur solubilité est minime; leur emploi n'est donc pas pratique.

©BIU Santé

La créoline, les violet et jaune de méthyle, la safranine et la cyanine sont des antiseptiques assez faibles, et, de plus, on ne peut les employer en obstétrique. En effet, les couleurs d'aniline ou de quinoline, à cause de leur intense pouvoir calmant, qui n'est pas racheté par une absence de toxicité, sont d'un usage difficile; quand à la créoline, elle donne des solutions louches, caustiques et expose à des accidents.

MM. Tarnier et Widal ont recherché cliniquement la valeur des antiseptiques qu'ils ont reconnus les meilleurs. Ils les ont employés à des doses qui, tout en étant efficaces, éloignaient tout danger d'empoisonnement, car, on ne saurait trop le répéter, tous les antiseptiques sont plus ou moins toxiques. Ils ont reconnu que le plus puissant antiseptique à une dose faible, et par conséquent très peu dangereuse, est le bichlorure de mercure; viennent ensuite l'acide phénique et le sulfate de cuivre, puis le bi-iodure de mercure, et enfin, en dernier lieu, le permanganate de potasse.

A la Maternité et à la Clinique d'accouchement, on pratique une injection intra-utérine immédiatement après la délivrance; on obtient ainsi une antisepsie presque parfaite. Quand on se borne, comme dans beaucoup de services obstétricaux, à ne faire que des injections vaginales, les résultats sont beaucoup moins bons et l'antisepsie aléatoire.

* * *

On n'est pas fixé encore sur la valeur antiseptique de l'iodoforme (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1890, 13). D'une part, les chirurgiens déclarent que c'est un excellent antiseptique; d'autre part, au contraire, les mycologistes affirment que son action germicide est nulle ou à peu près.

Dans les *Annal's of Surgery* (janvier 1890), M. A. Ernest Maylard (de Glascow) rapporte une série d'expériences qu'il a poursuivies à ce sujet. Il démontre ainsi que l'iodoforme a une action réelle sur les micro-organismes de la suppuration ; lorsqu'il est en grand excès, un pouvoir antiseptique est incontestable ; lorsque les microbes sont très abondants, il ne fait que retarder leur développement; lorsque, enfin, la quantité d'iodoforme est relativement minime, on ne constate aucune action germicide.

Sa valeur en chirurgie est donc incontestable, puisqu'on l'emploie toujours en excès dans le traitement des plaies, et que, dans de pareilles conditions, son action antiseptique est réelle.

L'iodoforme a, de plus, sur les autres antiseptiques, l'avantage de prolonger son action. Les antiseptiques liquides sont, en effet, rapidement absorbés ou entraînés par les sécrétions. L'iodoforme, au contraire, peut demeurer pendant deux semaines à la surface d'une plaie sans perdre ses qualités.

Max Schede, le premier, a mis en doute l'efficacité de l'iodoforme dans le traitement de l'érysipèle, et Heyne et Rasing lui ont refusé toute influence curative sur la suppuration et ses causes. D'après eux (*Fortschritte der Medicin*, n° 2, 1887), beaucoup de microbes, et entre autres le staphylococcus pyogenes, se développent en cultures normales quand on les ensemence dans de la gélatine ou de la gélose fortement iodoformée. Schnirer, de Vienne (cité par Tilanus), a même écrit que l'iodoforme n'était pas un antiseptique. Neisser a vu que des tampons iodoformés introduits dans le vagin détruisent les coccus et non les bacilles. Martins a constaté qu'il ne tue pas les coccus du pus et ne ralentit pas leur développement.

Tilanus (*Centralblatt für Chir.*, 1890, janvier; — *Revue de chirurgie*, 1890, 3) a fait de nombreuses expériences sur l'iodoforme. Ce corps n'empêche pas le développement du micrococcus putridus; la poudre, mêlée à de la gélatine nutritive et placée sur une plaque à culture, laisse se développer des bactéridies et autres microbes; donc, cette poudre contient des organismes vivants ou du moins ne peut empêcher leur développement; la gélatine et l'agar iodoformés ensemencés avec le staphylococcus pyogenes donnent, toutes choses égales d'ailleurs, les cultures ordinaires.

Baumgarten (*Berlin. Klin. Woch.*, 1837, 20), en inoculant à des lapins des cultures de septicémie et de charbon mêlées à de l'iodoforme, a eu des accidents aussi rapidement mortels qu'avec le bacille pur. Ruyter a admis que l'iodoforme n'avait guère d'effets sur les cultures des microbes, mais que, cliniquement, sa valeur était grande et qu'il était

très utile pour les pansements en détruisant ou altérant les ptomaïnes du pus, avec lesquelles l'iode s'unit; opinion combattue par Schnirer.

Tilanus, se basant sur ces expériences et sur les résultats obtenus avant lui, admet donc que l'iodoforme influence peu les suppurations aiguës, déterminées par les microbes pyogènes. Par contre, il a certainement de l'influence sur des micro-organismes particuliers, principalement sur le bacille de Koch, ce que Buchner (de Munich) a vu le premier. L'iodoforme s'oppose aussi au développement du bacille du choléra asiatique; cependant, une fois l'antiseptique disparu, le bacille se reproduit.

Un grand nombre de chirurgiens regardent l'iodoforme comme très utile contre les bacilles tuberculeux, et les travaux du professeur Verneuil à ce sujet sont connus de tous. Cependant, Baumgarten et Samnelusen, Rovsing, ont fait des expériences contradictoires.

Bruns et Nauwerck ont obtenu 40 guérisons sur 54 cas d'abcès froids traités par les injections d'éther iodoformé. Verneuil est arrivé aussi à d'excellents résultats avec la solution à 1/20.

Tilanus, après avoir mélangé de l'iodoforme à de la gélose glycérinée, y a introduit des bacilles tuberculeux provenant d'une culture bien développée. Jamais, même avec des quantités minimes d'iodoforme, il n'a vu les bacilles se développer. L'antiseptique pourrait aussi tuer les bacilles, mais son action serait très lente. En résumé, l'auteur conclut de ses recherches que, dans l'infection purulente, il est inutile d'employer l'iodoforme, car les antiseptiques solubles sont des agents plus puissants. Dans la tuberculose, au contraire, l'iodoforme est le seul agent dont on puisse user systématiquement.

*
* *

On sait que l'acide salicylique peut se combiner au phénol avec élimination d'eau pour donner naissance à un éther de ces deux composés, l'éther phénilsalicylique ou salol bien connu depuis quelques années.

De la même façon, les crésylols ou crésols (*Pharm. post.*, XXIII, p. 167), homologues supérieurs du phénol, peuvent former avec l'acide salicylique des éthers homologues du salol.

L'un de ces éthers, l'éther salicylique du paracrésylol ou éther paracrésyl-salicylique, vient d'être préconisé comme antiseptique sous le nom de crésalol ou mieux de paracrésalol.

C'est un corps cristallin insoluble dans l'eau et difficilement soluble dans l'alcool. Il n'a pas de saveur et possède une odeur qui rappelle celle du salol; il fond à 34°.

D'après Neucki, le paracrésalol est dédoublé par l'organisme et ses composants, e crésylol et l'acide salicylique. Il possède des propriétés antiseptiques analogues à celles du salol. Il serait même préférable à ce dernier dans certains cas, par exemple lorsque l 'on veut effectuer l'antisepsie du canal de l'intestin à l'aide d'une substance relativement inoffensive. Neucki a administré, à un chien du poids de 16 kilogrammes, 16 grammes de crésalol en vingt-quatre heures (par dose de 4 gr.) sans avoir eu à observer de phénomènes fâcheux.

*
* *

Le nom de sulfaminol (*Pharm. Post.*, XXIII, 1890, p. 340, — et *Journal pharm. et chimie*, 1890, 11, p. 593) a été donné à un nouvel antiseptique qui dérive de la méta-oxydiphénylamine. Pour l'obtenir, on expose à l'action du soufre les sels de cette base dissous dans l'eau.

Le produit se présente sous l'aspect d'une poudre jaune clair, insipide et inodore. Il est soluble dans l'eau, facilement soluble dans les alcalis, plus difficilement dans les carbonates alcalins. Il se dissout également dans l'alcool et dans l'acide acétique. Les solutions sont colorées en jaune clair; sous l'influence de la chaleur, le sulfaminol brunit et entre en fusion vers 155°.

Le sulfaminol est décomposé dans l'économie. Il doit posséder, par conséquent, les propriétés antiseptiques de ses composants. On retrouve dans l'urine de l'oxydiphénylamine.

©BIU Santé

Le sulfaminol a été étudié par le professeur Kobert (de Dorpat), qui a constaté sa parfaite innocuité. On peut injecter sous la peau d'un chien jusqu'à 0 gr. 9 de cette substance par kilogramme du poids de l'animal sans déterminer le moindre accident.

Il résulte, d'autre part, des observations du docteur Mor. Schmidt (de Francfort) que le sulfaminol peut être utilisé contre les suppurations du sinus maxillaire.

L'odeur désagréable de ces suppurations ne se dissipe qu'en se servant de sulfaminol ou d'iodoforme. Le premier de ces médicaments étant inodore est certainement préférable.

En somme, c'est un succédané de l'iodoforme (Merck).

COURRIER

Par décret, en date du 29 août 1890, M. de Beurmann, médecin des hôpitaux de Paris, a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur.

Les Congrès. — Nous livrons à nos lecteurs, sans commentaires, les réflexions suivantes du *Medical Record*. « La vraie science est modeste et, d'ailleurs, discrète. Elle aime le calme et la tranquilité pour ses travaux. Elle annonce ensuite simplement le résultat de ses recherches. Il n'en est pas ainsi des amateurs et des coureurs de Congrès. Ce qui fait le trouble et le désespoir de la science pure est, au contraire, la joie et la vie de la pseudo-science.

Tout Congrès retentit de la clameur polyglotte de ceux qui embouchent les trompettes de la renommée pour célébrer leurs mérites, véritables politiciens de la médecine, amateurs de la réclame à outrance, réclamateurs éhontés de priorité. Jamais les babels de ces réunions triennales n'ont entendu annoncer une découverte médicale sérieuse.

Le vrai mérite reste trop souvent à la maison. Mais les chasseurs de consultations, les agents de réclames, les promoteurs de notoriété, les médecins « d'affaires » et tout ce menu fretin qui aime à se frotter amoureusement contre les gros bonnets, ceux-là et leurs pareils pullulent dans ces réunions. »

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur**. Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels ; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Alex. Paris : Coexistence de la paralysie générale progressive et de la syphilis cérébrale. — III. Bibliothèque : Maladie de la peau dite maladie de Paget. — Etude sur l'assurance mutuelle en cas de maladie. — IV. Revue des journaux : Examen et signification des symptômes pupillaires. — V. Sociétés et Congrès. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Congrès de Limoges. — IX. Formulaire.

BULLETIN

Mort de M. le professeur Gavarret.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le professeur Gavarret, survenue dimanche dernier 31 août au château de Valmont, chez M. le professeur Lannelongue, où il était allé comme chaque année passer l'été. « Je vous lègue son âme », avait dit quelques heures avant de mourir Mme Gavarret à Mme Lannelongue. Ceux qui connaissent Mme Lannelongue et ses éminentes qualités comprendront avec quel empressement elle avait accueilli ce legs, et de quelle sollicitude elle a entouré jusqu'au dernier moment non seulement l'âme, mais aussi le corps de son vieil ami.

M. Gavarret (Louis-Denis-Jules), né en 1809, est mort dans sa quatre-vingt deuxième année et dans la pleine conservation de son intelligence et de son esprit. Il avait été admis, en 1829, à l'Ecole polytechnique, était entré deux ans après à l'Ecole d'application de Metz, puis dans l'artillerie

FEUILLETON

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Limoges (1).

Une des communications les plus intéressantes qui aient été faites à ce Congrès est celle de deux médecins portugais, MM. Bettencourt et Serrano (de Lisbonne), sur un cas de myxœdème traité par la greffe hypodermique du corps thyroïde d'un mouton. Vous vous rappelez que pareille expérience *in anima nobili* a été faite il y a quelque temps par M. le professeur Lannelongue sur un crétin. Je n'en connais pas les résultats éloignés.

Dans le cas de nos confrères de Lisbonne, il s'agissait d'une femme de 36 ans, atteinte de myxœdème depuis plusieurs années et qui paraissait dépourvue de corps thyroïde. On introduisit dans le tissu sous-cutané de la région infra-mammaire, de chaque côté, la moitié d'une glande thyroïde de mouton. Les suites de l'opération ont été très simples et il s'est produit une amélioration immédiate. Cette amélioration s'est d'abord manifestée par une élévation de la température. Le nombre des globules rouges a rapidement et progressivement augmenté; dans l'espace d'un mois, il a atteint presque le chiffre normal. Les mouvements sont devenus plus faciles, la parole moins embarrassée. La

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 26 et 30 août 1890.

©BIU Santé

de terre, mais avait bientôt donné sa démission, à la suite de démêlés administratifs sur lesquels on a beaucoup trop insisté et que les ennemis du jeune sous-lieutenant avaient essayé de transformer en faits capables d'entacher son honneur. Heureusement il n'en fut rien, et, lorsqu'il vint à Paris pour y étudier la médecine, il fut accueilli avec la plus grande faveur par Andral et Delafosse, qui prirent à cœur d'utiliser et de développer ses grandes qualités en le dirigeant vers la physique médicale, alors encore dans l'enfance.

En 1840, il écrivait un ouvrage important intitulé : *Principes généraux de statistique médicale, ou développement des règles qui doivent présider à son emploi.* Avec Andral il a publié, en 1842, plusieurs mémoires *Sur les modifications du sang dans les maladies;* en 1843, un mémoire *Sur la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon,* et un *Essai d'hématologie pathologique*, qui est encore consulté avec fruit.

En 1843, il soutenait, le 1er mars, sa thèse de doctorat *sur l'emphysème des poumons et ses rapports avec les différentes maladies du cœur et des bronches.* La même année, sans avoir passé par l'agrégation, il concourait pour la chaire de physique médicale, et arrivait premier contre Baudrimont, Guérard, Maissiat, Person. Sa thèse de concours était intitulée : *Lois générales de l'électricité dynamique.* Il conserva les fonctions de professeur jusqu'en 1887, où il fut remplacé par M. Gariel. Parmi ses autres travaux, nous citerons encore : *Recherches sur la température du corps humain dans la fièvre intermittente* (1844). — *De la chaleur produite par les êtres vivants* (1855). — *Traité d'électricité* (Paris, 1857, 2 vol.). — *Des images par réflexion et par réfraction* (1863). — *De l'astigmatisme* (1867) (avec Emile Javal). — *Physique biologique, les phénomènes physiques de la vie* (1869). — *Premier rapport sur l'organisation de la Faculté de médecine* (1871). — *Acoustique biologique; phénomènes physiques de la phonation et de l'audition* (1877). Plusieurs articles importants dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : *Acoumètre, Acoustique, Aimant, Amétropie, Anémomètre, Astigmatisme, Atmosphère, Baromètre, Boussole, Calorimètre, Cha-*

---

respiration, qui avait complètement disparu, s'est rétablie; le gonflement du corps a diminué; le poids est descendu de 119 kilogr. 300 à 113 kilogr. 800. L'époque menstruelle, qui se prolongeait habituellement deux et même trois semaines, n'a duré que quatre jours après l'opération.

En présence de ces résultats, doit-on conclure à la réussite définitive de la greffe? Les auteurs ne le pensent pas. L'amélioration ayant commencé dès le lendemain de l'opération, il est plus logique de l'attribuer à la simple absorption par les tissus de la malade de la glande thyroïde du mouton. Ce seraient donc là, comme l'a fait remarquer un membre du Congrès, des phénomènes de même ordre que ceux qui se sont produits après les injections de liquide testiculaire.

L'électricité médicale a été représentée par plusieurs communications; une de M. le docteur Bergonié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, sur un nouvel excitateur manométrique rectal, destiné à remplir toutes les indications qui peuvent se présenter dans le diagnostic, le pronostic ou le traitement d'une paralysie, parésie, ou atrophie simple des muscles sphincters du rectum. Cet appareil permet de se rendre compte de l'excitabilité de ces muscles et des variations qualitatives et quantitatives qui peuvent survenir dans leurs réactions électriques. Une autre communication du même auteur était relative aux mesures électriques dans l'électrolyse employée pour remédier aux déviations de la cloison du nez. Enfin, M. Baraduc a parlé de l'électrisation intra-stomacale dans le traitement de la dilatation de l'estomac.

L'hypnotisme n'a donné lieu qu'à une seule communication. (Pardon, j'oubliais celle

leur, Chaleur animale, Congélation, Levier, Lampe, Lumière, Magnétisme, etc.

M. Gavarret a été élu membre de l'Académie de médecine en 1858 et président de cette savante Compagnie en 1882. Après la mort de Denonvilliers, il fit pendant quelque temps l'intérim comme inspecteur général de l'instruction publique pour la médecine et l'on pensait qu'il serait bientôt titulaire de ces importantes fonctions lorsqu'il fut remplacé, pour raisons politiques, par M. Chauffart. A la mort de ce dernier, M. Gavarret fut définitivement nommé inspecteur général le 10 février 1879.

Décoré de la Légion d'honneur en avril 1847, M. Gavarret avait été promu officier en 1862 et commandeur en 1882. — L.-H. PETIT.

Coexistence de la paralysie générale progressive et de la syphilis cérébrale,

Par le docteur Alex. PARIS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville.

Je crois, en effet, que M. Delaporte (1) a indiqué le moyen le meilleur et le plus sûr d'apporter un peu de précision dans l'étude des rapports pouvant exister entre la syphilis et la péri-encéphalite diffuse.

Depuis quelques années déjà, mon attention a été fixée sur cette question chaque fois que je me suis trouvé en présence d'un paralysé général et, à l'occasion des communications de l'*Union médicale*, je me propose de donner le résultat succinct de mes observations.

Nos collègues des asiles de la Seine peuvent avoir beaucoup de syphilitiques parmi leurs aliénés, mais, dans les asiles de province, les victimes de la vérole sont relativement rares. Depuis douze ans, j'ai vu un assez grand nombre de paralysés généraux et je dois avouer que j'ai rencontré bien rarement la syphilis dans leurs antécédents ; dans la *Marne*, j'ai vu

(1) *Union médicale* du 23 août 1890.

de M. Raymondaud, que j'ai mentionnée plus haut.) Elle a été faite par M. le docteur Fanton (de Marseille), qui détermine le sommeil hypnotique à l'aide d'un système de miroir à rotation lente, pouvant produire alternativement, par l'action lumineuse, la dilatation et la contraction de la pupille. Il a aussi employé un miroir qu'il agite devant le sujet, de manière à lui faire paraître mobiles des objets qui ne le sont pas, et par cette danse des objets vus, *chore*, *optisme*, il obtient la stupeur d'abord, le sommeil ensuite. Cet effet ne se produit d'ailleurs que par entraînement.

Cette hypnose a été appliquée à la suppression des douleurs de l'enfantement. Ceci n'est pas nouveau. Ce qui est nouveau, c'est la régularisation du travail par la suggestion, l'apparition et la disparition des douleurs utérines au commandement.

Je dois signaler encore particulièrement trois intéressantes conférences faites par MM. le professeur Potain, F. Terrier et Brissaud.

M. Potain nous a décrit une nouvelle forme de rein mobile, occupant le rein droit, et ayant pour cause une affection de l'appareil biliaire. L'inflammation chronique, qui siège sur cet appareil, s'étend au tissu cellulaire du voisinage, surtout à la partie supérieure de l'atmosphère cellulaire du rein et, par la rétraction consécutive, fait sortir cet organe de sa loge. Il en résulte un déplacement en haut et en avant du rein, qui simule alors une tumeur du foie ou de l'estomac.

M. Terrier a exposé son mode actuel de pansement, qui est basé sur l'asepsie. Tout étant aseptiques ou aseptisés, la plaie, les aides, le chirurgien, les instruments, les pièces de pansement, le milieu, il n'est pas besoin de se servir, pour l'opération ni pour le

©BIU Santé

beaucoup d'alcoolisés, *beaucoup de paralysés généraux*, relativement *bien peu de syphilitiques* et, parmi ces derniers, autant de lypémaniaques simples que de paralysés généraux. Dans l'*Orne*, j'ai eu dans mon service un *grand nombre d'alcoolisés* et *pas de paralysés généraux* (2 douteux sur 500 malades et non entachés de syphilis). A Maréville, où l'on reçoit les aliénés de *Meurthe-et-Moselle*, des *Vosges*, de la *Haute-Saône*, du territoire de *Belfort* et un assez grand nombre de malades de la *Seine*, la syphilis a été constatée, dans le service des hommes, dans 42 cas sur 315 de paralysie générale (1); dans le service des femmes, je n'aurais guère que 1 ou 2 cas douteux sur 20, et rien ne démontre que les véritables causes ne sont pas des excès.

Dans les services de femmes, j'ai rencontré très rarement, je pourrais dire exceptionnellement, la paralysie générale chez une syphilitique; on ne peut cependant pas avancer que la paralysie générale de la femme diffère assez de celle de l'homme pour qu'il soit impossible de lui attribuer les mêmes causes.

Ce n'est donc pas la syphilis qu'il faut plus spécialement incriminer comme élément de causalité.

A mon avis, la plus puissante cause, la plus fréquente, de paralysie générale est le surmenage, la fatigue du système nerveux supérieur. Je ne trouve pas plus une cause directe de cette affection dans l'alcoolisme ou dans l'ivrognerie que dans la syphilis; je pense, au contraire, que l'ivrogne, que l'alcoolisé et le syphilitique, qui, souvent, est aussi alcoolique, sont plus spécialement exposés à la paralysie générale, parce qu'ils sont, par leurs excès, comme l'ouvrier nécessiteux, mais non débauché, entraînés à des veilles, à des fatigues qui, pour les uns et les autres, ont fréquemment une résultante commune : le surmenage, cause qui agit d'autant plus rapidement que le sujet est mieux préparé par hérédité et par un état pathologique ancien du système nerveux tel que celui créé, par exemple, par la syphilis, qui n'est alors qu'une cause prédisposante adjuvante.

(1) C. Vernet : Thèse de Nancy, 1887.

---

pansement, de solution ni de substances antiseptiques — sauf dans les cas, bien entendu, où il s'agit d'un sujet infecté. Aussi, les pansements deviennent plus rares et moins coûteux, ce qui fait disparaître un des gros reproches formulés contre les pansements antiseptiques, la cherté.

Le rire et les larmes chez les hémiplégiques, tel est le sujet développé par M. Brissaud, avec la verve, l'élégance de parole et le luxe de dessins dont il a l'habitude pour mieux faire saisir sa pensée. Les hémiplégiques rient ou pleurent suivant que la lésion occupe tel ou tel point de l'hémisphère gauche du cerveau, ou qu'elles s'irradient d'un côté ou d'un autre. La craie à la main, l'orateur dessine en même temps qu'il parle, et l'on voit l'*illustration* en même temps qu'on entend la *légende*. Je ne connais rien de plus saisissant que ce mode de démonstration qui, du reste, m'a paru aussi être très goûté de l'auditoire.

Si intéressantes que soient ces communications, le peu de place dont nous pouvons disposer dans le journal nous oblige à passer brièvement sur elles. Je n'encombrerai même pas les colonnes, pour donner l'exemple du désintéressement, par ma propre communication sur la coxalgie tuberculo-arthritique; je demanderai seulement la permission d'y revenir plus tard, et me contente, pour le moment, de la mentionner comme les autres.

Les autres ne sont cependant pas à dédaigner; ce sont celles de MM. le professeur Chapplain (de Marseille), sur la gangrène gazeuse traumatique; — de M. Adolphe Bloch (du Havre), sur la pathogénie des affections cardiaques de croissance et de surmenage;

Du reste, lorsqu'il y a coexistence, chez le même individu, de syphilis et de paralysie générale, on observe des symptômes différents de ceux que présente habituellement la péri-encéphalite diffuse pure. Ces caractères différentiels ont été remarqués et signalés déjà, notamment par MM. Christian et Ritti (1) : « On suppose, disent-ils, que, chez des malades atteints de syphilis, l'affection cérébrale peut, dans certaines circonstances, revêtir le masque fidèle de la paralysie générale. Nous ne croyons pas que les faits observés et publiés jusqu'à ce jour permettent une assimilation aussi complète. Que certains malades présentent, parmi les symptômes de leur encéphalopathie, quelques-uns qui soient identiques à ceux qui caractérisent la paralysie générale, nous nous garderons d'y contredire; mais il existe toujours des différences aisées à établir, comme il est facile de s'en assurer. »

J'ai sous les yeux l'observation d'un confrère distingué, professeur extrêmement laborieux, qui n'a jamais bu, qui n'est pas syphilitique. Il est atteint de paralysie générale nettement caractérisée; il m'est impossible d'admettre qu'il ne présenterait que les mêmes symptômes si la cause de son affection était la syphilis.

Je pense, en résumé, que la paralysie générale éclate habituellement chez l'individu prédisposé dont les moments de repos ne sont pas en rapport avec les fatigues, quelle qu'en soit la cause; je trouve, à l'appui de cette opinion, ce fait que l'ivrogne, que l'alcoolisé nécessiteux, que l'ivrogne appartenant à un service qui l'oblige à prendre son travail à heures fixes, quels que soient ses excès de la veille, est plus promptement atteint de paralysie générale, *à l'équivalence d'excès*, que le débauché fortuné et indépendant qui, après des nuits d'orgies, peut opposer à ses fatigues le repos du jour.

Chacun de nous a de ces faits sous les yeux.

Enfin il n'y a pas de raison pour qu'un syphilitique ne puisse pas être

(1) *Dict. encyclop. des sciences médicales*, tome XXI, 2e série, p. 9.

— de M. Critzmann, sur un hygroma tuberculeux à type myxomateux; — de M. Tison, sur l'association de l'opium et de la cocaïne pour combattre les vomissements; — de M. Brémaud, déjà nommé, sur un procédé d'abaissement de la cataracte employé dans l'Inde par un opérateur ambulant, musulman, du Punjab, avec grand succès; — de M. Galezowski, sur les verres cylindro-coniques et sur la correction avec ces verres de la vision des astigmatismes irréguliers; — de M. Reboul, 1° sur le diagnostic et la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, et 2° sur l'emploi du naphtol camphré en chirurgie et en particulier dans la tuberculose externe; — de M. Huchard, sur les maladies de l'hypertension artérielle, sur la goutte et le rhumatisme consécutifs à la grippe; — de M. le professeur Nepveu (de Marseille), sur les nodosités sous-cutanées rhumatismales produites par des embolies bactérifères; — de M. François Arnaud (de Marseille), sur le diagnostic de la syringomyélie; — de M. Mossé (de Montpellier), sur l'action frénatrice de la compression du cou dans les crises bulbaires tabétiques; — de MM. Abezais et Arnaud (de Marseille), sur les caractères du sang efférent des capsules surrénales; — de M. Delthil, sur l'origine ornythologique de la diphthérie et les conséquences opératoires de la trachéotomie; — de M. Prioleau (de Brives), sur la tuberculose cutanée et la lymphangite tuberculeuse consécutive à la tuberculose osseuse.

Vous savez qu'un des grands attraits des Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, outre le côté scientifique, bien entendu, est constitué par les visites de la ville, autour de la ville, et les excursions plus ou moins éloignées. A Limoges et dans le Limousin, les buts de visites et d'excursions ne manquent pas. Les

©BIU Santé

atteint de péri-encéphalite diffuse sans que l'affection spécifique exerce une influeuce aussi profonde que celle que l'on tend à lui attribuer. Des affections qui présentent presque toujours les mêmes symptômes, comme, par exemple, la folie puerpérale et la folie alcoolique franches, ont presque toujours les mêmes causes; pourquoi veut-on que les paralysies générales franches qui, en somme, se ressemblent presque toutes, aient des causes si diverses, car les partisans de la paralysie générale d'origine syphilitique ne peuvent pas ne pas admettre des péri-encéphalites diffuses non spécifiques? Beaucoup ne différencient même pas, comme symptomatologie, les deux formes qu'ils admettent; ils prétendent donc que les mêmes effets ne sont pas engendrés par les mêmes causes.

Je conclus que la syphilis n'est pas une cause principale de paralysie générale et qu'il reste à démontrer qu'elle est une cause prédisposante adjuvante, les deux affections pouvant, comme tant d'autres, exister simultanément chez le même individu et être traitées de façon à ce que l'on voit l'une s'amender et l'autre progresser.

BIBLIOTHÈQUE

MALADIE DE LA PEAU DITE MALADIE DE PAGET, par le docteur L. WICKHAM. Paris, G. Masson, 1890.

Après avoir fait un historique complet de la question, l'auteur passe à son étude clinique. La maladie débute incidemment généralement entre 50 et 60 ans et est bien plus fréquente chez la femme que chez l'homme. La lésion, unilatérale le plus souvent, siège à droite dans la majorité des cas. On sait, depuis les recherches de Doner, que la maladie est due au développement de psorospermes.

Le début est marqué par l'apparition d'une croûte ou de concrétions au sommet du mamelon. Tantôt l'épiderme reste intact, tantôt il rougit et s'excorie; la petite excoriation se cicatrise et se referme continuellement. Bientôt la lésion prend l'aspect d'une plaque suintante recouverte de croûtes, douloureuse, surtout au contact

---

nombreuses usines à porcelaine et celles que fait marcher la Vienne, les papeteries, tanneries, minoteries, etc., ont attiré beaucoup de visiteurs à Saint-Junien, Rochechouart, Saint-Yrieix, à Aubusson (tapisseries), Lavaveix (mine de charbon), Guéret. La dernière grande excursion à Brives, Périgueux, Angoulême nous a conduit sur les bords de la Vézère, où nous avons pu admirer, dans un pays ravissant, les habitations des anciens Troglodytes. Pendant que tout le monde recherchait des silex taillés, et ils étaient encore nombreux, malgré les pèlerinages faits dans ce pays depuis vingt ans, je me mettais en quête de quelque légende pour en agrémenter mon feuilleton; mais j'ai dû y renoncer; décidément, il n'y avait que des cailloux et des rochers sur ce sol aride.

Le Congrès s'est terminé par une petite scène touchante qu'il faut que je vous conte. L'organisateur de nos Congrès, depuis 1872, est M. le professeur Gariel, qui s'est adjoint, il y a quelques années, notre ami Cartaz. Toutes les formules élogieuses ayant été épuisées à leur endroit, nous renonçons à y suppléer; le conseil d'administration de l'Association a cru devoir y renoncer aussi, en ce qui concerne M. Gariel; mais il a trouvé une autre manière de lui témoigner sa gratitude pour le zèle qu'il a déployé depuis vingt ans, et qui, il faut bien le savoir, a assuré le succès de l'Association.

Le conseil a donc fait graver une fort belle médaille en bronze que M. le président Cornu a remise, avec un petit discours fort aimable, aux applaudissements de l'assemblée générale, à M. Gariel.

Le Congrès de 1891 aura lieu, à Marseille, à la fin du mois de septembre. Le prési-

©BIU Santé

de l'air ou des vêtements. Très souvent il vient un moment où apparaît une production cancéreuse superficielle ou profonde, dont le développement n'est cependant pas fatal. M. Wickham a fait des recherches histologiques minutieuses qui montrent bien l'évolution de la lésion et sa transformation en tumeur maligne.

La médication antiparasitaire est naturellement indiqués; tant qu'il n'y aura pas d'épithélioma, on recourra au chlorure de zinc au 1/3 avec application d'emplâtre de Vigo, alternant avec une pommade iodoformée à 1/10. Sitôt que l'épithélioma apparaîtra, il faudra recourir à l'ablation. — P. N.

ETUDE SUR L'ASSURANCE MUTUELLE EN CAS DE MALADIE, par MM. G. GALLET-LAGOGUEY et RONDEAU. — Paris, Choquet, 1890.

Les auteurs ont pris pour base de tous calculs les risques de maladie prévus par la table de M. Hubbord et ont appliqué leur principe d'assurance mutuelle à ces données. Il faut arriver à 61 ans pour que les risques égalent le taux de la cotisation et les bénéfices réalisés jusqu'à 61 ans couvrent, et au delà, les pertes subies de cet âge jusqu'à 70 ans.

En restreignant les ressources aux cotisations et à l'intérêt des bénéfices réalisés, en admettant d'autre part que l'âge moyen des associés est de 55 à 59 ans, ce qui est énorme, le bénéfice annuel moyen minimum est de 1 fr. 78. La sécurité est aussi grande que possible dans une Association mutuelle bien comprise, et il est absolument démontré que : « Toute association mutuelle, pourvu qu'elle ne s'impose pas d'autre charge, peut allouer à tous ses membres atteints d'incapacité temporaire ou permanente, par suite de maladie ou d'accident, une indemnité quotidienne d'un taux égal à celui de la cotisation mensuelle versée par chacun d'eux. L'Association peut payer cette indemnité avec ses seules ressources et quelle que soit la durée de la maladie.

P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Heddens, dans les *Annales d'oculistique* (janvier et février 1890), a publié un travail intéressant sur l'*examen et la signification des symptômes pupillaires.*

L'examen des symptômes pupillaires comprend la recherche de la *mobilité pupillaire* et celle de la *sensibilité réflexe.*

dent de la section des sciences médicales sera M. le docteur Chapplain, directeur de l'Ecole de médecine.

Le Congrès de 1892 aura lieu à Pau. L.-H. PETIT.

GLYCÉRÉ CONTRE L'ICTHYOSE. — Lailler.

Hydrolat de laurier-cerise.....	10 grammes.
Glycéré d'amidon.....	100 —

Mêlez. — Dans l'icthyose, on commence par faire deux onctions par jour avec ce glycérolé. Plus tard on n'en fait plus qu'une, et enfin lorsque la peau a repris son apparence normale, et qu'il ne s'agit plus que de lui conserver sa souplesse, on se contente d'une onction par semaine. — Avant de recourir à l'emploi du glycérolé, on commence par débarrasser la peau de ses squasmes, à l'aide de bains simples seuls, ou alternant avec des bains alcalins, que l'on répète chaque jour, ou tout au moins deux fois par semaine. Les bains sont suivis de frictions avec un linge sec, et d'un léger massage. Généralement la peau est débarrassée de la presque totalité des squasmes dans l'espace de deux à trois semaines. — Contre l'icthyose, Hébra vante les frictions au savon mou, répétées deux fois par jour, et suivies de l'enveloppement dans des couvertures de laine. Après six à douze jours de ce traitement, il prescrit un bain quotidien de deux heures au moins de durée. — N. G.

©BIU Santé

Pour la détermination de la mobilité pupillaire, on utilise le réflexe lumineux ou la réaction de la convergence et de l'accomodation, ce dernier existant toujours dans ce cas.

1° Si les deux pupilles réagissent à la lumière, l'examen est terminé : il n'y a aucune anomalie.

2° Si l'une des deux pupilles ne réagit pas à la lumière (anesacarie), l'examen de la réaction accomodative nous renseigne sur le point de savoir si nous avons affaire à une immobilité monolatérale réflexe ou absolue.

3° Si les deux pupilles ne réagissent pas à la lumière, l'état de la réaction accomodative nous apprend :

a) Si l'immobilité est absolue pour les deux pupilles ;

b) Si elle est absolue sur une seule pupille ;

c) Si elle est simplement réflexe.

L'examen de la sensibilité réflexe est basé, comme nous venons de le voir, sur la réaction pupillaire à la lumière et doit se faire pour un seul œil à la fois. Cet examen n'est pas possible au cas où il existe une immobilité pupillaire absolue. L'examen de la sensibilité réflexe d'une partie du champ rétinien (comme dans l'hémionopsie) offre de grandes difficultés et est toujours sujet à caution, à cause de la diffusion de la lumière dans l'œil.

Quant à la signification pathologique des divers symptômes pupillaires, l'auteur se contente de faire ressortir d'une manière générale que les troubles absolus de la motilité pupillaire sont dus aux anomalies des fibres pupillaires centrifuges (oculo-moteur et sympathique) et que les troubles de la sensibilité réflexe reconnaissent pour causes les anomalies des fibres centripètes.

L'anesacarie est toujours due, selon l'auteur, à une anomalie de la motilité pupillaire, c'est-à-dire à une lésion des fibres centripètes. Si l'anesacarie existe dans certains cas de cécité d'un seul œil (atrophie optique, embolie de l'artère centrale, etc.), c'est qu'il y a en même temps des nerfs centrifuges.

Le trajet des fibres centripètes est peu connu. On ne connaît rien de leur distribution dans la rétine, ni de leur direction à partir du chiasma.

Heddens joint à sa communication les schémas de Magnus et de Mobuis. Il y ajoute un autre, basé sur les vues de Bechterew. Ce schéma est le plus simple. Les nerfs pupillaires centripètes se rendent directement sans entrecroisement vers le plancher du quatrième ventricule et de là au noyau de l'oculo-moteur. Les deux noyaux sont reliés entre eux. Ces vues sont corroborées par une observation de Mali, avec autopsie.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (1er TRIMESTRE 1890).

Recherches sur les maladies microbiennes.

Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de rapporter un certain nombre des communications qui ont été faites à la Société de biologie dans la première moitié de l'année. Cependant il en est quelques-unes fort intéressantes que nous avons dû laisser de côté et qu'il convient de résumer.

MM. Charrin et Roger ont expérimentalement recherché *l'influence de la fatigue sur l'évolution des maladies microbiennes*. Pour déterminer de la fatigue, ils ont mis les animaux dans un tambour analogue à ceux qui sont annexés aux cages d'écureuils ; ce cylindre, disposé de telle façon que son diamètre fût vertical, était mis en rotation et faisait douze tours à la minute ; les animaux qui y étaient renfermés étaient contraints de marcher en sens inverse du mouvement imprimé au cylindre en faisant 2,260 mètres à l'heure. Les rats blancs sont les animaux qui ont le mieux supporté les expériences ; on les laissait se reposer la nuit, et, pendant le jour, on leur faisait faire, en deux re-

© BIU Santé

prises, 15 kilom. 820 mètres. MM. Charrin et Roger ont inoculé la bactéridie charbonneuse et le bacille du charbon symptomatique.

Pour le charbon bactéridien, les résultats les plus intéressants ont été fournis par l'inoculation du deuxième vaccin, c'est-à-dire d'un virus légèrement atténué. Les rats blancs ont parfaitement supporté le virus à la dose de douze gouttes. La même quantité a été inoculée à sept rats qui ont été aussitôt après soumis au surmenage : l'un d'eux a résisté; un autre est mort au bout de quatre-vingt seize heures; quatre au bout de trois jours; deux, enfin, le lendemain du jour où on les avait inoculés. Les résultats ont été les mêmes avec dix gouttes.

L'étude du charbon virulent a conduit à des conclusions semblables : deux gouttes ont tué un témoin en trois jours et un surmené en deux; une goutte a été insuffisante pour tuer un témoin, tandis que les surmenés sont morts cent-vingt heures après l'inoculation.

Onze rats ont été inoculés avec du charbon symptomatique. Cinq ont été laissés au repos, aucun d'eux n'est mort. Six ont été soumis au surmenage, ils ont tous succombé.

La fatigue imposée aux animaux inoculés favorise donc considérablement le développement des infections. Il faut cependant remarquer que des animaux de même taille, soumis aux mêmes exercices, sont loin d'avoir la même aptitude morbide et qu'il en est qui résistent plus les uns que les autres.

M. Galtier a étudié les *modes de transmission de la rage* en dehors de la morsure et du lèchement. La transmission par ingestion est très rare. Cependant M. Galtier est parvenu à la donner à des lapins en badigeonnant la muqueuse buccale avec du virus rabique incorporé à de l'axonge ou en le faisant ingérer. Sur trente lapins qui avaient eu la muqueuse badigeonnée, il y a eu quatre cas de rage; sur un même nombre qui avait ingéré une inoculation préparée avec des bulbes, deux seulement sont devenus enragés. Ce mode d'inoculation de la rage n'a donc qu'une importance secondaire. M. Galtier a cependant été consulté au sujet d'un enfant qui avait introduit dans sa bouche, pour s'amuser à le mordre, un objet souillé par un chien enragé. Il n'engagea pas les parents à le faire traiter et cependant pense qu'à l'avenir il agirait autrement.

La muqueuse respiratoire est fort rarement exposée à recevoir du sinus rabique, et cela est fort heureux, car elle est bien mieux apte à l'absorber. Elle absorbe même mieux que la conjonctive qui est très exposée à être contaminée par des projections de salive rabique, des attouchements par les doigts, etc. Lésée, la conjonctive absorbe le virus assez facilement.

Que convient-il de faire quand il y a eu introduction de la matière virulente dans la bouche, dans le sang ou dans l'œil? M. Galtier a, depuis longtemps, appris à apprendre la valeur préservative de la teinture d'iode; il l'a expérimentée souvent et a invariablement constaté ses bons effets quand elle était employée hâtivement sur des morsures ou sur des plaies d'inoculation. Il conseille donc, dans les cas ci-dessus, de se gargariser avec de l'eau iodée à saturation, d'en aspirer par le nez et d'en baigner l'œil. L'instillation d'eau iodée dans un œil qui vient de recevoir du virus rabique préserve invariablement les animaux sur lesquels on l'emploie dans les dix minutes qui suivent l'application de la matière virulente.

M. Galtier pense que, moyennant ce traitement mis en pratique rapidement, on peut se dispenser de se soumettre à une autre médication antirabique. Mais que conseiller à une personne qui aurait reçu de la bave dans l'œil ou tout autre produit rabique e qui n'aurait pas eu recours à un lavage antivirulent ou n'aurait subi qu'un lavage tardif? Pour M. Galtier, il n'y a pas d'hésitation à avoir. Le dépôt du virus sur la conjonctive est au moins aussi dangereux qu'une morsure à travers les vêtements; il faut donc engager à suivre le traitement Pasteur.

La muqueuse intacte des voies génito-urinaires absorbe rarement le virus rabique. On peut concevoir qu'un chien enragé transmette la maladie à sa femelle, soit en la léchant, soit en s'accouplant avec elle après s'être léché le pénis, comme les chiens enragés ont de la tendance à le faire au début de la rage. On pourrait peut-être expliquer ainsi des cas de rage survenus sans morsure. L'espèce humaine est ainsi exposée

©BIU Santé

parfois à contracter la rage, à la suite d'une absorption de virus, par la muqueuse génito-urinaire. Assez souvent, au début de la rage, le chien devient plus caressant et lèche plus volontiers les personnes qui sont connues de lui; on peut même ajouter qu'il devient plus dépravé. Il y a du danger à se prêter à ces lèchements, surtout s'ils portent sur des parties excoriées, sur certaines muqueuses, etc. Que conseiller à une personne qui aurait subi ces lèchements. M. Galtier fut consulté un jour par une personne qui s'était fait lécher par son chien atteint de rage non encore soupçonnée sur la muqueuse génito-urinaire. Comme la personne affirmait qu'elle n'avait aucune excoriation, et qu'elle disait s'être lavée rapidement, il ne conseille pas le traitement Pasteur ; mais s'il y avait le moindre doute sur l'intégrité des parties, il faudrait, dans un cas semblable, y avoir immédiatement recours.

M. C. Leroy (de Lille) a fait des recherches sur le *microbe de l'érysipèle*. A la suite d'un érysipèle expérimental typique chez le lapin, il peut persister sur l'oreille inoculée des lésions très réduites et chroniques dépendant de l'affection microbienne primitive. Les recherches bactériologiques ont montré que ces altérations renferment des micro-organismes. Ces derniers, cultivés, ont reproduit, sur des milieux de culture, des caractères suffisants pour faire croire que l'on avait affaire à l'agent pathogène de l'érysipèle. Mais le microbe de l'érysipèle, en passant de l'homme sur un milieu de culture artificiel, peut modifier ses caractères morphologiques, ainsi que ses propriétés virulentes. Ce fait serait analogue à ceux de Chantemesse et Widal, dans lesquels la même transformation s'est faite à la suite d'une série de passages sur l'animal. La persistance dans les tissus du micro-organisme de l'érysipèle est tout aussi nette que celle que l'on rencontre dans les anciennes cultures, et son réveil, à un certain moment, dans l'organisme où il est fixé, permettrait d'interpréter la pathogénie des érysipèles périodiques. Il peut se conserver dans les tissus aussi bien que dans les cultures et jouer dans l'organisme un rôle parallèle à ces dernières lorsqu'elles sont inoculées sur d'autres milieux.

M. Netter a rapporté un fait très intéressant de *méningite suppurée consécutive à un coup de revolver*. Un homme de 54 ans avait succombé, dans le service de M. Peyrot, à la suite d'un coup de revolver qu'il s'était tiré dans la bouche. La mort était survenue le dix-huitième jour, après des symptômes de méningite. A l'autopsie, on trouva dans le cerveau la balle, qui avait traversé la voûte palatine et l'apophyse basilaire. Des traînées purulentes accompagnaient les vaisseaux de l'encéphale. En certains points, le pus formait de petits îlots. En dehors de la méningite, il n'y avait qu'une pneumonie double discrète.

M. Netter pratiqua l'examen microscopique de l'exsudat et fit des ensemencements. Dans les préparations, il vit une grande quantité de micro-organismes qui, cultivés et inoculés, furent reconnus être des *pneumocoques* et des *staphylococcus pyogenes aureus*. Les mêmes microbes se trouvaient dans les noyaux de broncho-pneumonie.

Il s'agissait donc d'une méningite suppurée traumatique dans laquelle se trouvait le pneumocoque associé au staphylocoque aureus.

L'on sait qu'il existe une méningite suppurée à pneumocoques sans pneumonie. Actuellement, M. Netter a recueilli 30 observations personnelles de méningites et il a trouvé le pneumocoque dans 19 cas, soit les deux tiers des méningites suppurées.

Le cas que M. Netter vient de citer est le premier dans lequel il a constaté l'association du pneumocoque et du staphylococcus aureus. Il connaît une observation de Monti dans laquelle le pneumocoque était accompagné du staphylococcus pyogenes albus. Les conditions particulières dans lesquelles est survenue la méningite expliquent la présence de l'association microbienne dans sa dernière observation. Dans son mémoire sur la méningite (*Archives de médecine*, 1887), M. Netter a cité des expériences dans lesquelles il déterminait, chez le lapin, une méningite suppurée après introduction des pneumocoques sous la dure-mère. La balle qui a pénétré dans la bouche a reproduit, chez l'homme, le dispositif des expériences faites chez le lapin.

Les pneumocoques qui se sont introduits dans le trajet créé par la balle ont été fournis par le malade lui-même. La bouche, qui était chez lui en communication avec la

©BIU Santé

cavité crânienne, renferme normalement, chez beaucoup de sujets, le pneumocoque et le staphylococcus pyogenes aureus.

M. Netter est à même d'établir que, chez son malade, la bouche renfermait le pneumocoque. En effet, au moment de l'autopsie, il a trouvé dans le sinus sphénoïdal un mucus jaunâtre qui a été inoculé dans le tissu cellulaire du dos d'une souris. L'animal a succombé à une infection à pneumocoques. Si les sinus qui prolongent les cavités nasales renfermaient le pneum ocoque, celui-ci existait certainement dans la bouche.

Il suit de cette observation que la méningite traumatique peut être causée par les mêmes agents que la méningite suppurée spontanée. Elle réalise sur l'homme la méningite par infection directe et est une démonstration éclatante du rôle pathogène que peuvent remplir, dans des conditions spéciales, des microbes qui, jusque-là, habitaient sans inconvénients la cavité bucco-pharyngée.

MM. Malassez et Albarran d'abord, M. Darier ensuite, ont trouvé des psorospermies dans les épithéliomes et dans la psorospermose folliculaire végétante. M. Vincent a apporté de nouveaux faits confirmant la présence d'éléments semblables aux psorospermies dans l'épithélioma pavimenteux. Au milieu des lobules épithéliaux ou dans leur voisinage, il existe des corps spéciaux dont les dimensions se rapprochent de celles des cellules du corps muqueux et qui sont entourés d'une membrane réfringente tantôt mince, tantôt très épaisse, selon l'âge du parasite. Le protoplasma est généralement granuleux et au centre de la cellule existe un amas nucléaire qui manque parfois. On peut rencontrer plusieurs psorospermies dans une membrane commune. Ces corps sont enkystés eux-mêmes dans une cellule dont ils repoussent le noyau à la périphérie. Dans l'épithéliome pavimenteux lobulé, le centre du lobule est formé d'une agglomération de psorospermies très serrées. M. Vincent n'a pas réussi les essais de culture qu'il a tentée.

Tous les travaux faits sur la nature parasitaire des épithéliomes ont été combattus par M. A. Borrel. Il a retrouvé dans la plupart des tumeurs épithéliales toutes les figures données comme parasites. Deux sortes d'éléments ont été décrits comme phases d'évolution de la coccidie : 1° Des kystes intra-cellulaires refoulant le noyau des cellules épithéliales ; 2° des kystes à parois plus épaisses et réfringentes aux divers étages du réseau de Malpighi. Les coupes de plus de quinze tumeurs épithéliales ont montré à M. Borrel qu'il s'agissait soit d'une dégénération du tissu épithélial, soit d'une formation endogène de cellules à évolution toute spéciale, mais à caractère nettement épidermique. Jamais, en laissant des fragments macérer dans l'eau, il n'a rencontré un élément qui présentât apparence de survie et qui dût faire penser à un parasite continuant à évoluer dans des tissus altérés.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 septembre — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une note sur la variolisation chez les Béni-Menassers, par M. le docteur Perronnet ;

2° Une note sur l'influence des vaccinations sur le développement de la syphilis, de la tuberculose, de la fièvre typhoïde et de la diphtérie, par M. le docteur Pigeon.

— M. Le Président annonce la mort de M. Gavarret, qui a été président de l'Académie, et lève la séance en signe de deuil.

©BIU Santé

FORMULAIRE

Potion antigastralgique.

Chloroforme	1	gramme.
Rhum	8	grammes.
Sirop de sucre	30	—
Eau distillée	120	—

F. s. a. une potion, dont on fait prendre une ou deux cuillerées avant les repas, aux tuberculeux qui ont conservé de l'appétit, mais qui éprouvent des douleurs stomacales après avoir mangé. — Le malade peut, dans le même but, avaler avant chaque repas, une pilule d'extrait thébaïque de 25 milligrammes, ou 2 gouttes noires anglaises, dans un peu d'eau sucrée. — N. G.

COURRIER

La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse met au concours, pour 1891, les deux prix suivants :

Prix Jules Naudin : « Histoire et critique des doctrines relatives au tétanos. » Valeur du prix : 1,500 francs, plus 200 francs pour impression.

Prix de Mme Adrien Gaussail : « De l'influence des fièvres éruptives sur le développement de la tuberculose. » Valeur du prix : 1,000 francs, plus 200 francs pour impression.

Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner, chaque année, quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient point été imprimés ou communiqués à quelque autre société savante.

Les mémoires doivent être adressés, pour les prix, avant le 1er janvier 1891 ; pour les médailles d'encouragement, avant le 1er mars 1891, à M. le secrétaire général de la Société.

— Le *Courrier de la presse* (2e année), Paris, 19, boulevard Montmartre, A. Gallois, directeur, communique les extraits de tous les journaux du monde sur n'importe quel sujet.

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur**. Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels ; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

TRIBROMURE DE GIGON. — Epilepsie, Hystérie, Névroses.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Congrès de 1890 : Chirurgie et gynécologie. — II. Bibliothèque : Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses. — Sur les troubles dyspeptiques dans l'enfance et leur diagnostic. — III. Revue de pharmacologie. — IV. Formulaire. — V. Courrier.

CONGRÈS DE 1890 (1)

Chirurgie et gynécologie.

Les communications sur l'obstétrique et la gynécologie faites à Birmingham et à Berlin ont été très nombreuses. Forcés d'être brefs, nous nous bornerons à grouper les plus importantes d'entre elles, de façon à donner à nos lecteurs un aperçu de la manière dont ont été traitées les principales questions à l'ordre du jour.

I

M. Greig-Smith, convaincu de l'importance de la *laparotomie dans les cas d'obstruction intestinale*, constate que bien souvent on ne se décide à opérer que trop tard, et son avis est partagé par les membres du Congrès (Birmingham). Il est, du reste, extrêmement difficile de fixer des règles précises, car la nature de l'obstruction, car sa marche, la tolérance du malade, etc., varient beaucoup selon les cas. Lorsque l'on voit le malade au début des accidents, on fait une incision exploratrice de 5 centimètres, après avoir donné un lavement d'eau et de cognac et pratiqué l'anesthésie.

Il faut avoir soin de vider l'estomac à l'aide de la pompe et ne pas s'attarder à rechercher le lieu de l'obstruction. Lorsque l'on trouve une anse pleine de liquide, on l'attire au dehors, puis on la ponctionne avec un trocart pour la vider; on doit, à ce moment, ne plus donner d'anesthésique. Si l'intestin se contracte, on fait un point de suture avant de le replacer dans l'abdomen; si, au contraire, il est paralysé, on y met un tube à drainage que l'on peut laisser deux jours. Quand l'état du malade est très mauvais, l'intervention doit être aussi simple que possible, et il faut se borner à ouvrir une issue aux matières; plus tard, on peut compléter l'opération.

Pour M. Mayo-Robson, la laparotomie donne des résultats très mauvais dans l'obstruction. Il est très difficile, dans un cas donné, de savoir s'il faut opérer immédiatement; quelquefois on ne doit pas employer d'anesthésique général; c'est ainsi que, chez une vieille femme, M. Robson se borne à obtenir l'insensibilité locale avec la cocaïne. Comme M. Smith, il insiste sur ce point qu'il n'est pas nécessaire de chercher à reconnaître toujours la cause de l'obstruction ou de vouloir trop bien faire. Plus de malades seraient sauvés si l'on se bornait à vider l'intestin et à donner simplement une issue aux matières et aux gaz. M. Robson a, dans un cas,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 23, 28 juillet et 2 septembre 1890.

©BIU Santé

drainé l'intestin et laissé un tube en place jusqu'à ce que les symptômes les plus graves aient disparu. Il considère l'opium comme dangereux dans la plupart des cas. C'est aussi l'avis de M. KENDAL-FRAUSER, qui reproche à l'opium de faire croire à une amélioration qui n'existe pas, en calmant la douleur.

Dans les cas très graves, M. JESSET conseille de faire l'entérostomie à l'aide d'une petite incision. Si l'on est forcé de faire l'excision d'un segment d'intestin, il faut réunir les deux bouts à l'aide des plaques de Senn, qui permettent de terminer rapidement.

Au Congrès de Berlin, M. KŒNIG a fait une communication très intéressante sur le traitement de la *péritonite tuberculeuse à forme ascitique* par la laparotomie. Sur 14 cas personnels, il a eu 4 morts, dues : 1 au collapsus et 3 à la péritonite aiguë. M. Kœnig a pu réunir une statistique de 181 laparotomies faites pour tuberculose péritonéale; il y a eu de nombreuses guérisons. La maladie est bien plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Il est difficile de dire si la guérison est définitive, bien que, dans 2 cas, les malades ayant succombé ultérieurement à d'autre affections, on n'ait pas trouvé de tubercules dans le péritoine. Une guérison obtenue par Spencer-Weller se maintient depuis vingt-cinq ans.

La guérison survient aussi bien quand on se borne à faire une simple incision au péritoine et quand on lave que lorsqu'on enlève des masses tuberculeuses et caséeuses. C'est ainsi que M. Kœnig rapporte un cas dans lequel le chirurgien, trouvant le péritoine farci de tubercules, se borna à refermer l'incision qu'il avait faite; rapidement les phénomènes morbides disparurent. L'emploi de substances microbicides n'a pas d'influence sur le résultat définitif. Très souvent, en même temps que la péritonite tuberculeuse, il existe une tuberculose intestinale qui joue le rôle de foyer infectant.

M. KUMMEL a eu 8 succès sur 9 laparotomies faites pour tuberculose péritonéale. Cependant 2 malades sont morts ultérieurement de péritonite et 3 ont des fistules. Sur 2 cas, M. SUBBOTIC a eu 2 succès.

M. IVERSEN s'est occupé des *nouvelles méthodes d'extirpation du rectum*. Les opérations de Volkmann, Lisfranc, Diffenbach, ne peuvent être considérées que comme palliatives. L'opération de Kraske, qui enlève le rectum par la voie sacrée, permet de faire l'ablation complète du tissu périrectal et des ganglions. Elle n'est pas plus dangereuse que les anciennes méthodes et permet d'espérer la guérison. M. Iversen est le premier à reconnaître que la suture des deux bouts du rectum ne réussit pas souvent; il ne cherche du reste pas à l'obtenir absolument et extirpe aussi la portion anale du rectum quand il n'y a pas au moins trois travers de doigt d'intestin sain au-dessus de l'anus (1). Deux de nos malades ont survécu à l'opération, et l'anus artificiel sacré ne livre passage aux matières que deux fois par jour environ. En tout, M. Iversen a fait 19 opérations de Kraske et toujours ses malades étaient dans une situation grave et affaiblis; aussi

(1) Nous ferons remarquer à ce propos que si l'on se reporte aux discussions qui ont eu lieu à la section de chirurgie, il semble qu'en France les opérateurs attribuent une grande importance à la conservation de cette portion anale, afin d'éviter l'incontinence ou du moins afin de la rendre temporaire.

© BIU Santé

a-t-il eu 5 morts par collapsus. Il reconnaît que la colotomie est souvent seule praticable, les malades se présentant au chirurgien à une époque trop avancée. Pour M. Bryant, du reste, la colotomie permet une survie plus longue que l'opération de Kraske.

M. Koenig, au contraire, préconise la méthode sacrée. Les suites de l'opération seraient beaucoup meilleures quand on laisse la plaie ouverte en arrière selon la pratique de Von Bergmann.

M. Lange, pour éviter autant que possible l'incontinence des matières, sépare l'anus des muscles qui sont placés au devant de lui; la réunion des deux bouts de l'intestin devient alors plus facile.

M. Billroth a fait l'exposé des résultats qu'il a obtenus dans les résections pratiquées sur l'estomac et les intestins. La pylorectomie a été pratiquée 37 fois pour cancer avec 12 guérisons opératoires. La récidive a entraîné la mort après un temps variant de cinq mois à deux ans et trois mois. L'opération a aussi été faite pour des rétrécissements non cancéreux; dans trois cas où le diagnostic était difficile, M. Billroth fit sur l'estomac une incision exploratrice avant d'opérer; les trois malades ont succombé. Un opéré est mort d'un ulcère rond quelques années après l'intervention, et une femme d'une péritonite consécutive à un abcès de la paro

La gastro-entérostomie pour cancer du pylore a été faite 28 fois : il y a eu 14 morts et 14 guérisons. La survie la plus longue est de quatorze mois. Six fois M. Bilroth a pratiqué l'opération de Kraske; la réunion immédiate des deux bouts de l'intestin n'a été obtenue que deux fois; dans les autres cas, la partie postérieure de la suture a cédé. Il a fait aussi de nombreuses résections du cœcum et du côlon. Celle de l'S iliaque est très pénible, et, dans 2 cas où M. Billroth a cru devoir la faire, il a eu deux morts.

Toutes ces opérations entraînent facilement le collapsus et la péritonite septique par suite des épanchements de matières qui se font pendant les manœuvres.

Après avoir entendu la communication de M. Billroth, un certain nombre de chirurgiens ont rapporté les résultats qu'ils avaient obtenus par les résections portant sur le tube digestif.

M. Novaro a fait une pylorectomie pour cancer et deux pour rétrécissement. L'opéré du cancer est mort de récidive après quatorze mois; un des opérés de rétrécissement est guéri, l'autre est mort d'inanition par suite de la formation d'une fistule rendant l'alimentation presque impossible. Sur 5 pyloroplasties, 1 seule est morte après une hémorrhagie interne. De 4 gastro-entérostomies pour cancer, 2 seulement ont survécu trois mois et dix-neuf mois.

Sur 12 pylorectomies, M. Lawenstein a eu 8 morts, et 2 morts seulement sur 11 gastro-entérostomies.

M. Bernay a conseillé de gratter avec une curette les cancers du pylore. Il s'en est bien trouvé dans un cas.

III

M. Albarran a montré trois cas de *psorospermose vésicale* observés chez l'homme. Dans un cas où le malade, mort d'accidents consécutifs à l'hypertro-

©BIU Santé

phie de la prostate, n'avait rien présenté de particulier du côté de la vessie, on trouva une plaque mamelonnée, verruqueuse sur le bas-fond et à gauche. A ce niveau, l'épithélium avait proliféré et il y avait dans les bourgeons épithéliaux des psorospermies peu abondantes, mais bien reconnaissables. Les deux autres cas se rapportent à des épithéliomas pavimenteux. M. Albarran insiste sur l'intérêt que présentent ses observations au point de vue de l'origine du cancer. Les psorospermies ont été constatées dans la psorospermose folliculaire végétante de Malassez et Darier, dans la maladie de Paget, qui se transforme souvent en épithélioma, dans des cancers de l'utérus, du nez, du rein, en dehors de la maladie de Paget. Dans la série animale, on retrouve ces parasites. C'est ainsi qu'on les a constatés dans le foie du lapin, dans le *Molluscum contagiosum* des oiseaux. Bien que l'on n'ait pas encore pu cultiver ou inoculer les parasites, M. Albarran pense cependant qu'une série de carcinomes de l'homme sont causés par eux.

Pour M. Inglis Parsons, il peut se produire un *arrêt de développement des tumeurs malignes sous l'influence d'un courant faradique* (Birmingham). D'après lui, les cellules des tumeurs malignes ont une vitalité moindre que les cellules saines des parties environnant les tumeurs, parce que, se développant à la suite d'une inflammation ou d'un processus de réparation elles échappent à l'influence du système nerveux. Un courant faradique de puissance moyenne n'affecte que les cellules qui se trouvent au voisinage des pôles; si on atteint les hautes tensions, toutes les cellules peuvent être modifiées. Il faut employer un courant de 200 à 400 milliampères, car la résistance des tumeurs au courant varie beaucoup, cette résistance étant au minimum dans les tissus mous. Ce n'est pas sans danger que l'on atteint les hautes tensions surtout dans le voisinage du cœur, car M. Parsons a vu une syncope mortelle chez une femme qui avait un cancer du rein ayant envahi l'aisselle et le sternum. Même dans les cas avancés où on ne peut plus espérer la guérison, l'opération a paru diminuer les douleurs. Appliqué trois fois à une femme de 38 ans qui avait un carcinome du sein gauche à marche rapide, dont le diagnostic avait été fait par plusieurs chirurgiens, le courant faradique arrêta le développement de la tumeur et amena la cessation des douleurs. M. Parsons a réussi aussi à rendre indolent et stationnaire un squirrhe du sein qui se développait rapidement chez une dame de 57 ans. Une recrudescence survenue à la suite d'un traumatisme fut arrêtée de la même façon.

IV

M. Lawson-Tait a vivement intéressé les gynécologistes venus au Congrès de Birmingham en donnant les résultats définis de l'*extirpation des annexes* dans 219 cas de *fibromes utérins*, sur 327 opérations qu'il a pratiquées et qui ont donné en bloc une mortalité de 1,8 p. 100. 4 opérées ont succombé aux suites de l'intervention. Des 215 autres, il a été impossible d'en retrouver 11, les autres ont été récemment examinées. Dans 3 cas, l'insuccès a été complet et l'on a dû enlever la tumeur par l'hystérectomie; très probablement, l'extirpation des annexes n'avait pas été complètement faite. Trois fois il s'agissait de sarcome et, par conséquent, l'opération était inutile. Une opérée a présenté des accidents nerveux; comme elle était déjà atteinte d'aliénation avant l'extirpation des ovaires, on ne peut mettre sa folie sur le compte de l'opération. La folie peut survenir après toutes les

opérations et, pour M. Lawson-Tait, elle dépend plutôt du chloroforme que de l'intervention elle-même, bien que Kesth ait dit que 10 p. 100 des femmes auxquelles on enlevait les ovaires devenaient aliénées. Il a même vu trois fois des symptômes de folie disparaître après l'ablation des annexes, et cette opération donna de bons résultats dans 7 cas d'épilepsie cataméniale. La guérison complète a été constatée chez 201 femmes. Elle peut ne se produire qu'après plusieurs mois; cependant, dans 179 cas, l'arrêt de la menstruation fut immédiat, et elle ne reparut pas. C'est chez les femmes jeunes que l'on obtient les meilleurs résultats. Lorsque les malades ont atteint 45 ans, la diminution de volume, après l'opération, se fait beaucoup plus lentement.

En Angleterre, comme en France, le traitement électrique du fibrome à des partisans, car M. Lawrence a fait plus de 600 applications de courant constant sans avoir d'accidents. Il va jusqu'à des intensités de 200 à 250 miliampères.

M. Hegwood Smith a vu l'excision des annexes guérir la mélancolie. M. Thomas Savage, qui a fait un discours sur la *gynécologie dans ses rapports avec la folie*, admet, au contraire, que l'ablation des deux ovaires est souvent suivie de désordres cérébraux, tandis que le fait est fort rare quand un seul ovaire est enlevé. Dans quatre faits qu'il a eu occasion d'observer, trois malades ont guéri et une s'est suicidée.

Au Congrès de Berlin, une discussion approfondie a eu lieu dans la section de gynécologie relativement aux *indications de l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans le cas de cancer.*

M. Williams, rapporteur, a distingué le cancer du corps, le cancer du col et le cancer de la portion vaginale du col. Dans le cancer du corps, les indications dépendent du volume et de la mobilité de l'utérus, de l'extension de la maladie aux parties voisines.

Dans le cancer du col et de la portion vaginale, il faut tenir compte de l'âge du cancer, du point où il a pris naissance, de la direction dans laquelle il s'étend, etc. Lorsque l'on a fait l'amputation du col, le cancer récidive du côté vers lequel il s'accroissait.

Pour M. Schauta, l'indication capitale de l'extirpation de l'utérus par le vagin est le cancer de l'organe. Il faut opérer, qu'il s'agisse d'un cancer du col ou du corps, ou de la portion vaginale, et on doit rejeter les amputations partielles quand l'opération radicale est possible. Quand le néoplasme s'étend beaucoup en profondeur, on ne doit pas opérer, tandis que l'extension à une partie du rectum ou de la vessie, la propagation au vagin ne sont pas des contre-indications absolues quand l'envahissement ne va pas trop loin. Il faut établir le diagnostic entre l'induration du ligament large qui est d'origine inflammatoire et celle qui est d'origine carcinomateuse. On devra, pour cela, anesthésier la malade, toucher par le rectum et gratter la masse carcinomateuse.

L'endométrite glandulaire récidivante, les myomes et le prolapsus utérin sont aussi des indications de l'hystérectomie vaginale.

M. Pozzi conseille d'enlever la totalité de l'utérus dès que l'on a constaté la nature cancéreuse de la lésion du col. Naturellement, les chances de survie et de réussite opératoire sont d'autant plus grandes que l'amputation a été faite plus tôt. L'opération radicale n'est pas plus dangereuse que l'amputation partielle et cette dernière expose toujours à la récidive, car,

©BIU Santé

par l'examen clinique, il est impossible de savoir sûrement si la lésion dépasse ou non la partie supérieure du col. Si l'on consulte les statistiques les plus récemment publiées, on voit que l'amputation sus-vaginale donne une mortalité de 10 p. 100 et celle de l'hystérectomie vaginale une mortalité de 14 p. 100 qui s'abaisse à 5 p. 100, et même 4 p. 100 pour certains opérateurs. Cependant, il ne faut faire l'extirpation totale que quand les limites de l'utérus ne sont pas dépassées, sinon les récidives se font très rapidement et, d'ailleurs, l'opération devient fort grave. Le traitement palliatif par la cautérisation et le curettage est alors seul indiqué.

Il faut éviter, pendant l'opération, de faire basculer l'utérus quand on l'a détaché inférieurement, parce que cette pratique expose à l'infection de la plaie. On peut tenter de nettoyer le col et de le rendre aseptique, mais, dans certains cas, il est impossible d'y arriver. Les complications du côté des annexes aggravent parfois la situation. C'est ainsi que M. Pozzi a vu, dans un cas, le cancer coïncider avec un pyosalpinx double. On doit toujours, une fois l'utérus enlevé, examiner l'état des annexes et en faire l'ablation si elles sont malades. Si elles sont saines, on peut les laisser en place.

L'emploi des pinces à demeure doit être considéré comme un procédé de nécessité et non comme un procédé de choix systématique. La ligature préalable et progressive des tissus, par petites masses, difficile, du reste, quand l'utérus s'abaisse mal, est préférable à la forcipressure.

Le pincement en masse des ligaments larges peut, d'après M. Pozzi, exposer à divers accidents dont plusieurs fort graves.

M. Olshausen regarde l'hystérectomie vaginale comme une bonne opération qui ne doit pas disparaître de la gynécologie. Actuellement, elle est peu employée, parce que, le plus souvent, le diagnostic de carcinome est trop tardivement posé. La mortalité ne dépasse pas 10 à 15 p. 100, même quand on fait l'opération à une époque avancée. Il est rare d'observer des guérisons durables; cependant, en opérant tôt, on peut espérer avoir de bons résultats. Les femmes opérées souffrent beaucoup moins que celles qui ne l'ont pas été, et il est habituel de voir cesser les hémorrhagies et les pertes. La récidive se produit rarement dans le vagin, plus fréquemment dans les ligaments larges et les organes du petit bassin. L'extirpation par le vagin est la meilleure méthode et ne peut être remplacée par l'incision sacrée ou périnéale. Cependant, l'excision périnéale par la méthode de Zucker-Handl peut être très utile quand il y a propagation au vagin.

Avant d'opérer, il faut désinfecter rigoureusement le carcinome, puis inciser le vagin aussi loin que possible autour du cancer. On dégage ensuite rapidement le col et l'on fait le moins possible de ligatures. Alors on ouvre la cavité de Douglas pour placer la première ligature en masse sur le ligament large par lequel on commence. Après avoir enlevé l'utérus, on ferme le péritoine et le vagin par des sutures faites exclusivement avec du catgut. On embrasse les moignons de ligature dans la suture. En opérant ainsi, on obtient presque toujours la réunion par première intention.

M. Péan, quand il s'agit d'une tumeur épithéliale du col, conseille d'extirper par fragments le col malade, puis ensuite d'abaisser le corps de l'utérus et de l'enlever; on évite ainsi de souiller le péritoine par des débris. Quant c'est le corps qui est atteint, on enlève le col, puis on morcelle le corps. L'ablation de l'utérus est facile, s'il est ramolli ou détruit en partie par la suppuration, même s'il y a des adhérences solides avec les

© BIU Santé

organes voisins. M. Péan préfère faire l'hystérectomie que la castration tubo-ovarienne dans les névralgies et les suppurations de l'utérus et des annexes; il la trouve indiquée aussi de préférence à la castration dans les myomes de l'utérus qui ont la grosseur d'une tête de fœtus à terme.

M. Landau opère tous les carcinomes de l'utérus, même quand ils sont adhérents; il est partisan de la forcipressure. Enfin, M. Martin conseille l'opération pour toutes les maladies incurables de l'utérus.

BIBLIOTHÈQUE

Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses, par P.-J. Kovalevsky. Traduit du russe par M. le docteur Wladimir de Holsten. — Paris, F. Alcan, 1890.

La thérapeutique contemporaine, dit l'auteur, tout en ne repoussant pas l'usage des substances médicamenteuses, ne leur reconnaît plus, et cela surtout dans le traitement des affections nerveuses, le rôle prépondérant et exclusif qu'elles jouaient autrefois. De nos jours, les neurologistes s'adressent surtout aux agents physiques, l'eau, l'air, la lumière, le mouvement, l'électricité, et les drogues n'occupent plus que le second rang.

Le livre de M. Kovalevsky a pour but de mettre les médecins au courant de ces nouveaux modes de traitement que tout le monde doit pouvoir appliquer. L'auteur étudie successivement l'alimentation dans les maladies mentales et nerveuses, les boissons, les vêtements, l'électrothérapie, l'hydrothérapie, les cures d'air, la kinesithérapie. Les derniers chapitres sont consacrés aux traitements médicamenteux, psychiques, à celui des malades dans les asiles et, enfin, à celui de l'épilepsie. Nous ne saurions trop recommander, à propos de cette dernière maladie, la lecture des prescriptions minutieuses qu'a réunies l'auteur. Dans une maladie aussi longue et aussi difficile à guérir, aucune de ces prescriptions n'est indifférente et leur application permettra d'espérer le succès.

P. Ch.

Sur les troubles dyspeptiques dans l'enfance et de leur diagnostic par la recherche chimique du suc gastrique, par le docteur Moncorvo.

Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de citer les travaux nombreux de M. Moncorvo. Dans notre récente revue sur les altérations du suc gastrique, nous aurions dû mentionner ses recherches sur la dyspepsie des enfants et nous réparons volontiers cet oubli.

M. Moncorvo a établi que les troubles gastriques se présentent avec une fréquence exagérée chez les enfants, au Brésil. Au-dessus de la deuxième année, ils coïncident plus souvent avec la dilatation du ventricule.

De la naissance à la fin de la deuxième année, l'insuffisance gastrique est presque invariablement due au déficit ou à l'absence de l'acide libre du suc gastrique. Plus tard, il n'est plus aussi rare de trouver quelques cas d'hyperchlorhydrie, mais c'est toujours l'anachlorhydrie ou l'hypochlorhydrie qui constituent la règle.

La prédominance du déficit de l'acide, dans les cas qui viennent d'être indiqués, semble bien confirmée par les succès obtenus alors par la chlorhydrothérapie. — P. Ch.

REVUE DE PHARMACOLOGIE

Sommaire : Préparation des emplâtres à froid. — Calomel et bromure de potassium. Incompatibilités de l'antipyrine.

M. Cavaillès a indiqué un procédé commode pour la préparation des emplâtres à froid (*J. pharm. et chimie*, 1890, II, 1). Ayant eu à préparer des emplâtres à l'aristol,

©BIU Santé

nouveau succédané de l'iodoforme, il a dû abandonner la méthode ordinaire (incorporation de la substance à chaud dans du diachylum ou de l'emplâtre simple), puisque le di-iodo-thymol se décompose par la chaleur.

Il s'est servi du mode général qu'il emploie pour les emplâtres au caoutchouc. Le procédé, appliqué à l'aristol, consiste à délayer ce corps finement pulvérisé dans une petite quantité d'huile et à l'ajouter à une masse de lanoline caoutchoutée, préalablement refroidie et rendue très fluide à l'aide d'une quantité de benzine suffisante.

M. Cavaillès a obtenu ainsi un mélange très homogène qu'il n'a plus eu qu'à tirer sur toile au sparadrapier, pour avoir, après évaporation de la benzine, un emplâtre très régulier, possédant toutes les qualités antiseptiques de l'aristol.

Le même mode de préparation est applicable à la fabrication des emplâtres à l'iodoforme, à l'iodol, au salol, à la chrysarobine.

***

Scotte prépare, pour brûler dans les cabinets d'aisances, des bougies composées de cire, 20 parties; soufre en fleur, 20 parties; salpêtre, charbon, dextrine, de chaque 10 parties. On coule le mélange fondu dans des moules en papier fort ou en métal, avec mèche.

Leabury et Johnson (de New-York) ont exposé, à l'Exposition dernière, des bougies analogues aux bougies Deschiens. Elles sont préparées en coulant du soufre fondu dans des moules métalliques pourvus de mèches. Depuis longtemps, du reste, on employait des bougies de stéarine, mélangées de quelques parties de soufre. L'on trouve dans un des derniers numéros de la *Medic. Zeitung* (*Courrier méd.*, 1890, 27) un désinfectant commode. Il consiste en un mélange de paraffine, 9,5; iode, 1 partie; acide salicylique, 2 parties; le tout coulé en pastilles. En brûlant, ces pastilles produisent un dégagement d'iode et d'acide carbonique.

***

Dans l'*Union médicale du Nord-Est*, numéro de mai 1890, M. Mouflier signale une incompatibilité intéressante.

Si l'on fait une pommade selon la formule suivante :

Glycérolé d'amidon	45 grammes.
Bromure de potassium	4 —
Calomel	2 —

la couleur du produit n'est pas blanche, mais devient rapidement grisâtre. Cette coloration est due à la réaction qui se produit entre les deux sels, sitôt qu'ils sont mis en contact : le glycérolé d'amidon ne détermine pas, dans les conditions de l'expérience, la décomposition du calomel.

Suivant M. Mouflier, la coloration observée doit être attribuée à deux causes : 1° La décomposition partielle du calomel en bichlorure de mercure et mercure métallique; 2° la précipitation du sous-oxyde de mercure Hg_2O se séparant rapidement en oxyde HgO et mercure métallique.

En effet, le calomel présente une tendance marquée à se dédoubler en bichlorure de mercure et mercure métallique sous l'influence de la lumière, et ce dédoublement est encore beaucoup plus rapide en présence de certains corps, tels que les chlorures et les bromures alcalins. Dans le cas qui nous occupe, le calomel, se trouvant en présence du bromure de potassium, s'est dédoublé en partie en bichlorure de mercure et en mercure métallique, qui a donné à la préparation une coloration analogue à celle de la pommade mercurielle simple.

D'autre part, la seconde réaction indiquée plus haut, est produite également, car le bromure de potassium ayant une réaction alcaline, les traces d'alcali libre ont réagi sur le calomel pour donner naissance à l'oxyde mercurique et au mercure métallique.

* * *

MM. J. Millard et A. Campbell Stark ont étudié récemment avec soin les incompatibilités de l'antipyrine (*Journal de Phar. et de Ch.*, 1890; II, 4) et ont associé ce corps aux substances médicamenteuses les plus variées.

Lorsque la substance était soluble dans l'eau, ils mélangeaient 8 grammes d'une solution concentrée de cette substance à 4 grammes d'une solution aqueuse d'antipyrine à 15 p. 100 et abandonnaient le tout au repos pendant quelques heures. Si au bout de ce temps il ne s'était produit ni précipité, ni coloration, il considéraient la substance comme pouvant être associée à l'antipyrine.

Lorsque la substance était insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, il la dissolvaient dans ce dernier véhicule, la rallongeaient avec une solution alcoolique d'antipyrine à 15 p. 100 et attendaient comme dans le cas précédent.

Enfin, dans un troisième cas, la substance solide était pulvérisé dans un mortier avec un poids égal d'antipyrine. Le mélange était ensuite abandonné pendant une semaine environ dans un vase ouvert et exposé à la lumière.

Les solutions aqueuses suivantes ont donné lieu à un précipité :

Acide phénique en solution saturée.
Tannin; précipité blanc insoluble.
Hydrate de chloral en solution concentrée.
Bichlorure de mercure; précipité soluble dans un verre d'eau.
Infusion de cachou.
— de quinquina.
— de roses.
— uva ursi.
Solution d'extrait de quinquina.

Ont donné lieu à des colorations, les solutions aqueuses ci-dessous :

Acide cyanhydrique étendu	Coloration jaune.
— azotique étendu	Jaune pâle.
Alun d'ammoniaque	Jaune foncé.
Ether amylnitreux acide	Verte.
— nitreux alcoolisé acide	—
Solution de sulfate de cuivre	—
— de sulfate ferreux	Jaune brunâtre.
— de sulfate ferrique	Rouge sang.
— de perchlorure de fer	—
Sirop d'iodure de fer	Brun rougeâtre.

Un certain nombre de teintures alcooliques ont déterminé la formation d'un précipité avec les solutions aqueuses d'antipyrine.

Teinture de cachou.
— de quinquina.
— d'Hamamelis.
— d'iode (précipité soluble dans l'eau).
— de Rius.
— de rhubarbe.

Enfin le mélange de salicylate de soude et d'antipyrine ne subit pas de changement s'il est conservé dans un vase bien bouché et si les produits employés sont bien secs. Mais s'il est exposé à l'eau ou à l'humidité, il se change en un liquide huileux qui présente une réaction neutre ou faiblement alcaline. Lorsqu'on ajoute de l'eau, le liquide devient nettement acide en raison de la mise en liberté d'acide salicylique qu'on peut d'ailleurs séparer par agitation avec l'éther.

La coloration verte que l'on obtient avec l'éther nitreux alcoolisé acide est due à la formation d'isonitroso-antipyrine. Il faut pour qu'elle se produise que l'éther soit acide. Théoriquement, on pourrait donc associer l'éther neutre à l'antipyrine; mais ce composé

©BIU Santé

devient rapidement acide en présence de l'eau, en sorte que, dans la pratique, les deux médicaments ne peuvent être prescrits à l'état de mélange.

Le bichlorure de mercure ne précipite que si les solutions sont concentrées. Le précipité qui se forme n'est pas soluble dans l'eau froide ; mais il est très soluble dans l'eau chaude. Il est également soluble dans l'alcool. Au contraire, l'éther, le chloroforme, la benzine le dissolvent à peine ou pas du tout. Le bichlorure reste dans la combinaison à l'état de sel mercurique, car, même au bout d'un long temps, on ne peut y déceler la présence du calomel. Cette combinaison entre en fusion à 73°, tandis que le sublimé fond à 265° et l'antipyrine à 110°.

Le mélange de calomel et d'antipyrine effectué avec les produits secs ne donne lieu à aucun phénomène particulier. Mais si on ajoute à ce mélange de l'acide chlorhydrique dilué, il prend, au bout de quelques jours, une légère coloration jaune. Si on chauffe le calomel dans une solution aqueuse d'antipyrine, il prend une teinte foncée.

FORMULAIRE

CAMPHRE NAPHTOLÉ. — Desesquelle.

Naphtol β pulv.....	10 grammes.
Camphre en poudre.....	20 —

Triturez jusqu'à ce que le mélange se liquéfie. — Cette préparation est recommandée pour faire des onctions sur les parties où une opération doit avoir lieu ; pour toucher les éruptions suppurantes, les excoriations, les plaies ; pour rendre aseptiques les croûtes et les eschares. — N. G.

POMMADE CONTRE LE SYCOSIS DE LA BARBE. — Leache.

Iodoforme.....	4 grammes.
Lanoline.....	30 —

F. s. a. une pommade conseillée contre le sycosis de la barbe. — Onctions tous les soirs, et lavage à l'eau chaude le lendemain matin. — A partir de la seconde semaine, on éloigne de plus en plus les applications du remède. — N. G.

COURRIER

FEMMES MÉDECINS. — On va créer à New-York un second hôpital de femmes exclusivement administré par des femmes comme administrateurs et comme médecins. Ce sera le huitième établissement de ce genre qui fonctionnera aux Etats-Unis, où des établissements médicaux confiés aux femmes existent déjà à New-York, à Philadelphie, à Boston, à Chicago, à San-Francisco et à Minneapolis. — Le Conseil municipal de Saint-Pétersbourg vient de décider d'encourager par les moyens suivants les cours de médecine pour femmes : 1° Lesdits cours recevront de l'administration municipale une subvention annuelle de 15,000 roubles ; 2° La même administration mettra à la disposition des cours une maison près de l'hôpital Oboukhow ; 3° Les femmes qui suivront les cours de médecine seront admises à se livrer, sous la direction de médecins compétents, à des études pratiques dans tous les hôpitaux de la ville, à condition qu'elles prêtent leur concours aux médecins des hôpitaux dans le traitement des malades. Une princesse japonaise est en ce moment à Berlin, étudiant les hôpitaux et les institutions de bienfaisance, à l'effet de fonder des établissements semblables dans sa patrie (*Gaz. de Montréal*).

CERTIFICATS SOUMIS AU TIMBRE ET CERTIFICATS EXEMPTS DU TIMBRE. — Le directeur de l'enregistrement, questionné par l'Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure, a

donné sa réponse au point de vue des certificats soumis au timbre. — Voici la liste qu'il a communiquée :

Certificats soumis au timbre

1° Certificats aux nourrices pour obtenir un nourrisson (ne paraît exempt que s'il est délivré aux nourriées destinées aux enfants assistés). (Rép. gén., 3,578.)

2° Certificats pour aliénés (à moins qu'il ne soit purement administratif et destiné à ne servir que dans l'intérieur de l'asile).

3° Certificats de santé pour les compagnies d'assurances sur la vie.

4° Certificats de maladie ou d'infirmités pour la révision.

5° Certificats de maladie dans les cas d'impossibilité à se présenter au tirage au sort ou au conseil de révision.

6° Certificats pour prolongation de congé de convalescence (civil ou militaire).

7° Certificats pour militaires ou ecclésiastiques pour obtenir une saison d'eaux thermales.

8° Certificats pour obtenir une retraite.

9° Certificats pour admission dans les écoles ou administrations.

10° Certificats pour indemnités des administrations ou sociétés pour traitement médical (sauf le cas de certificat d'indigence).

11° Certificats de maladies pour dispense d'arbitrage, de juré, de témoignage.

12° Certificats pour veuves d'employés à l'effet.

Certificats exempts du timbre

1° Certificats de vaccine.

2° Certificats de vaccine ou de décès.

3° Certificats délivrés par les médecins délégués et assermentés. (Art. 200.)

4° Certificats pour gens de guerre pendant la durée de leur service.

5° Certificats ou rapports médicaux pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition du maire, juge de paix, juge, procureur, commissaire, etc. (Décision min. du 10 mai 1874.)

6° Certificats pour constater un décès de personne trouvée sur la voie publique, meurtre, accident, suicide, sur réquisition de l'autorité.

7° Certificats pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillesse.

8° Certificats d'infirmités pour secours du département en cas d'indigence.

9° Certificats constatant la maladie de membres de sociétés de secours mutuels (Décis. du 29 janvier 1874. — Rép. f. 4988.)

10° Certificats pour justifier l'absence des enfants malades à l'école. (Décis. min. du 23 janv. 1883, 22,165 I. E.)

11° Certificats délivrés aux nourrices conformément à la loi du 22 décembre 1874 (protection des enfants du premier âge) et au réglement d'administration publique du 27 février 1877 pour constater les aptitudes physiques des nourrices. (Décision min. du 9 mai 1885. — Rép. per. n° 6969.)

12° Certificats constatant la vaccination des enfants des écoles primaires. (Décis. min. du 23 avril 1889. — Rép. 7240.)

— Nous avons le plaisir d'apprendre que M. le docteur F. Van Hamel Roos, rédacteur en chef de la *Revue internationale des falsifications*, a été nommé officier d'Académie par arrêté du 28 juillet dernier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Caisso et Garimond (de Montpellier), Sadrain (de Loze), Siry et Desruelles (de Paris).

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours

©BIU Santé

mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

PHTHISIE, *Bronchites, Catarrhes.* — **L'Émulsion Marchais,** la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Bulletin bibliographique.

Contributions à l'étude des ractures de l'humérus et de leur traitement par la gouttière plâtrée, par le docteur Victor Bouchet. Grand in-8°, 83 pages avec 1 planche. — Prix : 2 fr. 50.

Manuel d'asepsie, la stérilisation et la désinfection par la chaleur, applications à la chirurgie, à l'obstétrique et à la médecine, par le docteur C. Vinay, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu. 1 volume in-18 jésus de 526 pages avec 74 figures. — Cartonné, prix : 8 francs.

Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale, par le docteur Jules Falret, médecin de la Salpêtrière. 1 volume in-8° de 564 pages. — Prix : 8 francs.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Recherches sur les maladies vénériennes, à Paris, dans leurs rapports avec la prostitution clandestine et la prostitution réglementaire, de 1878 à 1887, par le docteur O. Commenge.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Contribution à l'étude la syringomyélie, par le docteur J. Bruhl. 1 volume in-8° de 221 pages, avec 12 figures et une planche hors texte. — Prix : 5 francs.

Essai critique sur l'intoxication chronique par la morphine et sur ses diverses formes, par le docteur Régnier. 1 volume in-8° de 169 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, au *Progrès médical,* 14, rue des Carmes.

De l'absorption par la peau pendant le bain, par le docteur Hermann Keller, médecin consultant à Rheinfelden (Suisse).

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts.

Les denrées alimentaires, leurs altérations et leurs falsifications. Conférences faites au grand concours international de Bruxelles, en 1888, à l'occasion de l'exposition d'un laboratoire pour l'analyse des denrées alimentaires, etc. 1 volume in-8°. — Prix : 6 francs.

Lymphatiques des organes génitaux de la femme, par le docteur Paul Poirier, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Du lavage électrique et de la falsification intra-stomacale dans la dilatation de l'estomac fonctionnelle (Maladie de Bouchard), par le docteur Baraduc. — Prix : 7 francs.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez Lecrosnier et Babé, 23, 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. Congrès de 1890 : Pœdiatrie. — III. Revue des journaux : Ophthalmologie. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Chancre simple. — Dualistes et unicistes; ulcération chancrelleuse.

Messieurs,

Vers la fin du xve siècle, la syphilis faisait son apparition en Europe, où elle atteignait bientôt une fréquence considérable et se présentait sous les formes les plus graves; les Américains, du moins c'est l'opinion de la plupart des médecins, les Américains, à qui nous venions de porter la petite vérole, jusqu'alors inconnue chez eux, n'avaient point voulu rester en retard avec nous et nous avaient rendu la grosse en échange. Bientôt la blennorrhagie et le chancre simple, bien que beaucoup plus anciennement connus en nos pays, durent céder le pas à la nouvelle venue; leurs histoires, au lieu d'occuper chacune une place à part dans les descriptions médicales, furent rapprochées de celle du chancre syphilitique et vinrent se fondre dans la description de la vérole. Blennorrhagie, chancre simple, chancre induré ne furent plus considérés que comme des variantes de l'accident initial de la vérole. Cette fusion des trois grandes lésions vénériennes persista pendant les XVIe, XVIIe, XVIIIe siècles et au commencement du nôtre elle persistait encore. Ce fut la gloire de Ricord de jeter la lumière dans ces ténèbres, d'apporter l'ordre dans ce chaos; ce fut lui qui proclama à nouveau la nécessité de différencier d'une façon absolue la blennorrhagie, le chancre simple, le chancre syphilitique. La blennorrhagie redevint une inflammation du canal occupant une place tout à fait à part et n'ayant rien à faire avec la vérole; en même temps, Ricord insistait sur les caractères cliniques différents du chancre simple et du chancre syphilitique; il montrait que, tandis que celui-ci est la première manifestation d'une maladie destinée à se généraliser et menaçant l'économie de manifestations multiples et parfois graves, celui-là, tout au contraire, est un accident purement local, limitant ses effets nocifs à la région dans laquelle il est né et jamais suivi d'accidents d'infection constitutionnelle; il émit cette hypothèse que chacun de ces chancres pourrait bien être le résultat de l'inoculation de deux virus différents; il montra, enfin, que le chancre simple est indéfiniment réinoculable au porteur, tandis que le pus du chancre syphilitique, inoculé à un sujet syphilitique, reste sans résultat ou ne reproduit qu'une ulcération à base molle, ulcération entièrement analogue au chancre

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 14, 26 août et 4 septembre 1890.

©BIU Santé

simple, pour les caractères extérieurs; nous verrons plus tard ce qu'il faut penser de cette dernière proposition du grand syphiligraphe.

La différenciation établie par Ricord fut affirmée par son élève Bassereau; celui-ci, après avoir opposé l'ancienneté du chancre simple, toujours connu dans nos pays, à l'apparition récente de la vérole, survenue seulement à la fin du xve siècle, créa la méthode de contrôle dite des confrontations; il s'efforça de retrouver le plus souvent possible les sujets auprès desquels avaient été contractés les différents chancres qu'il lui était donné d'observer; ce moyen d'étude lui permit d'établir que, si l'on confronte les malades atteints de chancres, qui n'ont déterminé aucun symptôme de syphilis générale, avec les sujets qui les ont infectés, on voit ceux-ci, sans exception, être également atteints de chancres qui bornent leur action au point primitivement contaminé. Tout au contraire, les porteurs de chancres syphilitiques ne transmettent que des chancres syphilitiques et la vérole à leur suite.

La méthode des confrontations donna, entre les mains du professeur Fournier et de Caby, des résultats absolument identiques à ceux qu'elle avait fournis à Bassereau; elle permit à ces auteurs de constater que le chancre second est toujours identique au chancre originel et, dans les cas où un même sujet a transmis à plusieurs individus l'affection dont il était porteur, les chancres présentent une parfaite analogie chez tous les individus contagionnés, quels qu'aient été le tempérament, la constitution, l'état de santé actuel de chacun de ces derniers. Ce qui donne naissance au chancre simple et au chancre induré, ce n'est donc pas, comme on l'avait cru pendant les siècles précédents, une évolution différente d'un même virus, évolution différente relevant de qualités dissemblables du terrain sur lequel le virus a été inséré; c'est bien réellement l'existence de deux virus différents reproduisant toujours des lésions d'aspect identique, quels que puissent être le tempérament, la constitution, l'état de santé du sujet contaminé. Des résultats fournis par la méthode des confrontations, comme de ceux fournis par la méthode des inoculations, il ressortait donc que le chancre simple est incapable de reproduire par contagion autre chose qu'un chancre simple qui apparaît dans les jours qui suivent l'exposition au contact et qui peut être inoculé presque indéfiniment sur le malade même ou sur toute autre personne syphilitique ou non. Le chancre induré, tout au contraire, reproduit par contagion un chancre induré, qui ne se montre qu'après une incubation prolongée et qui ne peut être inoculé ni sur le malade lui-même, ni sur aucun autre sujet syphilitique.

La doctrine nouvelle ne fut pas admise sans conteste. Les partisans de la doctrine ancienne ne renoncèrent pas facilement à l'opinion qui, depuis quatre siècles, avait été celle de l'universalité des médecins européens; Cazenave, Vidal, Cullerier, Langlebert, Melchior Robert, Clerc, pour ne citer que quelques maîtres français, s'élevèrent contre la nouvelle doctrine; ils continuèrent à défendre la parenté du chancre simple et du chancre induré; l'exposé résumé de leur doctrine vous montrera toute la distance qui sépare la doctrine ancienne de la doctrine moderne.

Voici, en quelques mots, la doctrine soutenue par Melchior Robert, Clerc, etc. : Le chancre simple n'est qu'un dérivé du chancre infectant et ses différences d'aspect naissent de plusieurs circonstances mettant obstacle à l'évolution normale de ce dernier : ou le virus syphilitique a été inoculé à un sujet déjà antérieurement infecté; ou, si l'inoculation a été faite à un

individu sain, le virus provenait d'un chancre induré parvenu à sa période de déclin ; enfin, une sorte d'immunité naturelle de l'individu inoculé, une résistance toute spéciale et spontanée au virus syphilitique peut empêcher le développement normal et complet de la syphilis ; ainsi naît le chancre simple.

Le chancre simple une fois créé pouvait, d'après les partisans de l'ancienne doctrine, se communiquer dans son espèce pathologique pendant un temps variable ; mais, les conditions et le siège aidant, il peut recouvrer la propriété d'infection et se comporter comme le chancre induré.

Le chancre induré et le chancre simple seraient des manifestations pathologiques d'un même principe dont les effets variés dépendraient moins des propriétés inhérentes au virus que des conditions de l'organisme.

Pour les médecins fidèles défenseurs de la tradition, les expériences de Ricord, Bassereau, Fournier, Caby ne suffirent donc pas à entraîner leur conviction, et ils continuèrent à professer qu'un seul et même virus donnait, suivant les cas, naissance aux différents accidents vénériens. Cette doctrine, qui ne veut reconnaître qu'un même virus comme présidant à la naissance des différents chancres, a reçu le nom de doctrine de l'unité et ses partisans le nom d'unicistes, en opposition avec la doctrine défendue par Ricord et ses élèves, qui, reconnaissant l'existence de deux virus distincts, a été baptisée doctrine de la dualité chancreuse et dont les partisans sont appelés dualistes.

La doctrine de la dualité, défendue par des maîtres tels que Ricord, Bassereau, Fournier, Diday, Rollet, devint bientôt triomphante ; les unicistes virent chaque jour le nombre de leurs adhérents diminuer et on peut dire aujourd'hui que la doctrine de la dualité est universellement admise ; elle est à ce point entrée dans l'esprit des médecins de notre pays, elle paraît à ce point évidente et incontestable qu'on en est arrivé à se demander comment la doctrine adverse a pu être pendant tant de temps admise exclusivement. Voyons quel est ce chancre simple si longtemps confondu avec le chancre syphilitique.

Le chancre simple, décrit aussi sous les noms de chancre mou, chancrelle (Diday), chancroïde (Clerc), est une affection essentiellement génitale. Le chancre syphilitique peut se rencontrer sur toutes les régions du corps ; il n'est pas rare de le rencontrer en des points fort éloignés des organes génitaux ; il se produit alors accidentellement par suite de circonstances absolument étrangères à l'acte vénérien ; il est toute une série de malades qui contractent la syphilis par suite d'accidents malheureux n'ayant rien absolument à faire avec l'acte génital, nourrices infectées par leur nourrisson, verriers contractant la vérole par suite du manuel vicieux de leur profession, etc., etc. ; c'est ce qu'on appelé la syphilis insontium ; on pourrait dire, en pareil cas, que c'est la syphilis qui a couru après le malade et non le malade après la syphilis. En quelque point qu'il ait été inoculé, le chancre syphilitique se développe facilement, largement. Tout autre est le chancre simple ; c'est exceptionnellement qu'il se développe en dehors de la sphère génitale, qu'il naît en dehors de l'acte vénérien ; on le voit assurément quelquefois se développer en dehors de celui-ci ; des malades, atteints de chancrelles de la verge, se sont inoculé le virus aux mains en faisant leur pansement ; des médecins ont pu s'inoculer l'affection au doigt en touchant des malades qu'ils n'en savaient pas atteints ; la surface d'un vésicatoire est devenue chancreuse à la suite du transport par le ma-

©BIU Santé

lade d'un cataplasme de la surface d'un bubon chancreux à la surface de ce vésicatoire; les incisions de ventouses scarifiées sont devenues chancrelleuses par l'emploi d'un scarificateur mal nettoyé, qui avait servi précédemment à un malade atteint de chancres simples; mais ce sont là faits exceptionnels qu'on n'observe que de loin en loin; la chancrelle, contractée en dehors de l'acte vénérien, est infiniment moins fréquente que le chancre syphilitique contracté dans les mêmes circonstances; il est tout à fait rare que celui qui attrape un chancre mou n'ait quelque peu couru après.

Vénérienne par son origine, la chancrelle l'est aussi essentiellement dans sa localisation; elle pousse en général mal ou ne pousse pas du tout en dehors de la sphère génitale; il résulte des expériences faites par les inoculateurs que les parties supérieures du corps, la tête, en particulier, constituent un mauvais terrain pour son développement; ce développement est d'autant plus difficile, la vitalité d'autant moindre que la chancrelle est née dans une région plus éloignée de la sphère génitale : dans la région sus-ombilicale, la durée est toujours courte et l'extension minime comparativement à ce qu'on observe dans les régions sous-ombilicales; le développement du chancre simple sur la tête, en dehors des inoculations expérimentales, est tout à fait exceptionnel, et sa rareté sur la face est telle que des observateurs comme Ricord, les professeurs Rollet et Fournier n'ont jamais eu l'occasion d'en observer un exemple authentique; on trouve cependant, dans les traités de médecine, quelques observations de chancrelles de l'angle interne de l'œil, des lèvres, des gencives, du menton, quelques-unes s'étant accompagnées de la production de bubons parotidiens; mais ce sont observations tout à fait clairsemées et souvent discutables.

Le chancre mou, contrairement au chancre induré, qui n'apparaît que plusieurs semaines après l'inoculation du virus, se développe très rapidement après le moment où le porteur s'est exposé à la contamination, c'est peu de jours après un rapprochement suspect, quatre à huit jours le plus souvent, que les malades en découvrent l'existence; ce chancre est alors le plus habituellement constitué par une petite ulcération de forme circulaire, remarquablement creuse eu égard à sa petite étendue, à bords abrupts, suppurante et recouverte d'un enduit comme pseudo-membraneux. Il est probable que, dans la plupart des cas, une petite pustule précède l'apparition de l'ulcération; quelquefois il est permis au malade et au médecin d'en constater l'existence; mais, le plus habituellement, la durée de cette vésico-pustule est éphémère, elle se rompt rapidement et échappe à l'observation.

La forme de l'ulcération chancrelleuse est arrondie, parfois régulièrement circulaire, d'autres fois ovale, elliptique; elle peut se modifier par suite de la configuration des parties sur lesquelles la chancrelle a pris naissance, devient allongée dans la rainure du gland, fissuraire dans les plis de l'anneau extérieur du prépuce. La convergence de plusieurs chancres mous donne naissance à des figures irrégulières, généralement limitées par des bords polycycliques, formés par l'intersection de cercles d'un diamètre relativement assez grand.

La chancrelle, soustraite aux froissements extérieurs et protégée par un pansement, n'est pas très douloureuse; elle est le siège d'un travail sourd donnant naissance à une sensation comparable à celle d'une souris qui rongerait; cette sensation, agaçante et pénible plutôt que douloureuse, se

reproduit plusieurs fois par jour, par accès d'une à deux heures de durée (Diday). La marche, le frottement des pièces de pansement, le tiraillement de la région malade accroissent sensiblement les sensations pénibles, et le chancre peut, sous leur influence, devenir le siège de douleurs vives.

L'ulcération est habituellement très creuse; ce n'est pas une érosion superficielle comme celle occasionnée par le chancre syphilitique, c'est une cavité véritable creusée au milieu des tissus; le derme est profondément atteint et détruit dans cette affection, et le fond de l'ulcération est souvent d'un millimètre au moins enfoncé au-dessous de la peau qui l'environne.

Les bords sont taillés à pic comme si la plaie eût été creusée à l'emporte-pièce, décollés, minés par la suppuration, ce qui à fait dire à Diday que les bords de la chancrelle étaient taillés *plus qu'à pic*, puisque leur décollement d'avec le derme donnait à l'ensemble de l'ulcère la forme d'un entonnoir renversé. Les deux caractères principaux de l'ulcère du chancre mou sont, vous le voyez, un enfoncement brusque par suite de la destruction profonde du derme, le décollement des bords minés par la suppuration.

La base de l'ulcération est parfaitement souple; c'est ce qui a valu au chancre que nous étudions le nom de mou, et cette souplesse des parties sous-jacentes permet, dans la plupart des cas, de distinguer facilement la chancrelle du chancre induré syphilitique; mais il faut cependant savoir que les tissus limitrophes du chancre sont susceptibles de s'enflammer, de s'indurer sous l'influence d'irritations artificielles, de certains pansements en particulier, tels que les pansements au calomel ou avec la cendre chaude de cigare, pansements très en usage dans quelques classes de la société; ces indurations artificielles sont parfois très difficiles à différencier de l'induration du chancre syphililique.

Tandis que l'ulcère initial de la syphilis est habituellement unique, la chancrelle est le plus souvent multiple; il est de règle que le malade atteint de chancre mou présente plusieurs de ces ulcérations; cette multiplicité peut se produire d'emblée, le virus producteur ayant été inoculé simultanément sur plusieurs points de la peau au moment de la contamination; elle peut se faire après coup, le chancre premier se réinoculant de lui-même aux tissus qui l'avoisinent et donnant lieu à un certain nombre de chancres seconds. Cette réinoculation du chancre sur place est la conséquence de sa réinoculabilité indéfinie.

Vous vous rappelez sans doute ce que je vous disais au commencement de cette leçon : le chancre induré ne peut qu'exceptionnellement être réinoculé au porteur et cela seulement dans les premiers jours de son existence; le chancre mou peut être indéfiniment réinoculé avec succès; les fastes de l'inoculation renferment l'histoire de malades inoculés plusieurs centaines de fois toujours avec des résultats positifs, et d'un de nos confrères dont le corps n'était pour ainsi dire plus qu'une cicatrice, tant avaient été nombreuses les inoculations qu'il s'était pratiquées. C'est à cette inoculabilité facile que la chancrelle doit de s'inoculer elle-même aux tissus qui l'avoisinent et baignent dans le pus virulent qu'elle sécrète. Les chancres d'inoculation secondaire seraient, d'après Clerc, plus bénins que les chancres primitifs; Diday admet aussi une certaine saturation locale, amenant l'extension moindre, la durée moins longue, la sensibilité moins vive des chancres inoculés dans une même région; mais cette atténuation secondaire est loin d'être constante.

©BIU Santé

L'inoculabilité indéfinie du chancre simple pourra quelquefois vous devenir un moyen d'éclaircissement précieux dans les cas de diagnostic douteux. Chez les malades pour qui il y aura grand intérêt à savoir si vous êtes en présence d'une chancrelle, vous inoculerez sur un point du corps, ventre ou bras, le pus recueilli à la surface de l'ulcère; un résultat positif, c'est-à-dire le développement d'un chancre mou au point d'inoculation, vous permettra d'affirmer que vous êtes en présence d'un chancre simple.

Le fond de la chancrelle est inégal, irrégulier; il est quelquefois hérissé de papilles volumineuses distinctes les unes des autres; ce fond est recouvert d'un enduit pultacé, très adhérent, d'un blanc jaunâtre.

Un pus abondant s'écoule de la surface de l'ulcère; il se rapproche beaucoup du pus louable des plaies simples; il devient facilement séreux, roussâtre, sanieux, à la suite d'irritations artificielles ou de la tendance de la plaie à l'altération gangréneuse. Ni l'examen macroscopique, ni l'examen microscopique ou chimique n'ont permis de reconnaître dans ce pus la présence d'un élément particulier, spécifique, encore moins contagieux; quelques auteurs, Ferrari, Monnino, de Lucca, Ducrey, ont bien cru y trouver un bacille, des microcoques caractéristiques; mais il est permis de ne pas considérer leur découverte comme inattaquable, quand un homme de la compétence du professeur Straus n'est parvenu à rien déterminer qu'il puisse considérer comme appartenant en propre au pus chancrelleux. Mon collègue, M. Balzer, et le professeur Leloir ont montré que, dans ce pus, on rencontre constamment des fibres élastiques et des éléments du tissu conjonctif dont la présence permet d'affirmer presque à coup sûr la nature de l'ulcération; les ulcérations syphilitiques et herpétiques, plus superficielles que l'ulcération chancrelleuse, ne contiennent pas, en effet, ces éléments dus à la destruction du derme; M. Leloir a donné à ce moyen de diagnostic la qualification de *signe du raclage*.

La véritable caractéristique du pus chancrelleux reste encore aujourd'hui, comme au temps de Ricord, sa facile inoculabilité : le mélange du virus chancrelleux avec des liquides indifférents, eau, sang, autre pus, glycérine, etc., ne lui enlève pas son pouvoir infectieux; une goutte jetée dans un demi-verre d'eau peut rendre celui-ci dangereux; Ricord a pu conserver du pus chancrelleux pendant dix-sept jours et constater qu'il était encore virulent; desséché et mélangé plus tard avec de l'eau, il peut rester inoculable pendant une huitaine de jours. Aubert a montré qu'en chauffant ce pus pendant une heure à 42°, ou pendant seize à dix-huit heures à 37 ou 38°, on détruit complètement son pouvoir contagieux. L'action de substances chimiques énergiques, capables de détruire la vie organique, arrive au même résultat. Rollet a montré que le principe contagieux de la chancrelle résidait dans ses éléments solides; en filtrant le pus chancrelleux, on n'obtient plus de résultats positifs que par l'inoculation des éléments solides restés à la surface du filtre; l'inoculation des parties liquides filtrées ne donne plus aucun résultat. L'inoculabilité, une inoculabilité difficile à détruire, constitue, vous le voyez, la caractéristique du pus chancrelleux; étudions rapidement les résultats de cette inoculation.

(A suivre.)

CONGRÈS DE 1890

Pædiatrie.

Il y avait une section de pædiatrie au Congrès de Berlin, aussi les communications relatives à la pathologie infantile ont-elles été assez nombreuses.

I

M. Ashby a étudié l'*antipyrine chez l'enfant* et a cherché à fixer l'action du médicaments dans les différentes fièvres : fièvres spécifiques, fièvres provoquées par une inflammation locale, fièvres tenant à une irritation réflexe du centre thermique.

Dans les fièvres spécifiques, le mieux est de recourir à la quinine et aux compresses froides. L'antifébrine, la phénacétine peuvent être employées dans la scarlatine et la fièvre typhoïde longue; malgré l'élévation de la température, il n'y a pas de phénomènes locaux graves. Au contraire, dans certains cas, les scarlatines graves, par exemple, ces médicaments déterminent trop de dépression, et il en est de même des bains froids. Dans la broncho-pneumonie et la pneumonie, M. Ashby recommande d'appliquer de la glace sur la tête et sur la poitrine et, en cas d'échec, de recourir aux bains froids de 12 à 20° R.

M. Pott ne pense pas que l'antipyrine soit utile dans les maladies à marche typique, telles que la pneumonie. Ce n'est que dans le cas de fièvre chronique qu'il faut intervenir et alors on est loin de toujours réussir à arrêter la consomption, même quand on abaisse la température. Quand on administre un antipyrétique et que l'abaissement de la température s'accompagne d'un mieux-être, on peut continuer le médicament; dans le cas contraire, il faut cesser de le prescrire. M. Pott est surtout partisan des bains tempérés comme antithermiques; les médicaments ont surtout pour désavantage d'affaiblir le cœur déjà déprimé par la maladie.

M. Meynert fait faire des lotions froides, ordonne comme boisson beaucoup d'eau froide, et, enfin, recommande de tenir les fenêtres largement ouvertes.

Pour M. Henoch, les antipyrétiques médicamenteux provoquent parfois des collapsus graves, aussi est-il surtout partisan des bains. M. Rehn regarde, au contraire, les antipyrétique comme utiles, et n'a jamais observé d'effets fâcheux à la suite de leur emploi. Tandis qu'il faut, dans la médecine infantile, rejeter l'antifébrine, on peut se servir de l'antipyrine avec succès ainsi que de la phénacétine. Il est facile d'éviter les vomissements qu'amène parfois l'antipyrine en lui adjoignant un stimulant.

Dans beaucoup de maladies, telles que la diphtérie, la scarlatine, les antipyrétiques indirects conviennent beaucoup mieux, d'après M. Caillé, que les antipyrétiques chimiques. Il recommande de nettoyer par des lavages antiseptiques le nez, la bouche et le pharynx et d'employer, à l'intérieur, l'alcool et la digitale.

Beaucoup de membres du Congrès sont, comme on le voit, partisans des bains comme antipyrétiques. C'est aussi l'avis de Steffen, qui les emploie dans la diphtérie et la scarlatine. Pour lui, quand les boissons froides n'abaissent pas la température dans une scarlatine, la maladie se termine par la mort.

II

M. Médine (Stokholm) a fait une importante communication sur une *épidémie de paralysie infantile* qui s'est montrée à Stockholm de mai à novembre 1887. En mai, il y eut 2 cas; en juin, 1 cas; en juillet, 2 cas; en août, 15 cas; en septembre, 17 cas; en octobre, 5 cas, et, en novembre, 2 cas. Parmi les localisations les plus fréquentes, il a compté vingt-cinq fois la poliomyélite antérieure aiguë avec parésie des extrémités; pour les autres cas, trois fois la monoplégie faciale, deux fois la polynévrite aiguë, une fois la paralysie du moteur oculaire externe et de l'hypoglosse, une fois contracture et ataxie avec paralysie faciale, une fois avec néphrite aiguë, une fois la poliomyélite anté-

©BIU Santé

rieure aiguë avec parésie du moteur oculaire externe, unr fois cette même poliomyélite avec la parésie faciale et celle de l'oculo-moteur commun, une fois avec celle de l'oculo-moteur commun et du vague, une fois du spinal et de l'hypoglosse, une fois avec ophthalmoplégie, une fois du facial, du trijumeau, du vague, du spinal et de l'hypoglosse ensemble, une fois il a observé la poliencéphalite aiguë avec paralysie du moteur oculaire externe.

Les paralysies se produisent pendant la fièvre; il ne s'en fait pas de nouvelles après; l'auteur n'avait jamais vu avant cette épidémie quelque chose de semblable.

Il a vu ses malades pendant la période aiguë. Dans un seul cas il y eut des prodromes, dans les autres le début a toujours été brusque. La plupart des malades appartenaient à la classe pauvre, mais quelques-uns à des familles aisées. Les symptômes consistaient en fièvre, somnolence jusqu'à l'état typhoïde, douleurs vagues, convulsions. La fièvre, vers 39°, irrégulière, existait au début. Il y eut une fois de la rétention d'urine. Dans 2 cas, il n'y eut pas de fièvre; dans 8 cas la fièvre dura huit jours. Dans quelques cas les petits malades présentaient des troubles de la parole. A l'autopsie, on trouva dans les nerfs ou les ganglions des lésions de dégénérescence semblables à celles de la moelle, et lors de phénomènes aigus, la congestion et l'œdème des membranes d'enveloppe du cerveau.

La paralysie infantile est une infection prouvée par les épidémies; mais la contagion n'est pas prouvée; la maladie se montra deux fois dans une même famille. Pour le traitement, l'auteur n'ose pas se prononcer pour l'isolement, comme le veut Cordier (de Lyon); les médicaments ne donnent rien.

Ni M. Médine ni M. Heubner n'ont trouvé de microbes et M. Henoch croit qu'il ne s'agit pas dans ces cas de paralysie infantile classique, mais d'une autre maladie.

M. Escherich a eu l'occasion d'observer une épidemie de *tétanie* des nourrissons en mars et en avril. Il suffisait presque toujours d'une simple percussion pour provoquer la contraction des muscles de la face. Il y a donc une exagération de la réflectivité nerveuse, ce qui fait qu'on ne s'étonne pas que l'électricité provoque la contracture. Chez beaucoup de petits malades, on a observé des spasmes de la glotte. Cette dernière affection et la tétanie sembleraient appartenir à un même ordre de phénomènes et exister simultanément, peut être épidémiquement. M. Escherich a noté l'absence de rachitisme chez beaucoup de ses malades.

M. Soltmann admet qu'il y a trois formes de tétanie et qu'elle peut être idiopathique, réflexe et symptomatique. Le rachitisme existe dans la troisième.

M. Henoch n'a jamais vu d'épidémie de tétanie. Il y a des cas où, tandis que l'on porte le diagnostic de tétanie, il s'agit d'urémie éclamptique. C'est aussi l'avis de plusieurs des membres du Congrès.

III

M. Gillet (de Paris) a lu une note sur *quelques digestions pancréatiques artificielles chez l'enfant à l'état de santé ou de maladie*. Les conditions de fraîcheur des pancréas recueillis ont permis de faire, pour ainsi dire, de la physiologie sur l'homme. Chez deux enfants de 24 jours, morts de débilité congénitale, le suc artificiel était peu actif en général; l'amidon ne commença à se transformer en glycose, chez l'un, qu'après quarante-huit heures; chez l'autre, qu'après vingt-quatre heures, la réaction, chez ce dernier, étant déjà ébauchée après une heure. Chez un enfant de 8 mois 1/2 l'amidon fut réduit en dix minutes. Dans une observation de lientérie, l'albumine n'était pas peptonisée même au bout de vingt-huit heures, et l'amidon n'était pas saccharifié après trente-six heures. Chez une petite fille de 53 jours, morte de diarrhée bilieuse, la peptonisation était insignifiante et la réduction de l'amidon apparut seulement après vingt-quatre heures. Des pancréas d'enfants morts de tuberculose, de rougeole suivie de diphthérie, peptonisaient et saccharifiaient. Ces faits montrent que l'amidon n'est pas digéré dans les premiers mois, que les albuminoïdes ne sont plus peptonisés dans les

entérites lientériques et bilieuses, et enfin que les fonctions du pancréas persistent dans les affections générales graves.

M. Meynert fait la relation d'une *épidémie d'ictère* qu'il a observée dans le royaume de Saxe pendant l'automne de 1889; l'épidémie a gagné le Brandebourg, la Silésie et même la Russie. M. Meynert a pu collationner 518 observations d'après lesquelles l'évolution de la maladie se divise en deux périodes : 1° La période initiale, avec fièvre, vomissements, constipation, augmentation de volume du foie et de la rate; sa durée est de deux à trois jours; 2° la période ictérique caractérisée par un ictère qui apparaît un à deux jours après la défervescence et dure habituellement onze jours. Il n'y a eu que 13 cas de mort. Dans tous les pays où la maladie a sévi, les enfants ont été beaucoup plus atteints que les adultes. Le catarrhe gastrique n'a pas semblé être une cause prédisposante; par contre, la maladie s'est souvent développée à la suite du catarrhe des organes respiratoires, surtout après la grippe. M. Meynert pense qu'il s'agit d'une maladie infectieuse *sui generis* et que la propagation peut se faire par voie miasmatique et par contagion directe. Il ne faut pas accuser l'Elbe d'avoir servi de véhicule au contage, car beaucoup des localités atteintes n'étaient pas sur le fleuve.

Bien que la communication de M. Van Tienhoven, sur l'*énurèse nocturne des enfants*, ait été faite dans la section de médecine, il convient de la placer ici. Cette affection dépend : 1° de la faiblesse du sphincter vésical, qui est insuffisant pour remplir sa tâche et permet à l'urine d'aller, chez le petit garçon, se mettre en contact avec la portion prostatique de l'urèthre; 2° de l'action réflexe des fibres circulaires de la tunique musculaire de la vessie.

Il suit de ces considérations que l'élévation du bassin, en empêchant l'urine de quitter la vessie et d'irriter l'urèthre, est le meilleur mode de traitement. L'auteur l'emploie avec grand succès et l'a toujours vue très bien supportée.

Terminons en citant la communication de M. Chaffey, sur l'*adénite chronique*, faite au Congrès de Birmingham. Pour l'auteur, la matière caséeuse que renferment les glandes lymphatiques scrofuleuses offre un milieu favorable à la culture du bacille tuberculeux, mais n'est pas tuberculeuse.

Pour M. Wright, au contraire, la plupart des adénites chroniques infantiles sont tuberculeuses, et il faut toujours enlever une glande qui, après trois mois, est restée stationnaire et indolente, malgré un traitement général et local convenable.

REVUE DES JOURNAUX

OPHTHALMOLOGIE (1)

Un cas d'alexie, par Swan Burner. — Cas d'un homme de 82 ans atteint de convulsions et de perte de connaissance, d'où il résulta qu'il ne fut plus en état de lire convenablement. Il reconnaissait facilement toutes les lettres, sauf l's. Pour le reste, il avait toute sa puissance d'esprit et de corps. Il mourut, environ un an après, de pneumonie.

Contribution à l'anatomie pathologique de la rétine et du nerf optique dans les affections du cerveau et de ses enveloppes, par Felser. — Thèse écrite sous les auspices du professeur Inanowiski.

Conclusions : 1° Toutes les affections du cerveau et de ses enveloppes avec lésion de la structure anatomique normale occasionnent des changements pathologo-anatomiques dans la rétine et dans le nerf optique. — 2° Les inflammations aiguës des méninges produisent l'hydropisie du nerf optique qui, à son tour, est une des principales causes de l'inflammation aiguë (avec œdème) du nerf et de la rétine (neuro-rétinite œdémateuse). — 3° Les inflammations chroniques des méninges occasionnent la rétinite chro-

(1) Extraits des *Annales d'oculistique* publiées par Warlomont.

©BIU Santé

nique diffuse. — 4° L'artério-sclérose des vaisseaux du cerveau s'étend sur les vaisseaux du nerf optique et de la rétine, et toujours elle amène l'œdème périphérique de la dernière ; cet œdème doit être regardé comme le résultat de l'hyperémie veineuse chronique à la suite de l'altération générale de la circulation. — 5° L'artério-sclérose du cerveau avec hémorrhagie consécutive est, dans la grande majorité des cas, accompagnée d'hémorrhagies dans la rétine. La cause des hémorrhagies fréquentes de la rétine dans l'artério-sclérose doit être cherchée principalement dans le développement des anévrismes capillaires sur les branches de l'artère centrale. — 6° La « papille étranglée » tient directement à la compression du nerf optique à l'endroit de son passage dans l'ouverture de la sclérotique par le liquide pathologique accumulé dans son espace intra-vaginal.

Application à l'oculistique des propriétés thérapeutiques de la cocaïne, par Kroll. — *Blépharospasme scrofuleux*. — Dans tous les cas où après résolution de l'inflammation il persiste une irritabilité anormale de la conjonctive et de la cornée, Kroll instille trois fois par jour de la cocaïne à 5 p. 100. En peu de jours, l'hyperémie est rebelle à tout autre traitement qu'à la cocaïne.

Kératites scrofuleuses. — La cocaïne est utile contre la photophobie ; elle est impuissante, en revanche, dans le pannus et autres formes de kératites avec néoformations vasculaires.

Episclérite simple. — Les 7 malades traités par la cocaïne (instillations de une à deux gouttes toutes les deux ou trois heures) ont été guéris, en moyenne, au bout de trente-trois jours, mais la cocaïne n'empêche pas les récidives.

Iritis diverses. — Par l'emploi combiné de l'atropine et de la cocaïne, les 17 malades de Kroll ont été guéris, en moyenne, au bout de vingt-deux jours, au lieu de trente-cinq, qui est la moyenne habituelle quand on confond ensemble, dans ce calcul, les iritis plastique, séreuse et parenchymateuse.

Syphilis des artères cérébrales, par Sedan. — Malade âgé de 30 ans qui, neuf mois après avoir pris la syphilis, fut atteint de cyclite, chorio-rétine et névrite optique. L'opacité du corps vitré forme poussière. Une des plus grandes artères rétiniennes se trouvait en partie entourée d'une exsudation la faisant ressembler à une corde blanche. Çà et là, à côté d'elle, des hémorrhagies et divers foyers chorio-rétiniens. En même temps l'urine contenait 1 p. 100 de sucre, qui disparut par suite de frictions mercurielles sans régime antidiabétique, en même temps que la vue allait s'améliorant.

L'auteur conclut que l'affection syphilitique des membranes internes de l'œil et le diabète sucré étaient, dans ce cas, les premiers symptômes de la syphilis des artères cérébrales.

Contribution à l'étude des symptômes oculaires observés pendant l'épidémie d'influenza, par Sedan. — Le 21 décembre, un enfant de 7 ans 1/2 fut pris de fièvre, céphalalgie et délire. On était en pleine influenza. Lavement de 25 centig. de sulfate de quinine. Epistaxis. Temp. 39,2. Abolition complète de la vision ; globes sains, mouvements palpébraux conservés, iris sensible et contractile. Nuit calme, et, au réveil, le retour de la fonction visuelle est complet.

Troubles visuels consécutifs à l'insolation, par Backer et Hotz. — L'auteur décrit sous ce nom la paralysie exclusive des branches sensibles des deux nerfs trijumaux. Il la croit de nature purement inflammatoire.

Obs. — Le capitaine X..., 51 ans, se lavait la figure à l'eau froide, même par les grandes chaleurs. Au printemps de 1888, il éprouva, au coin de l'oreille gauche, un fourmillement avec de fortes démangeaisons qui envahirent successivement les deux yeux et la mâchoire supérieurs. — L'anesthésie était limitée au cuir chevelu, etc. — La conjonctive des deux yeux et toute la partie gauche de la cavité de la bouche étaient anesthésiées. L'appareil visuel était normal. Les branches situées plus profondément et notamment celles des mâchoires et du palais, la deuxième branche du nerf trijumeau droit, ainsi que les deux nerfs lacrymaux sont restés sains.

Un cas de paralysie du moteur oculaire commun à rechute, par Visserino. —

Chez un garçon de 14 ans, paralysie du nerf de la 3e paire depuis l'âge de 9 ans, d'abord toutes les quatre à cinq semaines, puis moins souvent. L'antipyrine fut employée avec succès.

L'auteur distingue, avec Senator, deux sortes de paralysie à rechutes de la troisième paire :

1° Une vraie paralysie à rechutes, avec des intervalles libres. Cette forme semble avoir de l'affinité avec l'hémicranie. Les attaques semblent être occasionnées par l'accumulation d'une certaine quantité de matières toxiques;

2° Une forme lentement progressive. C'est ici que les intervalles ne sont pas libres, mais il y a de temps en temps des exacerbations. Contrairement aux attaques de l'autre forme, ces exacerbations deviennent de plus en plus graves. C'est cette forme que Mauthner avait en vue en disant que le pronostic de ladite paralysie périodique était très fâcheux.

Paralysies nucléaires et paralysies à rechutes des troisième et septième paires, par Bernhardt. — Exposé : 1° d'un cas de paralysie nucléaire des deux muscles droits externes; 2° de deux cas de paralysie de la troisième paire à rechutes, dont l'un n'est pas typique du tout, tandis que l'autre se distingue par la longueur des intervalles (deux ans); 3° l'auteur ajoute cinq cas de paralysie de la septième paire à rechutes. Ces dernières paralysies diffèrent de celles de la troisième à rechutes, parce que la paralysie ne se présente pas toujours du même côté. Du reste, il y a beaucoup d'analogie (la prédisposition nerveuse, l'hémicrânie, etc.).

L'auteur croit que ces paralysies à rechutes ne sont pas toujours d'origine périphérique, mais quelquefois d'origine centrale. Il admet la manière de voir de Vissering, à savoir que les rechutes dépendent d'une auto-infection, c'est-à-dire d'une accumulation des matières toxiques.

Formes rares et graves du quinisme, par Atkinson. — L'auteur appelle l'attention sur la cécité quinique dont il a recueilli 50 cas. Elle peut être soudaine ou graduelle; quelquefois, elle apparaît en vingt-quatre heures. Dans presque tous les cas, la vue revient, mais les yeux restent affectés pendant longtemps, parfois deux ans; la perte des couleurs peut persister, la pupille est dilatée, la papille est blanche pâle; il peut y avoir de l'anesthésie de la cornée, du strabisme, etc. De petites doses peuvent amener des rechutes. La dose nécessaire est variable; 12 grains ont suffi.

Traitement des affections syphilitiques des yeux par les injections intra-musculaires de salicylate de mercure, par Hermon. — Appliqué sur 52 malades (20 kératites parenchymateuses, 14 iritis syphilitiques, 3 irido-choroïdites, 1 chorio-rétinite et névrite. Injection une fois par semaine dans les muscles fessiers (1 ser. Prapaz 10 p. 100 d'huile de vaseline).

A l'appui, l'auteur rapporte quatre cas, dans lesquels deux à quatre injections furent suffisantes pour la guérison de la malade. Dans les cas de névrite optique, les injections n'ont pas d'avantage (quoad visum) sur les autres modes de traitement antisyphilitique.

Deux cas d'hémianopsie causée par les pertes utérines, par Chevallereau. — M. Chevallereau a observé deux cas d'hémi-anopsie à la suite de pertes utérines abondantes. On ne peut pas invoquer l'origine hystérique de cette affection; outre que les deux malades ne présentaient aucun stigmate, l'hémi-anopsie hystérique n'existe pas. Bien que des observations sur ce sujet aient été publiées, elles ne doivent pas inspirer confiance; ces publications n'ont subi aucun sérieux contrôle. Du reste, de pareils faits n'ont été observés ni par M. Charcot, dont la compétence est si grande en la matière, ni par M. Parinaud. Il est donc probable que les faits rapportés sont dus à des troubles circulatoires ayant amené une ischémie de la substance corticale considérée comme le centre de la vision, bien que cette donnée ne soit pas encore démontrée scientifiquement. — P. N.

©BIU Santé

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'IRITIS. — Chauvel et Nimier.

Si l'inflammation de l'iris est aiguë et lesdouleurs vives, on applique des sangsues, soit derrière l'oreille, soit de préférence à la région temporale, près de l'angle externe de l'œil, en nombre proportionné au degré de l'inflammation et à l'âge du malade. (De 1 à 3 chez les enfants, de 5 à 10 chez les adultes). Si les sangsues ne sont pas nécessaires, bains de pieds sinapisés, purgatifs salins, ou plutôt calomel à doses fractionnées. — Repos absolu de l'organe, qui sera protégé contre la lumière, soit par des lunettes fumées, forme coquille, soit par un bandeau noir. L'atropine agit aussi comme antiphlogistique, en mettant l'iris au repos. — Si les douleurs de l'iritis n'ont point cédé aux antiphlogistiques et aux mydriatiques, associés à la cocaïne, et que la pupille ne se dilate qu'imparfaitement, on aura recours aux compresses chaudes trempées dans une infusion de camomille, aux onctions périorbitaires de pommade belladonée, aux injections sous cutanées de morphine pratiquées à la tempe, à la potion de chloral pour la nuit. — Enfin, en cas d'échec de tous ces moyens, et si l'on constate un certain degré de tension intra-oculaire, on pratique la paracentèse de la chambre antérieure, qui exerce une action salutaire sur la marche de l'iritis. — 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 boites EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— M. A. de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, fera une excursion à Saint-Germain-en-Laye le dimanche 14 septembre prochain.

Départ de Paris (Ouest, Saint-Lazare) à neuf heures trente minutes. — Visite du Musée des antiquités nationales. — Sablières du Pecq.

Retour à Paris, cinq heures quarante-cinq minutes.

On trouve des cartes au siège de l'École, 15, rue de l'École-de-Médecine.

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Chavernac (d'Aix) : Taille pararaphéale. — III. Congrès de 1890 : Maladies générales. — IV. Bibliothèque : Manuel du doctorat en médecine. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

BULLETIN

L'Académie ayant chômé dans ses deux dernières séances, la première fois faute de communications, la seconde par suite de la mort de M. le professeur Gavarret, a tenu mardi dernier une séance mieux remplie.

Communications de M. le ministre de l'intérieur relative à la vente des eaux minérales; de M. L.-G. Richelot, sur le traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale par la ligature élastique perdue; de M. Maurice Hache, sur le traitement de la pleurésie purulente par l'incision postérieure de Walther; de M. Alph. Guérin, sur la prothèse des apophyses géni; de M. Javal, sur le traitement du strabisme par avancement musculaire et l'amblyopie des astigmates; — il y avait là de quoi intéresser le public habituel de l'Académie.

La lettre de M. le ministre de l'intérieur, demandant à M. le président de vouloir bien saisir l'Académie d'une affaire déjà examinée par le Comité consultatif d'hygiène, semble indiquer, de la part des pouvoirs publics, une tendance à vouloir tenir compte, dans les mesures administratives à prendre, de l'avis éclairé et compétent de l'Académie. Une autre décision ministérielle témoigne encore de cette bonne volonté, qui paraissait depuis

FEUILLETON

CAUSERIE

Échos du Congrès de Berlin

Je ne suis pas allé à Berlin, et, que je le regrette ou non, cela ne regarde que moi, aussi ne le dirai-je à personne. Vous savez bien pourquoi. Si je vous le dis, et que je vous recommande le secret, pourquoi le garderiez-vous, alors que je ne le garde pas moi-même? Aussi je le garde.

Mais si je ne suis pas allé à Berlin, j'ai voulu savoir ce qui s'y était passé, parce que je suis curieux de ma nature, et bavard, ce qui est un autre défaut. Défaut bien excusable, car si j'ai voulu savoir, c'était pour vous le dire, chers lecteurs, et si je suis blâmé, ce ne sera au moins pas par vous. Donc, j'ai voulu savoir, et, pour cela, j'ai commencé par faire bavarder les autres. Or vous savez qu'après un chasseur, il n'y a rien de plus bavard qu'un voyageur. Aussi n'ai-je pas eu grand mal à savoir ce que je voulais. Mais n'allez pas vous figurer que je vais tout vous dire; ce serait trop long; « qui ne sut se borner ne sut jamais écrire », a dit Boileau, et comme entre autres prétentions j'ai celle de savoir écrire, je la justifierai en me bornant. Autant cette preuve qu'une autre, surtout à défaut d'autre.

©BIU Santé

longtemps faire défaut. Que n'a-t-on pas dit sur les rapports académiques, rédigés à la suite de discussions approfondies, et enfouis ensuite dans des cartons d'où ils ne sortaient plus!

La décision à laquelle je fais allusion concerne le plâtrage des vins. On se rappelle que l'Académie, après avoir longtemps discuté cette question, s'était prononcée pour la limitation du plâtrage à 2 grammes par litre, quantité que d'aucuns, dont je suis, considéraient encore comme exagérée, puisque le vin naturel le plus riche en sulfate de chaux n'en contient que 40 à 60 centigrammes par litre.

Malgré cette résolution, le ministre de la justice avait cru devoir, par un arrêté en date du 27 juillet 1889, permettre encore le plâtrage au-dessus de 2 p. 1,000, et, le 23 août dernier, une nouvelle circulaire aux procureurs généraux les invitait encore à ajourner à un autre moment l'exécution des mesures demandées par l'Académie. Mais, le Comité de direction des services de l'hygiène ayant émis l'avis qu'un plâtrage supérieur à 2 p. 1,000 était nuisible à la santé publique, la récolte de 1890 sera soumise aux instructions limitant le plâtrage.

— Que faut-il faire du pédicule des tumeurs fibreuses sous-péritonéales de l'utérus? Actuellement, tout le monde est d'accord pour en faire la ligature et les rentrer dans l'abdomen. Mais comment faire la ligature? M. L.-G. Richelot, après Kleeberg, Traub et Terrillon, a adopté la ligature élastique perdue, dont il a décrit minutieusement le manuel opératoire, qu'il a employé avec succès dans 16 cas. Les avantages de ce procédé sont la facilité de l'exécution, la sécurité de l'hémostase et l'absence d'accidents entravant la guérison.

— La récente communication de M. Guermonprez, sur la prothèse des apophyses géni, a déjà amené une réclamation de priorité de la part de M. Verneuil, qui a décrit un procédé analogue dans la thèse de doctorat de M. Vizzu (1874), procédé qu'il avait, du reste, mis en pratique plusieurs années auparavant, car je le lui ai vu appliquer, en 1869, à l'hôpital Lariboisière. M. Alph. Guérin pense que Bégin et Rigal (de Gaillac) ont aussi

---

Mais voila déjà bien des bagatelles de la porte et des mots pour rien. Donc, je commence.

*
* *

Un peu de mise en scène, voulez-vous? Nous voici donc dans l'amphithéâtre du professeur Bergmann, qui a fait tant de bruit récemment par sa querelle avec sir Morell-Mackenzie, au sujet du larynx de l'empereur Frédéric. Sur les bancs de l'amphithéâtre ont pris place les membres de la section de chirurgie du Congrès, auquel le chirurgien berlinois va présenter plusieurs de ses opérés. Aux premiers rangs, on remarque Lister, Ollier, Kirmisson, Poirier, Pamard.... en haut, Chantemesse et Widal.

1er ACTE. — *Leçon du professeur sur l'asepsie en chirurgie.* — M. Bergmann, comme d'autres chirurgiens, pense que l'asepsie doit prendre le pas sur l'antisepsie; les pansements doivent être aseptiques, comme l'opération; les substances antiseptiques ne doivent plus servir qu'à laver les mains de l'opérateur et des aides, la région à opérer, mais non la plaie. Partant, plus de drainage; rien que des sutures, et un pansement fait avec de la gaze antiseptique. C'est, comme vous le voyez, la thèse soutenue par M. Terrier au Congrès de Limoges.

2e ACTE. — Pour démontrer l'excellence de la nouvelle méthode, M. Bergmann fait venir une femme qu'on vient d'opérer d'une tumeur du sein, avec curage de l'aisselle. Les bords de la plaie sont rapprochés, les fils à suture sont passés, il n'y a plus qu'à les serrer. On voit donc la plaie après l'hémostase, aseptique; un aide lie les sutures, non

proposé un procédé analogue; mais la priorité remonte encore plus haut, car, en 1826, Delpech, à la suite d'une résection du maxillaire inférieur, a réuni les deux moitiés par un fil de fer servant de support à une anse de fil destinée à empêcher la langue de retomber sur l'orifice du larynx. Je puis annoncer d'ailleurs que M. Guermonprez, ému de ces réclamations, s'occupe de reprendre la question *ab ovo*, ce qu'il n'avait pu faire dans sa première communication.

— Je viens de lire, dans les comptes rendus de cette séance qui me sont parvenus, qu'un honorable confrère de Marseille n'aurait pu terminer la lecture d'un travail, parce que ledit travail portait comme sous-titre : *Rapport lu à l'Académie*, alors que les rapports ne peuvent être lus que par les membres de l'Académie.

En choisissant ce prétexte, M. le président a fait preuve de sagesse. Mais n'a-t-il pas été plutôt offusqué par le titre que par le sous-titre du travail? La curabilité des tumeurs d'apparence cancéreuse par les injections de sublimé peut, en effet, donner lieu à bien des réflexions qui n'auraient guère que l'apparence d'académiques. — L.-H. P.

Taille pararaphéale

Le docteur Chavernac (d'Aix) nous communique une observation intéressante de taille médiane chez un enfant.

Observation. — *Calcul vésical chez un adolescent; taille pararaphéale. Prompte guérison.*

Appelé en consultation dans la petite ville de Rians (Var), par mon honorable confrère, le docteur Giraud, je fus prié de visiter le jeune Olivier Marius, âgé de 14 ans, chez lequel il avait diagnostiqué un calcul vésical d'après les symptômes généraux sans avoir recours au cathétérisme. L'introduction de la sonde me confirma de suite le diagnostic de mon confrère.

---

pas avec le soin que j'ai vu nos jeunes chirurgiens y mettre, mais en deux temps; un, un nœud; deux, le second nœud; cric, crac, ça y est. Les bords sont plus ou moins bien affrontés, trop bien même, car les fils trop serrés couperont certainement les tissus. Mais c'est vite fait; cric, crac..... le temps de le dire, et voilà le double nœud. Puis des compresses de gaze aseptique sur la plaie; un gros tampon d'ouate aseptique dans le creux de l'aisselle. Bergmann y tient beaucoup et avec raison, pour affronter étroitement les faces saignantes de la plaie axillaire. Puis une bande pour maintenir le tout. Et la malade est emportée.

Mais les résultats du pansement? Ici commence le troisième acte de la représentation. Quatre malades, opérées et pansées aseptiquement d'une tumeur du sein huit ou dix jours auparavant, sont introduites. On va enlever pour la première fois les pièces du pansement, et voir l'état des plaies.

Chez la première malade, la réunion par première intention a raté; les sutures ont coupé les chairs (qu'est-ce que je vous disais) et la plaie suppure. D'un geste rapide, M. Bergmann essuie la plaie en enlevant le pansement et le fait disparaître rapidement dans une corbeille. Mais l'odorat est désagréablement affecté. Lister sourit une seconde, involontairement, puis ses traits reprennent leur placidité ordinaire. Ollier et Pamard se regardent en tenant un sérieux diplomatique. Kirmisson dit à mi-voix : « C'est infect! » Poirier rigole en dedans. On repanse l'opérée et on la rentre.

Chez la seconde, même résultat, avec une plaque de sphacèle en plus, grande comme

©BIU Santé

La mère nous raconta qu'à l'âge de deux ans l'enfant avait commencé à éprouver une gêne dans l'émission des urines.

Plus tard, les douleurs étaient survenues dans les bourses et la profondeur du périnée. Quand l'enfant voulait uriner, il éprouvait une pénible impression qui lui faisait prendre des attitudes bizarres ; d'autrefois, la douleur était telle qu'il saisissait la verge, serrait fortement le prépuce, partait en courant, poussait des cris déchirants, s'arrêtait, urinait un peu ; mais le jet s'arrêtant, il repartait de nouveau, pissait encore et recommençait jusqu'à ce que le besoin ne se fît plus sentir.

Quand la nuit arrivait et qu'il fallait se coucher, c'étaient des scènes terribles ; l'enfant criait, hurlait, se jetant à droite, à gauche jusqu'à ce qu'il eût trouvé une bonne place.

Si, durant le sommeil, il venait à faire un mouvement, une violente douleur le réveillait en sursaut. Ces souffrances continuelles tenaient le jeune malade dans un état d'amaigrissement et s'opposaient à son développement physique, qui aurait pu s'accomplir normalement, car il avait toutes les apparences d'un bon tempérament, et ses parents jouissent tous d'une bonne santé. On ne nous signala aucun antécédent héréditaire.

Nous proposâmes l'opération à domicile comme le moyen le plus pratique de guérir rapidement cette infirmité. L'envoi de l'enfant dans un hôpital ne pouvait être fait qu'en compagnie de sa mère, ce qui eût été pour la famille l'occasion d'une dépense au-dessus de ses moyens. Il ne fallait pas songer non plus à faire la lithotritie, qui aurait nécessité au préalable un cathétérisme réitéré et peut-être plusieurs séances de broiement, contre indiqués formellement par la surexcitation nerveuse du malade, qui poussait des cris à la simple vue de la sonde.

L'état social de cette intéressante et nombreuse famille, et l'état pathologique du malade exigeaient la promptitude dans l'action chirurgicale. La taille s'offrait donc à nous comme l'*ultima ratio*. La famille l'accepta.

Le docteur Giraud prépara pendant une huitaine de jours le malade selon les règles de la thérapeutique chirurgicale. Mais le jeune calculeux, dont certains ignorants avaient farci la tête de mauvais conseils, refusa obstinément le cathétérisme préalable, comme d'ailleurs il refusait l'opération.

Le 4 avril 1890, nous arrivâmes auprès du malade avec le docteur Girard et le docteur Chabaud, qui m'a souvent prêté dans les opérations l'appui de son précieux concours.

Placé immédiatement sur un lit préparé, l'enfant fut soumis aux inhalations du chlo-

---

une pièce de cinq francs, comprenant l'épaisseur d'un des lambeaux. Nouveaux jeux de physionomie plus accentués, sauf chez Lister, qui cette fois ne s'étonne plus.

Chez la troisième, la suture a réussi à moitié ; l'autre moitié de la plaie suppure. L'auditoire respire.

Chez la quatrième, enfin, le résultat est parfait. L'auditoire en profite pour couvrir le professeur d'applaudissements.

— Que pensez-vous de l'asepsie et des pansements aseptiques ? demande à M. Lister un de nos compatriotes, de qui je tiens le fait.

— Je pense, répond l'éminent chirurgien anglais avec son fin sourire, qu'il faudra d'autres résultats que ceux-là pour faire abandonner l'antisepsie.

*
* *

Nous voici maintenant dans le même amphithéâtre, prêts à écouter le professeur Senn, de Philadelphie, sur le diagnostic de la perforation de l'intestin dans les plaies de l'abdomen par armes à feu.

Le professeur Senn est un petit homme trapu, presque aussi large que haut ; tenez, dans le genre de Duval, l'appariteur de la Faculté, que vous connaissez bien ; encore plus large des épaules cependant.

« Gentlemen ! » s'écrie-t-il de toutes ses forces. Et voilà la leçon commencée ; elle se continue sur ce ton jusqu'à la fin ; je vous assure que ceux qui n'ont pas entendu devaient être sourds de naissance. Et M. Senn explique comment il a un moyen infaillible

forme, le sommeil fut long et pénible à obtenir à cause de son indocilité, de son irritabilité et de sa répulsion pour l'opération.

L'anesthésie n'était pas encore complètement obtenue que, voulant confirmer le diagnostic, j'introduisis dans la vessie une assez grosse sonde métallique qui provoqua de violents mouvements du bassin et je ne retrouvai plus la pierre ; une exploration minutieuse faite dans tous les sens demeura infructueuse, et cependant à la première visite nous avions parfaitement perçu le contact.

Après ces violents mouvements, l'enfant s'étant incliné sur le côté droit, je le ramenai dans la position rectiligne et le docteur Chabaud, qui tenait le pavillon de la sonde, sentit le choc de la pierre contre l'instrument. Cette fois plus de doute, c'était bien le calcul.

Nous attendîmes le sommeil absolu en maintenant la rectitude du décubitus dorsal. Je liai les mains et les pieds et j'introduisis un cathéter à large cannelure, que M. Chabaud tint très adroitement dans la ligne médiane en faisant saillir la courbure vers le périnée. Je fis avec un bistouri convexe une incision de trois à quatre centimètres de long, à gauche et parallèlement au raphé. Divisant alors les tissus couche par couche jusqu'à un centimètre au devant de l'anus, en ayant soin de respecter le bulbe, je parvins à la région membraneuse avec quelques gouttes de sang à peine.

J'enfonçai l'index gauche dans la plaie et saisissant la cannelure droite du cathéter entre l'ongle et la pulpe, je guidai la lame du bistouri contre le rebord gauche. Je l'enfonçai hardiment dans l'urèthre et sans m'arrêter j'arrivai d'emblée dans la vessie. Je retirai alors le bistouri en relevant son manche le long du conducteur et j'incisai d'arrière en avant le col de la vessie et un peu le diamètre antéro-postérieur de la prostate sur le côté gauche de la ligne médiane.

Cela fait, le cathéter fut remonté par M. Chabaud jusqu'au niveau de l'angle supérieur de la plaie ; j'introduisis l'index gauche dans la cavité vésicale et je trouvai le calcul reposant sur le bas-fond. La simple inspection digitale me fit comprendre qu'il pourrait sortir par l'ouverture que je venais de faire et qu'il ne serait pas nécessaire de recourir à la lithotritie.

A la faveur du doigt je fis pénétrer de longues pinces à pansement, et je pus saisir aisément le calcul. Plaçant les mors dans le sens vertical, j'amenai la pierre sans efforts en faisant des mouvements analogues à ceux du forceps dans l'accouchement.

Cette opération fut faite en moins de temps qu'il ne faut pour la décrire.

J'explorai la vessie avec le doigt pour savoir s'il n'y avait pas d'autre pierre, et je

---

de s'assurer de la perforation de l'intestin. Ce moyen consiste à injecter dans le rectum de l'hydrogène sulfuré qui sort par la plaie et s'enflamme au contact d'une allumette. Donc, si vous doutez de la perforation de l'intestin, injectez de l'hydrogène sulfuré dans le rectum de votre patient ; si l'intestin n'est pas perforé, le gaz ne sortira pas par la plaie de l'abdomen, et vous aurez beau user une boîte d'allumettes, pas une ne mettra le feu à la plaie abdominale ; si au contraire vous approchez une allumette de la bouche, le gaz s'enflammera. Je ne sais si le patient sera satisfait de voir sa bouche flamber, mais c'est comme cela. Et tout en parlant comme Stentor, l'orateur gesticule de toute la longueur de ses petits bras et arpente l'estrade de toute la longueur de ses petites jambes, à grands pas.

Mais la démonstration ? Celle de Bergmann n'était qu'un jeu à côté d'elle.

« Passez-moi le chien ! » dit M. Senn. On passe un chien, muselé et ligaturé des quatre membres, on lui introduit une canule dans le rectum et on lui injecte soi-disant du gaz hydrogène sulfuré. Vous allez voir, Messieurs, le gaz sortir de la bouche et s'enflammer au contact d'une allumette ! — Mais vous connaissez le résultat des expériences faites en public ; jamais elles ne réussissent. Il en fut ainsi ici. On eut beau allumer allumettes sur allumettes, les approcher du nez du chien jusqu'à lui flamber ses moustaches, le gaz refusa de prendre feu. Peut-être s'était-il arrêté en route.

Mais en voici bien d'une autre. Un paravent était déployé près de l'estrade. « Nous allons voir maintenant l'effet de l'hydrogène sulfuré sur un chien blessé », dit M. Senn. Et il tire un revolver de sa poche, passe derrière le paravent, et pan ! dans le ventre du

©BIU Santé

constatai à droite et à gauche du trigone deux excavations, grandes comme des coquilles de noix, dans lesquelles la pulpe de l'index trouvait amplement à se loger. C'est dans l'un de ces culs-de-sac que se plaçait le calcul, lorsque, la nuit, l'enfant cherchait, au prix de grandes douleurs, une bonne place; et c'est dans celui de droite qu'il s'était dérobé à la percussion de la sonde pendant notre investigation diagnostique.

Je fis quelques injections d'eau tiède dans la vessie, et comme il y avait un léger suintement sanguin, dû probablement à une déchirure superficielle de la prostate par le passage de la pierre, j'en fis quelques-unes d'eau froide pour absterger la plaie.

Après la toilette, je liai les genoux et je plaçai l'opéré, encore tout endormi, dans son lit bien chaud : une légère compresse sur le périnée, les jambes et les cuisses fléchies à l'aide d'un coussin, la tête un peu relevée pour mettre les muscles dans le relâchement.

Le sommeil continua pendant deux heures environ; après quoi, l'enfant demanda à manger. Nous fîmes la recommandation expresse de ne donner que des aliments liquides : bouillon, lait, tisane et repos absolu.

Le docteur Giraud se chargea de lui prodiguer les soins convenables et de veiller à la cicatrisation de la plaie.

Il paraît que dans l'après-midi, le malade, toujours fidèle à son indocilité, se délia les genoux et se livra, les jours suivants, à certains mouvements qui portèrent obstacle à la réunion immédiate.

Ayant à revenir, deux jours après, dans la même localité, pour réséquer une phalange chez une petite fille de deux ans, je revis le jeune Olivier. La plaie avait bon aspect et présentait des allures cicatrielles bien évidentes, bien que l'urine passât tout entière par cette voie artificielle. Il n'y avait ni ecchymose scrotale, ni douleur d'aucune espèce. L'état général était parfait; l'enfant dormait bien; ses traits ne portaient plus l'empreinte de la terreur, ni de la souffrance.

Les jours suivants, au rapport du docteur Giraud, le liquide excrémentitiel commença à passer par l'urèthre et l'ouverture périnéale alla en se rétrécissant de plus en plus, de sorte que vers le douzième jour, l'urine sortit complètement par les voies naturelles. Au quinzième jour, la cicatrisation fut achevée par les seuls efforts de la nature sans le secours d'aucun pansement, et l'enfant put aller jouer avec ses camarades.

Le calcul, à peu près rond, pèse dix grammes; il mesure deux centimètres et demi dans son plus grand diamètre, et deux centimètres dans le plus petit. Le débridement du col vésical et une légère entaille de la prostate ont donc suffi pour livrer passage à ce calcul volumineux.

---

chien, qui se met à hurler. On le représente alors et on va lui introduire de nouveau la canule dans le.....; mais mon interviewé horripilé s'élance au dehors, et je ne sais pas la fin de l'expérience.

Chirurgie et Buffalo Bill! O honorable colonel Cody.

* * *

Je vous assure, continue mon interlocuteur, que nos chirurgiens ont eu grand tort de ne pas venir à Berlin en plus grand nombre, ils auraient été fiers de leur chirurgie en la comparant à celle des étrangers. Et ce que je vous dis des chirurgiens peut s'appliquer tout aussi bien aux médecins, aux physiologistes, aux anatomistes. Tenez, par exemple, j'ai assisté, le lendemain de la démonstration désopilante de Senn, à une leçon de Poirier sur les kystes du creux poplité, sujet qu'il a beaucoup travaillé, comme vous savez, et qu'il connaît à merveille. Quel succès, mon cher! Quel contraste surtout avec le genre d'élocution du chirurgien américain! On eût dit que Poirier l'avait fait exprès. Autant l'autre avait gesticulé, autant Poirier a été calme, sobre de gestes; parlant distinctement, sans crier, d'une voix très nette, exposant son sujet avec une clarté et une méthode parfaites; en somme, je le répète, grand succès pour lui, pour l'anatomie française, pour la langue française surtout; car j'ai entendu, parmi les nombreux auditeurs étrangers qui sont venus le féliciter, plusieurs d'entre eux lui dire : « Quel plaisir, Monsieur, d'entendre si bien parler votre belle langue; comme on la comprend bien! »

Par la rapidité de son exécution, l'innocuité de ses suites et la célérité de la cicatrisation qui aurait pu être plus prompte avec un malade plus docile, cette opération démontre clairement que le procédé de Bouisson, ou *taille pararaphéale*, est exempt des graves reproches qu'on a de tout temps adressés à la taille médiane.

D'abord, il n'exige qu'un nombre très limité d'instruments : cathéter, bistouri, pinces. Je n'ai pas voulu me servir du gorgeret comme inutile, ni des tenettes, dont les dimensions auraient augmenté le diamètre de la pierre et porté obstacle à son issue.

Ce procédé opératoire met ensuite le malade à l'abri de la lésion des canaux éjaculateurs que Scarpa reprochait si amèrement à Vacca-Berlinghieri, à l'époque de leur légendaire démêlé. L'examen des figures anatomiques bien faites (Anatomie de Sappey, t. IV, fig. 905, 3e édition) et encore mieux, l'examen cadavérique, montrent que l'incision du col vésical, faite le long de la cannelure gauche du conducteur, laisse de côté les canaux éjaculateurs qui, très rapprochés l'un de l'autre, ont un trajet souterrain dans le tissu de la prostate et en son milieu. Une section profonde pararaphéale du diamètre antéro-postérieur de la prostate ne les atteindrait même pas. La taille médiane ancienne devait les blesser presque toujours, et bien des calculeux ont dû trouver dans cette manière de faire la cause de leur impuissance ultérieure ; Boileau en a été la plus célèbre victime. Le professeur fut donc heureusement inspiré en imaginant son procédé et l'histoire impartiale laissera à son actif cette précieuse amélioration qu'il a apportée à l'opération de la cystotomie périnéale.

La lésion du rectum, toujours menaçante chez les vieillards, est moins à craindre chez l'enfant. D'ailleurs, si on avait quelque raison de redouter le voisinage du réservoir fécal, on n'aurait, pour parer à cette éventualité, qu'à dévier un peu la lame du bistouri et faire l'incision légèrement oblique en dehors.

L'ecchymose du scrotum s'évite en ménageant le bulbe uréthral. La section nette des tissus et le parallélisme des lèvres de la plaie mettent à l'abri de l'infiltration urinaire. C'est donc une question de dextérité chirurgicale.

Enfin, si le calcul est trop volumineux pour trouver une issue facile à travers la plaie périnéale, autrement dit, si l'incision n'est pas proportionnelle au diamètre de la pierre, le chirurgien, intervertissant le problème, peut réduire séance tenante, le volume du calcul aux dimensions de l'ouverture cystique et employer la lithotritie périnéale que Bouisson, le premier, a également introduite dans la chirurgie, méthode qui se recommande par son esprit rationnel et son côté pratique.

De cette façon, on pourra réduire les dimensions de la section à une simple bouton-

---

Vraiment, il parle bien. Et il y avait encore là Bouilly, Pozzi, Kirmisson, etc., qui ne sont pas précisément des bredouilleurs. Qu'aurait-ce été si Pinard, Grancher, Richelot, Reclus, Segond, Brissaud, etc., avaient fait partie du Congrès?

Allons, il faut bien que je me console, puisque les Français et leur langue ont été si acclamés à Berlin ; d'autant plus, ceci entre nous, bien entendu, que les Allemands n'étaient que tout juste satisfaits des ovations que beaucoup d'étrangers, Américains, Russes, Danois, Grecs, Italiens même, faisaient à nos compatriotes. On vous a dit, ou vous avez lu dans certains journaux, que, dans un festin, les Allemands avaient chanté la *Marseillaise*. N'en croyez rien ; ils n'ont pas plus chanté la *Marseillaise* que nos compatriotes n'ont chanté le *Wacht am Rhein!* Les membres allemands du Congrès avaient reçu d'en haut lieu l'ordre d'être très polis, aimables même avec les Français, et ils ont été très polis, par ordre ; tout comme l'an dernier ils s'étaient abstenus de venir à nos Congrès, par ordre.

Tout est bien qui finit bien.

Mais je n'ai pas fini encore. Il faut que je me fasse encore l'écho d'une réclamation qui intéresse la presse ; il n'y avait pas de secrétariat organisé dans les diverses sections ; pas de places réservées aux correspondants de journaux ; pas même de plume ni de papier ; aussi les comptes rendus ont-ils été impossibles à faire, et vous vous en êtes bien aperçus, j'en suis sûr, en parcourant les divers journaux de médecine. Quel contraste avec Londres, Copenhague et surtout Washington, où l'ombre du Congrès, ou plutôt cette ombre de Congrès, a paru immense, grâce à la publicité toute américaine qui a été

©BIU Santé

nière et éviter les dangers des grandes incisions qui, de tout temps, ont augmenté la léthalité de la cystotomie médiane.

CONGRÈS DE 1890

Maladies générales.

I

Un certain nombre de communications relatives à la *fièvre typhoïde* ont été faites à Berlin. M. Eiselt (de Prague) désigne sous le de *fièvre typhoïde à forme splénique* les cas de dothiénentérie dans lesquels le foyer principal de l'affection est dans la rate. Cliniquement, ces cas sont caractérisés par l'absence de troubles intestinaux, par une rate très volumineuse et par la tendance de la fièvre à revêtir le type récurrent.

Il y a trois formes de spléno-typhus. Dans la première, la rate est volumineuse et il se développe une périsplénite adhésive ou exsudative localisée, ou bien envahissant le péritoine. Dans la seconde, la rate atteint rapidement un volume souvent énorme, ce qui est dû parfois aux épanchements abondants de sang dans la pulpe splénique. La fièvre est continue, intense; elle dure de six à sept semaines, puis elle fait place à une apyrexie de huit à quinze jours, et survient de nouveau pour durer tant que persiste la tuméfaction de la rate. Dans la troisième forme, la rate est volumineuse, la fièvre intense dès le début; au bout d'un septénaire survient une apyrexie de quelques jours de durée, suivie de fièvre, puis d'apyrexie, puis d'une nouvelle période fébrile.

Jamais on ne trouve de spirilles dans le sang des malades, ce qui prouve qu'il ne s'agit pas ici de typhus récurrent. D'autre part, l'identité du spléno-typhus avec la fièvre typhoïde est démontrée par les origines de la contagion, ainsi que par les ulcérations intestinales, bien que peu nombreuses, mais absolument caractéristiques, de la dothiénentérie, que l'on trouve à l'autopsie des malades morts de spléno-typhus.

M. Bozzolo a étudié des *formes de fièvre typhoïde atypique*. Les localisations diverses de certaines bactéries, dans un seul et même genre de maladie, peuvent produire différentes formes cliniques de cette maladie. Il a fait voir cela, déjà, pour la pneumonie (diplococcus de Frænkel). Il en est probablement de même pour la fièvre typhoïde (bacilles d'Eberth et Gaffky).

---

faite des comptes rendus, rédigés séance tenante et envoyés immédiatement à tous les journaux importants du monde entier. Je me demande comment on fera pour imprimer les comptes rendus du Congrès de Berlin.

— Mais, me direz-vous, qu'est-ce que cela peut vous faire?

— Au fait, vous avez raison. qu'*ils* s'en tirent comme ils pourront!

Simplissime.

Suppositoire contre la fistule a l'anus. — F. Guyon.

Iodoforme.....	0 gr. 10 centigr.
Extrait de belladone.....	0 gr. 10 centigr.

Beurre de cacao q. s. pour un suppositoire. — En introduire un dans l'anus atteint de fistule, après chaque selle, et le soir en se couchant. — Prescrire en outre, une cuillerée à soupe matin et soir, du mélange suivant :

Bromure de potassium.....	5 grammes.
Citrate de fer ammoniacal.....	0 gr. 50 centigr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	100 grammes.

Entretenir la liberté du ventre, soins constants de propreté. — N. G.

Dans des cas tout à fait atypiques de fièvre typhoïde, M. Bozzolo a pu obtenir des cultures de ce bacille, provenant du suc de la rate pris sur le vivant et sur le cadavre, ainsi que dans des matières fécales.

Il a eu occasion, dans trois cas, dont deux absolument atypiques, de trouver les bacilles dans le sang en circulation et d'en faire également des cultures.

Dans le premier de ces cas atypiques, la rate était un peu tuméfiée, l'urine était albumineuse, mais les autres symptômes manquaient. Dans le sang provenant de piqûres du doigt et de petites saignées faites avec toutes les précautions voulues, il y avait de nombreux bacilles semblables à ceux du typhus. Les cultures sur la pomme de terre, ainsi que toutes les autres méthodes d'examen, confirmèrent qu'il s'agissait bien de bacilles de la fièvre typhoïde. Il s'agissait donc d'une véritable septicémie typhoïde.

Dans un second cas, également atypique et ressemblant beaucoup à un typhus récurrent, on trouva de nouveau le bacille de la fièvre typhoïde dans le sang et les selles.

Enfin, M. Bozzolo l'a observé dans un troisième cas de fièvre typhoïde, à marche régulière cette fois.

Il fait observer que, dans un de ces cas, il ne put constater aucun rapport constant entre le nombre des colonies formées sur l'agar-agar et le nombre des bacilles existant dans le sang. Le nombre des bacilles du sang diminua en même temps que la fièvre et ils disparurent avec celle-ci.

M. J. Kœnesi s'est attaché à montrer que la *fièvre typhoïde s'accroissait lorsque l'on faisait usage d'eau non filtrée*. L'épidémie de fièvre typhoïde, qui s'est développée à Buda-Pest en 1887 et 1888, a frappé surtout les parties de la ville qui recevaient de l'eau non filtrée. Cependant, les districts les plus atteints étaient habités par une population ouvrière qui offre peu de résistance et, en même temps, des maladies qui n'ont pas de rapport avec l'eau potable; la diphthérie, la rougeole, la scarlatine étaient bien plus fréquentes aussi dans les mêmes quartiers. Cependant, on est arrivé à prouver l'influence de l'eau non filtrée sur le développement de la dothiénentérie en examinant spécialement la population d'une rue dont une partie reçoit de l'eau filtrée et une autre de l'eau non filtrée; les habitants qui recevaient de l'eau impure ont été trois fois plus atteints que les autres.

Au Congrès de Birmingham, M. Thursfield s'est aussi occupé de l'*étiologie de la fièvre typhoïde*. Dans la majorité des cas, la maladie se développe dans un point, soit parce qu'il y a reviviscence des germes provenant d'un cas antérieur, soit parce qu'elle est importée d'une localité voisine. Pour M. Thursfield, la reviviscence des germes se produit très souvent et explique des cas qui semblent se développer spontanément. Malgré tout, il y a des cas qui se produisent véritablement sans qu'on puisse les rattacher à un cas antérieur, certaines conditions pathogéniques pouvant faciliter le développement des germes infectieux. Ces cas seraient alors assez mal caractérisés au point de vue symptomatique. Peut-être la fièvre typhoïde est-elle endémique dans certains pays. La transmission de la maladie est fréquente et la contagion de l'homme à l'homme peut être aussi nette que dans la scarlatine. Assez souvent, les différents membres d'une même famille sont atteints sans que leurs voisins le soient; on peut se demander alors s'il y a des contagions successives ou une infection de même origine. Le vent peut transporter à grande distance les germes typhoïdiques. M. Thursfield n'a pas observé de maladie des animaux pouvant se rapprocher de la fièvre typhoïde de l'homme.

II

M. Roux a proposé une série de mesures destinées à enrayer le *développement de la diphthérie*. Il faut reconnaître la maladie le plus tôt possible; les moyens bactériologiques qui permettent un diagnostic précoce doivent donc être très employés. Le virus diphthéritique actif pouvant persister longtemps à l'état sec, surtout à l'abri de la lumière, il est nécessaire de passer à l'eau bouillante ou à l'étuve tous les objets qui ont été en contact avec les diphthériques. Il faut désinfecter les linges, les couvertures, etc., avant leur transport au blanchissage.

Les logements où il y a eu des diphthériques, les voitures qui ont transporté des diphthériques doivent être désinfectés.

©BIU Santé

Les parents qui visitent leurs enfants diphthériques à l'hôpital rapportent souvent les germes de la maladie dans leur famille. Ces visites doivent être aussi rares que possible. Avant de permettre l'entrée des salles aux personnes étrangères au service, il faut les obliger à revêtir un habit spécial qui recouvrira leurs vêtements et qu'elles quitteront à la sortie. Il faut exiger aussi qu'elles se désinfectent la figure et les mains.

Les enfants des écoles doivent être souvent examinés au point de vue de l'état de leur gorge, surtout quand il s'est produit un cas de diphthérie parmi eux.

Dans les affections de la gorge, surtout chez les enfants, et notamment dans les angines rubéoliques et scarlatineuses, il faut, dès le début, pratiquer des lavages antiseptiques fréquents de la bouche et du pharynx.

M. Lœffler insiste sur ce point que la prophylaxie de la diphthérie est devenue plus facile parce que tout le monde s'accorde maintenant à reconnaître que la maladie est causée par le bacille de Klebs-Lœffler et qu'il ne se rencontre que dans les produits d'excrétion de la muqueuse malade. Il ne faut laisser les enfants qui ont été atteints retourner à l'école qu'un mois après leur guérison, car la résistance du bacille est très grande. On l'a retrouvé dans la bouche d'un malade vingt-huit jours après la disparition des fausses membranes. Ces dernières, desséchées, contiennent des bacilles vivants pendant quatorze à seize semaines, et plus longtemps encore si elles sont humides. Les habitations malpropres et humides sont donc très favorables à la contagion. Le traitement des objets souillés par l'eau bouillante est le meilleur; on peut aussi employer les vapeurs à 100°. Il faut laver les planchers de la chambre du malade avec une solution de sublimé à 1/10,000 et frotter les murs avec de la mie de pain. Les bacilles diphthéritiques se développent très bien dans le lait, qui ne doit pas être mis en vente s'il provient d'endroits où il y ait des cas de la maladie. Cependant, pour Lœffler, la diphthérie des animaux est, si elle existe, différente de celle de l'homme, qui n'a pas à la redouter. Il est certain que les érosions et les excoriations de la muqueuse sont des portes d'entrée pour la maladie; cependant, elle peut atteindre des individus qui n'en présentent pas. Pendant les épidémies de diphthérie, il est bon de faire gargariser les enfants avec une solution de sublimé à 1/10,000. L'influence des agents météorologiques n'est pas connue.

La plupart des propositions de M. Lœffler ont été approuvées par les membres du Congrès de Berlin, bien que M. Jacusiel ait accusé le désinfectant, soit de tuer le malade, soit d'être inutiles. D'après M. Kowalski, l'eau phéniquée à 4 p. 100 tuerait le bacille diphthéritique avant la disparition des fausses membranes.

M. Babès a étudié les *altérations histologiques dans la diphthérie expérimentale*. Il est souvent assez difficile de décrire exactement ces altérations, car d'autres micro-organismes, les streptocoques, par exemple, agissent fréquemment en même temps que le bacille diphthéritique. M. Babès a constaté que la diphthérie humaine et la diphthérie expérimentale conduisent à des altérations histologiques semblables et que toutes deux sont équivalentes. Par contre, il n'a pu trouver la preuve histologique que les produits toxiques du bacille engendrent dans les tissus les mêmes processus que le bacille lui-même; dans le premier cas, on n'observe pas les altérations particulières de la substance chromatique des endothéliums et des leucocytes. Il y aurait donc de grandes différences entre l action du bacille vivant et celle de ses produits solubles.

M. Jacobi a exposé le *traitement de la diphthérie en Amérique*. La prophylaxie a attiré plus l'attention en Amérique qu'en Europe. A New-York, chaque cas de diphthérie est signalé, on fournit gratuitement les désinfectants, les écoles sont fermées, s'il y a lieu, les enfants d'une famille atteinte et ceux habitant le même étage ne peuvent se rendre à l'école, le malade est transporté dans un hôpital spécial.

La prophylaxie individuelle est assez volontiers pratiquée. C'est ainsi que l'on emploie surtout le chlorate de potasse et la teinture de chlorure ferreux dont on donne 3 ou 4 grammes par jour à un enfant d'un an en fractionnant beaucoup les doses.

La diphthérie des plaies est traitée par la teinture d'iode, la poudre d'iodoforme, les solutions de sublimé de 1/1000e à 1/3000e, les solutions de brome, d'acide salicylique. Rarement on emploie les applications locales dans la gorge. Quand elles sont possibles, on se sert d'acide phénique concentré, de teinture d'iode, quelquefois de solutions de

brome. Les gargarismes sont regardés comme utiles. On a remplacé les injections buccales par les injections nasales qui atteignent mieux les parties malades du pharynx, sont mieux tolérées, et parce que fréquemment, en Amérique, la diphthérie pharyngée se complique de diphthérie nasale; on les fait avec une seringue. Elles sont indispensables dans la diphthérie du nez on quand il y a des adénites et des péri-adénites. Elles doivent être faites avec des liquides chauds, neutres, astringents ou désinfectants, et être fréquentes. Contre la diphthérie conjonctivale, on emploie la glace et les solutions fortes d'acide borique.

A l'intérieur, les médicaments habituellement prescrits sont le chlorure ferreux et le chlorate de potasse; on les mélange dans de l'eau glycérinée. Dans les cas infectieux, l'alcool est donné à doses fréquentes et élevées sous forme de brandy, de whisky ou de vin. L'alcool seul peut guérir les cas les plus graves et jamais on n'arrive à enivrer un enfant atteint de septicémie diphthéritique. Quelquefois, par suite de vomissements, on ne peut administrer à la fois l'alcool et le fer; il faut alors supprimer ce dernier. Il est bon de donner des toniques cardiaques, café, caféine, strychnine. La strychnine en injections sous-cutanées est très utile dans les paralysies diphthéritiques graves.

Dans la diphthérie du larynx et des bronches, les mercuriaux donnent parfois des résultats très favorables. On s'est servi du calomel et du bichlorure. Ce dernier doit être très fortement dilué, la solution variant de 1/1000e à 1/8000e, et on doit donner des doses très fréquentes. Par exemple, un enfant de 1 an en prendra 2 ou 3 centig. par jour, par doses de 1 milligr. D'après M. Jacobi, beaucoup de croups, depuis que le mercure est employé de nouveau, échapperaient à la trachéotomie; les enfants, avec ce traitement, supportent aussi mieux l'opération.

En Amérique, le tubage tend à se substituer à la trachéotomie; il se fait rapidement, n'entraîne pas de perte de sang, et les parents l'acceptent bien plus facilement. On y joint la prescription d'inhalation d'acide phénique, d'eucalyptus, d'essence de térébenthine, etc.

Dans tout le cours de la maladie, le repos absolu au lit est nécessaire.

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL DU DOCTORAT EN MÉDECINE. AIDE-MÉMOIRE D'HISTOLOGIE, d'anatomie (ostéologie, splanchnologie, organes des sens) et d'embryologie pour la préparation du deuxième examen, par le professeur Paul LEFORT. — J.-B. Baillière et fils.

Il a paru utile de mettre à la disposition des étudiants en médecine une série d'*Aide-mémoire*, qui comprendront les matières des cinq examens, et qui paraîtront successivement à bref délai.

Dans ces *Aide-mémoire*, l'auteur s'attache à passer en revue tout ce qui est afférent à un sujet donné, sans en rien omettre, de manière à ce que le candidat ne soit embarrassé par aucune question; à mettre en relief les points importants, en négligeant les détails superflus, de sorte que le lecteur puisse immédiatement trouver ce qu'il lui importe d'apprendre ou de revoir; à rapporter les théories et les faits récemment entrés dans le domaine de la science, aussi bien que ceux qui lui sont depuis longtemps acquis; enfin à citer les noms des professeurs des diverses Facultés de médecine en regard de la découverte qu'ils ont faite, de l'idée qui leur est personnelle.

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE L'INTERTRIGO. — Wertheimher.

Bichlorure de mercure	0 gr. 10 centigr.
Eau distillée.....	200 grammes.

©BIU Santé

Faites dissoudre. — Avec cette solution, on imbibe des compresses qu'on laisse au contact des parties malades, pendant une heure seulement, trois ou quatre fois chaque jour, dans le cas d'intertrigo grave chez les enfants. On évite ainsi les chances de résorption qui ne manqueraient pas de se produire, avec une application continue. Grâce à ce traitement, l'épiderme se dessèche et se régénère très rapidement, la rougeur ayant le plus souvent disparu au bout de vingt-quatre à trente-six heures.

Dans l'intertrigo d'aspect gangréneux ou diphthéroïde, Wertheimher accorde la préférence aux antiseptiques locaux (acide phénique, chlorure de chaux, etc). Les lavages à l'eau alcoolisée ou iodée, fréquemment renouvelés, rendent également de grands services. — Dans le cas de simple excoriation chez les enfants, recourir à l'onguent diachylon de Hébra, soit seul, soit mélangé avec une certaine quantité d'huile d'olives. — Comme traitement préventif, des lotions, régulièrement répétées avec de l'eau tiède savonneuse ou légèrement alcoolisée. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec douleur la mort d'un de nos plus estimés confrères, M. le docteur Duménil, professeur à l'École de médecine de Rouen, et membre du conseil général de l'Association des médecins de France.

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur**. Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels ; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

GRANULES ANTIMONIAUX du docteur Papillaud. — Affections cardiaques.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies. — Anorexie. — Trait[t] physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Bulletin bibliographique.

Nous venons de recevoir la nouvelle édition des « **Guides Dentu** ». Cette collection, traitant des stations thermales et marines de la France et de l'étranger, est publiée sous la direction de MM. Bardet et Macquarie. Elle se recommande par la clarté et la précision de la partie médicale, aussi bien que par l'exactitude et la grande variété des renseignements topographiques, climatologiques et autres.

Ces volumes, d'une exécution matérielle très soignée, seront recherchés, comme les années précédentes, par les médecins et le grand public de nos villes d'eaux et de nos plages.

Revue des médicaments nouveaux, par C. Crinon. — Prix : 3 fr. 50 c.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Rueff et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. Bibliothèque : Les poisons de l'air. — Gall et ses doctrines. — III. Revue des journaux : Un cas de péritonite chronique syphilitique. — Du menthol et de l'eucalyptol dans les affections de l'oreille moyenne. — IV. Sociétés et Congrès. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Chancre simple. — Évolution; variétés.

Dans les douze ou vingt-quatre heures qui suivent l'inoculation, une petite tache hyperémique se montre dans le point où l'inoculation a été pratiquée. Le lendemain, il existe à ce niveau une légère saillie papuleuse; le troisième jour, la papule s'est convertie en une vésicule qui ne tarde pas à suppurer et à se transformer en vésico-pustule. Si celle-ci vient à être rompue soit volontairement, soit accidentellement, on constate, dès le troisième ou quatrième jour après l'inoculation, qu'elle recouvrait déjà une ulcération petite, de 2 à 4 millimètres de diamètre, présentant tous les caractères du chancre mou : bords taillés à pic, pénétration dans la profondeur du derme, suppuration abondante. Cette ulcération continue à s'étendre assez rapidement, si on ne met obstacle par une intervention thérapeutique énergique à son développement. Le pus de ce chancre d'inoculation est inoculable au porteur, il est inoculable aux autres personnes; on peut ainsi obtenir une série de générations de chancres se reproduisant tous avec les mêmes caractères, comme l'ont nettement établi Ricord, Auzias-Turenne, Bœck.

Le chancre mou, abandonné à lui-même, parcourt, comme toutes les maladies virulentes, fatalement, avec une régularité pour ainsi dire inébranlable, la série de ses périodes d'augment, d'état et de déclin. Après s'être étendu pendant trois ou quatre semaines, l'ulcère chancreux se déterge, des granulations rosées commencent à émerger de son fond grisâtre; les bords s'affaissent et se recollent, la cavité se comble; la cicatrisation s'opère comme celle d'une plaie simple, le pus sécrété à cette époque est cependant encore susceptible de conserver son pouvoir infectieux et de donner des résultats positifs à l'inoculation. Le professeur Fournier a vu ce pus rester virulent à la surface de chancrelles parvenues à un degré déjà avancé de cicatrisation; aussi l'éminent clinicien de l'hôpital Saint-Louis croit-il, avec Ricord, que le chancre reste chancre jusqu'à ce qu'il soit complètement cicatrisé; il conserverait jusqu'à la fin ses propriétés infectieuses, ce qui expliquerait le réveil facile de certains chancres, qui recommencent à grandir et à creuser au moment où on les croyait sur le

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 14, 26 août, 4 et 11 septembre 1890.

©BIU Santé

point d'être complètement cicatrisés. Il faut reconnaître, cependant, que nombre de fois des inoculations pratiquées avec le pus recueilli à la surface de chancres simples en voie de cicatrisation sont restées sans résultat.

La plupart des chancrelles parcourent en quatre ou cinq semaines les différentes phases de leur évolution et parviennent, en cet espace de temps, à guérison complète.

Après guérison du chancre simple de la peau ou du gland, il reste, dans la place que celui-ci occupait, une cicatrice indélébile; celle-ci a conservé la forme de l'ulcère auquel elle succède; comme lui, elle est déprimée en fossette, circonscrite par des bords surélevés, très accusés et taillés à pic; elle n'est pas entourée d'une zone pigmentée comme celle du chancre syphilitique; cette cicatrice persiste indéfiniment; vous voyez combien la cicatrice du chancre simple sur la peau diffère de celle du chancre syphilitique, dont les caractéristiques sont d'être peu apparente, fortement pigmentée et destinée généralement à disparaître après quelques mois ou quelques années.

Dans le sillon glando-préputial et à la face interne du prépuce, la cicatrice du chancre simple s'efface, dans nombre de cas, rapidement et sans laisser aucune trace sensible.

Avec la cicatrisation du chancre mou se termine, ou peu s'en faut, son histoire; ce chancre n'a pas de lendemain; dans quelques cas relativement rares, on peut voir des accidents inflammatoires s'éveiller, quelques jours après l'occlusion du chancre, dans le système lymphatique de la région que celui-ci occupait; les lymphatiques de la verge, et surtout les ganglions de la région inguinale, deviennent douloureux, se tuméfient et peuvent suppurer; ces accidents inflammatoires régionaux ont pu être observés quelques semaines après l'occlusion du chancre : ce sont accidents rares et, dans l'immense majorité des cas, la chancrelle fermée, la série des accidents est close. Mais il est une chose que vous ne verrez jamais, c'est l'apparition, sur une autre région du corps, d'accidents éloignés, éruptions cutanées, lésions viscérales, qu'on puisse rapporter à une infection générale de l'économie par le virus chancrelleux; c'est là la différence capitale entre le chancre simple et le chancre syphilitique; tandis que celui-ci est suivi des accidents si multiples et parfois si graves de la vérole, celui-là n'est jamais suivi d'accidents à distance; l'extrême limite de son action est le ganglion lymphatique de la région dans laquelle il s'est développé; celui-ci est l'extrême barrière que l'inflammation régionale provoquée par le chancre simple puisse atteindre; jamais elle ne la dépasse, et cette inflammation constitue la complication la plus élevée de l'accident, car jamais un chancre simple n'a été suivi des phénomènes d'une intoxication secondaire générale.

L'aspect du chancre simple se modifie avec la profondeur, l'étendue plus ou moins grande de l'ulcération, la nature de la lésion initiale, le siège de l'affection.

Les dimensions normales de la chancrelle sont des plus variables; elles peuvent ne pas dépasser celles d'une pustule d'acné (chancre folliculaire); elle peuvent atteindre celles d'une pièce de 50 centimes, de 1 franc, sans qu'on puisse dire encore que l'on soit en présence de cette complication qui a nom phagédénisme et que nous étudierons plus tard. Il faut, du reste, dans l'appréciation de l'étendue du chancre, savoir reconnaître si l'on a

affaire à une seule ulcération chancreuse ayant atteint un développement considérable, ou si l'on se trouve en présence d'une vaste surface ulcéreuse formée par la réunion, par la fusion de plusieurs chancres; la valeur pronostique peut être fort dissemblable dans l'un et l'autre cas.

La chancrelle n'a pas toujours la tendance à creuser en profondeur que nous avons vu constituer une de ses caractéristiques; il est des chancrelles qui ne font qu'ulcérer superficiellement, qu'éroder le derme; il n'existe, en pareil cas, ni fond déprimé, ni bords taillés à pic, mais simplement une petite exulcération circulaire ou plus ou moins allongée, de niveau avec les parties voisines, entourée d'une aréole rouge, recouverte d'un enduit pultacé; c'est la *forme exulcéreuse*.

Une vésicule marque ordinairement les premières phases du développement de la chancrelle; cette vésicule, vous avez appris à la connaître en étudiant les résultats de l'inoculation du pus chancrelleux; elle ne fait guère défaut que chez les malades chez qui le virus est inoculé sur une plaie préexistante; en pareil cas, la plaie se transforme immédiatement en ulcère d'aspect chancrelleux sans préexistence de la période vésiculeuse. Quelquefois, au lieu que la vésicule initiale repose simplement sur des tissus légèrement enflammés et peu tuméfiés, la chancrelle se présente sous forme d'une élevure pleine, rouge à sa base, ayant à son sommet un point blanchâtre, c'est un bouton acnéiforme. Après quelques jours, le bouton se vide et donne naissance à une petite ulcération cratériforme, taillée à pic, à bords décollés, offrant tous les caractères du chancre simple, c'est un chancre nain, c'est le *chancre folliculaire*.

Le docteur Baude, élève du professeur Leloir, a signalé, dans une thèse soutenue devant la Faculté de Lille en 1886, l'existence d'une forme initiale peu commune du chancre simple, la forme papuleuse.

La forme papuleuse du chancre mou est extrêmement rare, puisqu'avant la thèse de Baude on n'en connaissait qu'un exemple publié dans les *Annales de dermatologie* par Lavergne, en 1883. Cette forme débute par une ou plusieurs papules arrondies, du volume d'un pois ou d'une lentille, planes ou légèrement acuminées. Ces papules ont une teinte d'un rose vif, légèrement inflammatoire; leur base est molle et elles sont indolores même au toucher. La marche de cette lésion est extrêmement lente; les papules peuvent s'affaisser et disparaître sans s'être ulcérées; le plus souvent une petite vésico-pustule se forme à leur sommet, qui peut ou se dessécher, sans s'ouvrir, ou se rompre en laissant le sommet de la papule dénudé et ulcéré; cette érosion peut s'agrandir, se creuser en produisant alors une ulcération véritable qui offre tous les caractères du chancre mou typique.

Sur la peau, la vésico-pustule, qui marque la naissance du chancre simple, ne se rompt pas toujours; le pus ne parvient pas à faire éclater la pellicule qui le recouvre et à faire irruption à l'extérieur pour donner naissance à l'ulcération qui constitue la chancrelle; l'ulcération se développe masquée par une croûte brunâtre qui s'élargit et s'accroît au fur et à mesure que s'étend la destruction du derme qu'elle voile; c'est le *chancre ecthymateux*; si l'on fait sauter la croûte, on découvre au-dessous d'elle le chancre avec tous ses éléments caractéristiques.

Certains chancres, au lieu d'être déprimés, sont le siège d'une végétation exubérante et apparaissent élevés au-dessus de la peau environ-

©BIU Santé

nante, ce qui leur a valu le nom d'*ulcus elevatum*; en général, il est facile d'y découvrir le décollement caractéristique des bords.

Le siège de la chancrelle exerce une grande influence sur sa forme, et il est, au point de vue du diagnostic, très important de connaître les modifications d'aspect que le chancre subit suivant le point des parties génitales qu'il occupe.

Il est des points dans lesquels le chancre simple se développe beaucoup plus fréquemment; ces points de prédilection pour le développement du chancre sont ceux où une influence mécanique amène facilement la déchirure des tissus ou ceux encore dans lesquels la macération des parties dans un liquide naturel ou pathologique a préparé ou déterminé l'érosion de la peau ou des muqueuses; c'est par suite de l'action fréquente de ces différentes causes prédisposantes que le chancre simple est particulièrement commun dans le sillon du gland, au niveau du frein et de l'orifice préputial; le gland, la face interne du prépuce, le fourreau de la verge sont plus rarement atteints; le méat est, dans quelques cas aussi, le point de départ du mal.

Les chancres du sillon préputial sont souvent multiples, à caractères nettement dessinés; leur forme tire facilement sur l'ovale; elle est quelquefois fort allongée ou irrégulière par suite de la réunion et de la fusion d'un certain nombre de chancres entre eux; la forme d'ensemble dépend alors du nombre, de la situation respective, de l'étendue des chancres premiers; ces chancres par fusion ont des bords déchiquetés, polycycliques fermés par des cercles à grand rayon. La rainure du gland, atteinte dans toute son étendue, peut être convertie en une vaste plaie circulaire (*chancre circulaire de la rainure*).

Dans les chancres balano-préputiaux, il n'est pas rare de voir deux chancres symétriquement placés l'un sur la face interne du fourreau, l'autre sur le gland, se superposant exactement, celui-ci étant manifestement le résultat de l'inoculation du pus sécrété par celui-là.

Les chancres, développés dans les fossettes placées sur les côtés du frein, arrivent souvent à amener la perforation de ce dernier, qui n'est plus représenté que par un simple pont filiforme reliant la partie antérieure du gland au prépuce; ce pont lui-même peut se rompre et sa rupture donner lieu à une hémorrhagie abondante, si l'artère du frein n'a pas été oblitérée au cours du travail destructif; après la rupture du frein, deux petits tubercules placés l'un sur le gland, l'autre à la face interne du prépuce, constituent les vestiges de ce repli muqueux. La figure représentée par l'ulcération chancreuse à ce moment lui a valu assez légitimement le nom de chancre en raquette, l'ulcération située sur le gland représentant le manche, celle du prépuce le corps de la raquette : une balano-posthite œdémateuse, le phimosis accompagnent souvent cette localisation du chancre.

Les chancres du sillon balano-préputial peuvent, en creusant profondément, amener une perforation de l'urèthre. Les chancres du limbe sont extrêmement fréquents; ils se développent le plus souvent secondairement, à la suite de la production de chancres du sillon balano-préputial; soit que ceux-ci aient entraîné une balano-posthite intense et à sa suite l'impossibilité pour les malades de décalotter, un phimosis; soit que les chancres se soient simplement développés chez des malades dont le gland est habituellement recouvert. Le liquide provenant des chancres mous pro-

duit, en s'écoulant par l'anneau, l'irritation de celui-ci, son ulcération et, consécutivement, l'inoculation du virus chancrelleux dans les plis fissuraires; on voit alors, dans le fond d'un nombre plus ou moins considérable des plis du limbe, des ulcérations allongées, à bords profonds, taillés à pic, décollés, à surface suppurante et grisâtre, qui ne sont autres que des chancres mous; le passage de l'urine à la surface de ces ulcérations les irrite et devient l'occasion d'une induration qu'il ne faut pas confondre avec celle du véritable chancre syphilitique. Après leur cicatrisation, ces chancres du limbe peuvent entraîner la production d'un rétrécissement. L'irritation de tels chancres par l'urine, leur déchirure au moment des érections rendent leur cicatrisation difficile.

Sur le fourreau, les chancres simples sont fréquents; à la partie antérieure, ils sont souvent multiples et nettement caractérisés; quelques-uns atteignant un diamètre de 1 centimètre, le plus grand nombre n'a que des dimensions plus petites; la forme folliculaire est relativement commune à ce niveau; vers les régions postérieures du fourreau, les chancres simples deviennent facilement étendus, atteignant les dimensions d'une pièce de 1 franc, creusent volontiers, saignent sous l'influence des frottements auxquels ils sont exposés et restent fréquemment recouverts d'une croûte ecthymateuse.

Le chancre simple peut avoir son origine sur la muqueuse de l'urèthre; il occupe alors presque toujours l'entrée même du canal ou la fosse naviculaire. On en a signalé de beaucoup plus profonds; Ricord a rapporté l'histoire d'ulcérations phagédéniques occupant les portions membraneuse et prostatique de l'urèthre, et dont la nature semble avoir été démontrée par les résultats positifs de l'inoculation. Mais, en admettant comme incontestables ces observations déjà fort anciennes, ces localisations si profondes seraient tout à fait exceptionnelles et constitueraient de véritables curiosités pathologiques avec lesquelles le clinicien n'aura guère à compter.

Dans le cas de chancre simple de l'urèthre, celui-ci est le siège d'un écoulement toujours peu abondant, beaucoup moins abondant que celui d'une blennorrhagie; le pus, qui vient se présenter au méat, est mal lié, moins vert que celui de la blennorrhagie, il renferme souvent des grumeaux, une certaine quantité de sang, soit sous forme de stries, soit aussi mélangé au pus d'une façon plus intime et lui donnant une coloration chocolat.

Le palper de l'urèthre éveille une sensibilité vive dans le point occupé par le chancre; il permet assez souvent de constater à son niveau un certain degré de gonflement inflammatoire; les douleurs spontanées, celles que provoque la miction urinaire, restent également limitées au point occupé par l'ulcération et n'ont pas tendance, comme celles de la blennorrhagie, à se propager à une étendue plus ou moins grande du canal. Bœrensprung aurait vu un abcès, consécutif à une chancrelle de l'urèthre, s'ouvrir à l'angle du pénis et des bourses.

Quand le chancre occupe l'entrée même du canal, il est facile, en écartant les lèvres du méat, de constater sur une ou sur les deux lèvres la présence d'une ulcération dont les bords déchiquetés et anfractueux, le fond déprimé et inégal, la couleur jaunâtre laissent facilement deviner la nature chancrelleuse.

Dans les cas où vous soupçonnerez un chancre simple de l'urèthre, mais où celui-ci, placé trop profondément, ne pourra pas être perçu par le simple écartement des lèvres, il sera sage de ne point recourir à une exploration

©BIU Santé

mécanique du canal, à un examen endoscopique, par exemple; celui-ci pourrait être l'occasion d'une inoculation nouvelle de la lésion et amener ainsi une aggravation de l'état du malade; il sera plus sage, dans le cas où un doute pareil occupera votre esprit et où vous aurez grand intérêt à parvenir à un diagnostic certain, de pratiquer une inoculation du pus qui s'écoule par le méat; le résultat positif ou négatif de l'inoculation vous éclairera sur la nature réelle de la lésion uréthrale.

Les chancres simples du méat sont souvent le siège d'une induration très prononcée qui pourrait facilement les faire confondre avec des chancres indurés syphilitiques; cette induration est le résultat des irritations répétées qu'occasionne à la surface de l'ulcération la miction urinaire; l'urine est, en effet, un irritant très actif pour les plaies qu'elle baigne, et le professeur Fournier a particulièrement insisté sur la propriété qu'elle possède de pouvoir provoquer, par son contact avec des ulcérations simples, une induration de leur base rappelant à s'y méprendre l'induration syphilitique.

La cicatrice des chancres de l'urèthre peut entraîner à sa suite le rétrécissement du canal. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Les poisons de l'air (*l'acide carbonique et l'oxyde de carbone*), par N. Gréhant. Paris, J.-B. Baillière, 1890.

M. Gréhant était particulièrement bien placé pour ses recherches originales antérieures pour écrire l'histoire de l'acide carbonique et de l'oxyde de carbone.

L'ouvrage commence par l'étude de l'acide carbonique. M. Gréhant donne le mode de préparation, le dosage et insiste beaucoup sur la pompe à mercure qu'il a inventée pour l'extraction des gaz du sang. L'action toxique du gaz est exposée avec détails et l'auteur prend comme type, chez l'homme, des observations d'asphyxie recueillies chez des puisatiers.

L'oxyde de carbone occupe ensuite M. Gréhant; après la partie chimique, très développée, sont exposées les expériences personnelles de l'auteur relativement à la dose toxique, à la recherche du gaz dans l'air expiré et le sang, etc.

Le livre se termine par l'étude des empoisonnement par le gaz d'éclairage, la braise de boulanger, les poêles mobiles, etc. M. Gréhant a fait dans ces pages œuvre de médecin en donnant les symptômes de l'empoisonnement par les gaz qui s'échappent des poêles à combustion lente et en exposant avec détails le traitement des accidents. — P. Ch.

Gall et ses doctrines, par le docteur J. Nivelet. — Paris, F. Alcan, 1890.

L'auteur, il le dit lui-même, a entrepris de tirer de l'oubli l'œuvre de Gall, enterrée depuis 1828, qu'il considère comme tombée dans un oubli immérité. Il fait remarquer que Gall, l'un des premiers, localisa le siège des facultés affectives de l'homme dans le cerveau en rapprochement des facultés intellectuelles. De plus, rien dans son œuvre ne tend à froisser le spiritualisme; il tient grand compte de l'âme, ne la discute pas et lui subordonne le cerveau comme instrument de son action. Gall n'est donc pas matérialiste.

L'ouvrage est divisé en trois parties. La première débute par des considérations préliminaires sur Gall et sa doctrine, dans lesquelles M. Nivelet montre qu'en réalité Gall a été très souvent copié, mais que ses plagiaires se sont bien gardés de le citer. Il insiste ensuite sur la valeur des travaux anatomiques de Gall et sur l'exposé de ses doctrines relatives à la physiologie cérébrale.

Dans la deuxième partie, l'auteur expose les relations qu'il y a entre les idées de Gall et la découverte de Broca, puis la théorie actuelle de l'aphasie.

Enfin l'ouvrage se termine par la réédition de vieux mémoires publiés autrefois par M. Nivelet. L'autopsychologie ou l'application du principe; « Connais-toi toi-même » à l'étude de la mémoire en exercice à l'état sain; une étude sur le dédoublement de la motricité volontaire en corrélation avec le dédoublement des hémisphères cérébraux. Pour M. Nivelet il y a des rapports intimes entre l'encéphale et sa boîte, et l'étude de la région frontale montre les formes de la partie du cerveau qu'elle contient. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de péritonite chronique syphilitique, par MM. Sézary et Renauld. (*Bul. méd. de l'Algérie*, 90, 9, p. 346). — Les lésions syphilitiques du péritoine sont très rares. Mauriac ne cite qu'une observation de Laurenzi, dans laquelle, en même temps que des lésions de syphilis intestinale, il y avait de la péritonite gommeuse.

Dans le cas de MM. Sézary et Renauld, un indigène marocain entré à l'hôpital avec une ascite considérable, douloureuse, du ballonnement abdominal, de l'anasarque, un état général mauvais, sans rien du côté des poumons, du cœur et des reins, fut soumis à l'application de révulsifs sur l'abdomen et au régime lacté. L'anasarque diminua, mais l'ascite douloureuse persista et les plaies produites par le révulsif prirent un mauvais aspect. On employa alors le traitement antisyphilitique mixte et le malade guérit avec une rapidité étonnante. Ce malade fut reconnu ultérieurement être un syphilitique.

P. N.

Du menthol et de l'eucalyptol dans les affections de l'oreille moyenne, par Bronner, de Bradford. (*Revue de laryngologie*, 1890, 7, 241). — Dans le gonflement prononcé de la muqueuse de la trompe, l'auteur prescrit la poudre d'acide borique additionnée de menthol à 2 p. 100 et il fait en outre des insufflations de vapeur de menthol par le cathéter.

Il emploie une capsule analogue à celle d'Hartmann et remplie de pierre ponce, sur laquelle il verse de l'huile d'olive ou de l'alcool contenant 2 p. 100. de menthol. Cette capsule est reliée au double ballon de Lucas.

Le succès de la médication paraît devoir être attribué en grande partie à la longue durée de l'action des vapeurs.

M. Bronner n'a obtenu aucun résultat de l'emploi du menthol contre l'otorrhée. Il en a été de même contre le furoncle du conduit auditif. — P. N.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉS DE LYON (1er SEPTEMBRE 1890.)

Sommaire : Traitement des bubons chancrelleux. — Luxation du nerf cubital. Tumeurs d'origine thérapeutique. — Traitement des luxations de la hanche.

Nous avons à citer un certain nombre de communications intéressantes relatives à la chirurgie qui ont été faites à la Société nationale de médecine et à la Société des sciences médicales de Lyon.

Le *traitement des bubons chancrelleux* a été étudié par M. Désir de Fortunet. D'après lui, il faut ouvrir le plus tôt possible, même dans les cas où le pus est à peine formé, et c'est alors surtout que l'on obtient les meilleurs résultats. Les observations de M. Désir de Fortunet portent sur 59 malades. La méthode employée a consisté dans l'incision étroite suivie de l'injection de liqueur de Van Swieten et l'introduction d'un crayon d'iodoforme, ou de l'injection de nitrate d'argent au 1/50. Cette dernière solution a donné des résultats très satisfaisants.

Pour M. Poncet, le meilleur traitement, dans l'aine comme ailleurs, consiste dans une

©BIU Santé

incision assez large pour permettre l'évacuation des produits purulents, l'évidement, le curage; la cicatrice n'a pas d'importance. C'est surtout quand on prend trop de précaution que l'on obtient des cicatrices étendues ou des fistules. Avec une intervention active et une incision de 1 ou 2 centimètres, même 3 centimètres, le chirurgien est dans une sécurité complète relativement aux désordres que peut produire la suppuration.

M. Augagneur préconise aussi la méthode des ponctions. Il attend le moment de la suppuration, caractérisée par de l'œdème et de la rougeur de la peau, et ponctionne avec le trocart à hydrocèle, puis il termine par des pressions appropriées et un pansement antiseptique. Vers le quatrième ou le cinquième jour, il semble qu'il y ait encore de la fluctuation au niveau de l'adénopathie, mais si on ouvre de nouveau avec la pointe d'un instrument, on ne fait sortir que du sang ou un liquide séreux. M. Augagneur ne fait pas d'injection après la ponction; il ne croit pas à son utilité; le liquide injecté est quelquefois irritant et détermine une réaction plus vive. Le traitement par la ponction n'est, du reste, pas nouveau et a été appliqué par Pitore en 1875. Pour M. Augagneur, les bubons chancrelleux, c'est-à-dire inoculables au porteur, sont très rares. Au point de vue du traitement, les grandes incisions avec raclage sont recommandables quand il s'agit de malades débiles porteurs de phlegmons que l'on aurait appelé autrefois vénéréo-strumeux et qui sont des pseudo-tuberculoses du tissu cellulaire ou sous-cutané.

— M. Annequin, médecin-major, a montré un malade atteint d'une affection rare, la *luxation du nerf cubital*. Cette luxation, survenue à la suite d'une chute, s'accompagnait d'une paralysie dans la sphère de distribution du nerf. Comme signes objectifs, M. Annequin constatait après l'accident un cordon sous-cutané dur, dont la pression amenait des élancements dans toute la sphère du cubital. Le cordon passait alternativement, en avant et en arrière, sur l'épitrochlée dans les mouvements de flexion et d'extension. Après la réduction du nerf, le coude fut placé dans un appareil plâtré; mais au bout d'un mois, après l'enlèvement de l'appareil, la luxation se reproduisit. C'est alors que M. Annequin songea à pratiquer l'opération tentée par M. Poncet dans un cas analogue. Cette opération consista, dans le cas de M. Annequin, dans la formation d'une arcade artificielle aux dépens, d'une part, des tissus fibreux recouvrant l'épitrochlée et, d'autre part, de quelques fibres du vaste interne. Les suites de l'opération furent très simples; après l'immobilisation, M. Annequin fit masser et faradiser la région.

Le malade va très bien et il ne reste qu'une légère périostose consécutive au détachement d'une portion du triceps; il n'y a pas eu d'atrophie du membre.

M. Annequin a fait des recherches relatives à la pathogénie de l'affection. En divisant les aponévroses de la région, il a constaté que le nerf cubital se luxait infailliblement par le croisement forcé de l'avant-bras sur le bras. Dès lors, si les aponévroses sont peu développées chez un sujet, il n'y a pas de résistance suffisante s'opposant à la luxation dans les conditions de flexion forcée. Si dans les luxations ou les fractures du coude on n'observe pas plus souvent cet accident, c'est que le moindre obstacle suffit à retenir le nerf dans sa gouttière, si par exemple toutes les aponévroses ne sont pas rompues.

M. Poncet a vu, chez certains sujets, la luxation du cubital se produire à volonté; il faut généralement que le malade soit très amaigri.

— M. Augagneur a montré, à la Société des sciences médicales, des fragments de *tumeur d'origine thérapeutique*. Il s'agissait d'un malade qui, pour une syphilis de moyenne intensité, reçut, dans la fesse, deux injections de mercure métallique, l'une de 6 grammes, l'autre de 3 grammes. La syphilis évolua, donnant lieu à quelques manifestations buccales. Mais ce qu'il y a de particulier, c'est que le malade eut à souffrir très souvent d'accès de stomatite ulcéreuse, survenant à des périodes assez rapprochées, notamment sous l'influence de chocs sur la fesse.

Il y a un mois, après une chute sur la fesse, il eut encore une stomatite grave et entra à l'Antiquaille. Pensant à une non-absorption du mercure métallique, M. Augagneur se décida à enlever la tumeur qui s'était formée au niveau de l'injection mercurielle; et, en effet, il trouva, dans le grand fessier qu'il enleva en partie, du mercure métallique qu'on fait sourdre par la pression. Cette observation démontre combien cette médication

est incertaine et dangereuse. Le mercure est absorbé probablement sous forme de chlorure.

Les manifestations de la syphilis ont été bénignes, mais la syphilis du malade présentait un caractère bénin dès le début. Il ne paraît pas, sous ce rapport, avoir bénéficié du traitement, et a été beaucoup plus affaibli par le mercurialisme chronique que si, non traité, il avait eu une syphilis plus grave.

M. Augagneur a établi un parallèle entre le traitement intensif préconisé par M. Fournier et celui du chirurgien de l'Antiquaille. On peut admettre que, malgré son traitement continu et dans les meilleures conditions possibles, un malade n'est pas à l'abri de manifestations sérieuses; il est de plus fort débilité par cette méthode de traitement.

— Une *ankylose de la hanche* a fourni à M. Vincent l'occasion de faire une belle opération. Il a présenté à la Société nationale de médecine un malade âgé de 15 ans à qui il a pratiqué une ostéotomie pour une ankylose osseuse à angle droit de la hanche. Cet enfant avait eu, vers l'âge de 9 ans, une coxalgie ayant peu suppuré qui fut traitée pendant un an par la traction continue au moyen de poids, dans un hôpital à Paris. M. Vincent lui a fait une ostéotomie intra-trochantérienne par un procédé spécial, consistant en la formation d'une mortaise creusée dans le massif trochantérien et la fixation, dans cette mortaise, de la diaphyse fémorale faisant office de tenon; une suture osseuse maintient le contact des parties emboîtées et la solidité du cal est encore assurée par la précaution prise de décoller le périoste trochantérien au niveau de la mortaise et de l'étaler autour du point d'union de la diaphyse avec le grand trochanter. Le cal ainsi obtenu est volumineux et sa solidité est complète. La démarche de l'opéré est presque normale et il n'y a aucun trouble dans la circulation du membre. En moins de quarante jours, l'enfant a été guéri sans avoir présenté ni fièvre, ni suppuration.

M. Vincent a institué ce procédé opératoire particulier d'ostéotomie pour ankylose de la hanche parce que l'ankylose était à angle droit et parce qu'il voulait prévenir tout déplacement des parties et obtenir avant tout la solidité. Il repousse toute idée de créer une pseudarthrose au niveau de l'ostéotomie comme le font, ou prétendent le faire, certains chirurgiens; au point de vue de l'utilité du membre, un cal solide dans une portion rectiligne, ou à peu près, lui paraît préférable. M. Vincent n'est pas partisan de l'ostéoclasie dans l'ankylose de la hanche. L'inégalité des leviers fémoral et pelvien, la difficulté de fixer solidement le bassin soit avec l'appareil de Bonnet, soit avec des moules plâtrés, le danger de produire une fracture en biseau avec fragments pointus pouvant blesser le paquet vasculaire de la région; l'incertitude du siège de la fracture, qu'on détermine par l'ostéoclasie, lui fait rejeter cette opération pour l'ankylose de la hanche et donner la préférence à l'ostéotomie, qui est plus précise et aussi sûre, quant à la vie, grâce à l'antisepsie.

M. Ollier préfère aussi l'ostéotomie. L'application de l'ostéoclaste présente des dangers à cause de la friabilité des os, et il a perdu jadis, de pyohémie, un malade auquel il avait cassé le col du fémur pour une ankylose de la hanche, sans plaie extérieure. L'ostéotomie, et principalement la résection cunéiforme, doit être l'opération de choix. Le procédé opératoire dépend des désordres qui se sont passés autour du trochanter. Généralement, on fait la résection sous-cervicale. Une simple section ne suffit pas; on doit enlever un coin du tissu osseux avec la scie à volant, coin que l'on complète ensuite avec les ciseaux. M. Vincent a creusé une mortaise dans l'os et le résultat a été excellent. Cependant, M. Ollier craint que, par ce procédé, on n'ébranle trop fortement l'os; aussi préfère-t-il la section cunéiforme, que l'emploi de vis pourrait, si besoin était, rendre plus solide. Il insiste sur l'innocuité de cette opération, grâce à l'emploi de l'antisepsie, innocuité qui, comme en témoigne un cas de sa pratique, existe même quand le malade est porteur de sources d'infection au voisinage de la section. Le redressement de l'ankylose, au contraire, peut donner lieu à de graves accidents. La tension de l'artère sur le fragment inférieur est facile à éviter et doit toujours tenir le chirurgien en éveil.

M. Vincent a montré un second malade que l'on peut opposer au premier. Il s'agit d'un enfant de 10 ans qui a conservé des mouvements étendus après une résection de

©BIU Santé

la tête et du col pour une coxalgie suppurée. L'articulation n'offre pas de laxité. Malgré la mobilité qui, théoriquement, semble devoir être considérée comme un avantage, cet opéré marche moins bien que les coxalgiques réséqués ou non qui ont une ankylose solide en bonne position. M. Vincent croit qu'une ankylose eût été plus désirable.

Pour M. Ollier, il n'est pas très rare de constater des mouvements chez un individu réséqué de la hanche. En général, ces mouvements persistent peu de temps, puis la raideur survient, et c'est là un véritable bienfait. Les opérés chez lesquels les mouvements persistent sont ceux qui marchent le moins bien. A ce propos, il a cité le fait d'un de ses opérés qui, avec une ankylose complète de la hanche et un raccourcissement de 14 centim., peut chasser sans fatigue pendant toute une journée. Pour lui, l'ankylose est nécessaire. Quand on veut l'éviter, il est inutile de tailler l'extrémité supérieure en voûte, il suffit, l'os ayant été sectionné, de tenir le membre dans l'extension afin d'en écarter les fragments.

Quand il s'agit du genou, l'ostéoclasie est une opération excellente dans les ankyloses à angle obtus et même droit; en revanche, on doit employer l'ostéotomie dans les ankyloses à angle aigu.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 septembre — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'intérieur demandant à l'Académie, conformément à un avis émis par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, de classer les eaux minérales en deux catégories : *a*) celles qui, en raison de leur nature et de leur faible minéralisation, peuvent être consommées sans ordonnance de médecin et vendues librement; *b*) celles qui ne pourraient être délivrées au public que par les pharmaciens et sur prescription magistrale;

2° Une lettre de M. le docteur L. Hugounenq (de Lyon), qui se porte candidat au titre de correspondant national;

3° Un mémoire intitulé : « De l'air chaud dans les poumons », par M. le docteur E. Magnant;

4° Une lettre de M. le docteur Pigeon relative à l'examen du dernier rapport de l'inspecteur général des services sanitaires sur le choléra et un mémoire du même auteur sur le traitement du choléra;

5° La statistique de l'année pour 1888.

Traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale. — M. Richelot lit un mémoire sur le traitement des pédicules dans l'hystérectomie abdominale par la ligature élastique perdue. Actuellement le pronostic de l'hystérectomie abdominale est très amélioré et ne dépasse pas la gravité de celui de l'ovariotomie. Une des plus importantes améliorations qu'ait subies l'opération est relative au pédicule, que l'on tend à rentrer dans le ventre au lieu de le laisser au dehors. La méthode de Kleeberg, ou procédé par la ligature élastique perdue, permet d'adopter la méthode intra-péritonéale pour le traitement du pédicule.

L'utérus étant sorti de la plaie, on jette le lien élastique autour du segment inférieur au-dessous des ovaires, en prenant le bord supérieur du ligament large; on l'étire et on fixe par un clamp les deux chefs en avant; l'hémostase est alors assurée et l'on peut enlever le fibrome. Alors on serre d'avantage la ligature et on fixe les chefs par un fil de soie, puis on enlève le clamp. Généralement on peut enlever facilement les dernières parties du fibrome qui ne pénètrent pas dans le segment inférieur. Même, si le fibrome s'y prolonge, il semble qu'il est possible de l'énucléer de manière à amincir le moignon que M. Richelot a toujours pu réduire à un petit diamètre. Il est essentiel de ne pas

saisir la vessie par le lien élastique, ce qui serait possible, car elle remonte avec le segment inférieur. Le cathétérisme permet de reconnaître sa limite supérieure et, si le lien placé tout près tend à glisser sur elle, il est facile de la décoller en incisant un peu le revêtement péritonéal. Il est bon afin de se garer contre l'échappement du bord supérieur du ligament large de dessous la ligature, de passer à droite et à gauche à travers le pédicule un fil de soie plate qui passe au-dessous de la ligature et ressort au-dessus de façon à fixer le ligament.

La surface de section exige un traitement particulier. Il faut détruire le bout de muqueuse utérine qui dépasse la ligature et dont la sécrétion pourrait infecter le péritoine avec le thermo-cautère.

On passe ensuite le couteau rougi sur la tranche utérine. Il faut, après que le pédicule est retombé dans la cavité pelvienne, faire la toilette du péritoine et, comme dernière précaution, disposer l'intestin de manière qu'une anse ne soit pas prise et comprimée derrière le moignon. On amène l'épiploon jusque sur la tranche utérine qu'il sépare de la masse intestinale.

Ordinairement la ligature s'enkyste. Quelquefois elle s'élimine par le museau de tanche. Cela tient à ce qu'elle coupe la paroi utérine et se trouve libre dans la cavité cervicale.

M. Richelot, sur 16 malades traités par la méthode précédente, a eu 13 guérisons et 3 morts dues à des circonstances d'ordre général et non à une gravité particulière de l'opération.

Pleurésie purulente traitée par la méthode de Walter. — M. M. Hache préconise ce procédé qui consiste à faire l'incision postérieurement dans le neuvième espace, à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses. Le décubitus dorsal suffit alors pour assurer l'évacuation complète de la plèvre et permet au malade de se coucher au lieu de rester au lit le siège surélevé. L'anesthésie locale par la cocaïne est suffisante, surtout si l'on fait des injections intra-musculaires.

Le premier lavage de la plèvre, qui n'est pas indispensable dans les pleurésies à pneumocoques, est presque toujours utile et jamais dangereux. Quant aux lavages ultérieurs, il faut les éviter sauf s'il y a réinfection de la cavité pleurale par évacuation incomplète du pus ou toute autre cause.

M. Hache emploie comme liquide de lavage le biodure de mercure à 1/20,000e et n'a jamais eu d'accidents d'intoxication. D'autres fois, il injecte dans la plèvre 4 grammes de glycérine iodoformée à 1/10e.

Maladies des yeux. — M. Javal lit un rapport sur un travail de M. Martin relatif à l'*amblyopie des astigmates*. L'astigmatisme faible cause plus souvent l'asthénopie que l'astigmatisme fort, car il s'accompagne de l'accommodation astigmatique du cristallin. Beaucoup de migraines, de kératites, de blépharites guérissent comme par enchantement quand on corrige l'astigmatisme. Il y aussi des relations de cause à effet entre l'astigmatisme, le glaucome et la myopie.

M. Javal propose de publier le résumé des travaux de M. Martin sur l'astigmatisme dans les mémoires de l'Académie. Le réglement s'y opposant, cette proposition n'est pas admise.

M. Javal lit un rapport sur un travail de M. Motais relatif à un nouveau *traitement du strabisme*. C'est le procédé par avancement à languette médiane adhérente. Il a été pratiqué avec avantage 18 fois par l'auteur et consiste à ne sectionner que partiellement l'attache tendineuse dont on laisse une languette de 1 millim. sur la ligne médiane; les deux bords sectionnés sont avancés et suturés selon la méthode classique. Il est évident que si la suture vient à manquer, il n'y a pas d'aggravation du strabisme.

Prothèse des apophyses géni. — M. A. Guérin lit un rapport sur le travail de M. Guermonprez relatif à ce sujet. La pièce prothétique ayant dû être enlevée le dixième jour, le cas de M. Guermonprez n'est pas concluant. De plus, il y a longtemps que l'on a proposé de placer une pièce métallique entre les deux fragments du maxillaire. La résection de la partie médiane de ces os ne doit être faite que dans des cas où il est impossible de faire autrement, car les branches de l'os ont toujours de la tendance à se

©BIU Santé

rapprocher et à se tordre d'avant en arrière, à cause de la pression du maxillaire supérieur.

M. Poncet (de Marseille) commence la lecture d'un mémoire sur *la curabilité des tumeurs d'apparence cancéreuse par les injections de sublimé*. L'auteur ayant donné à son travail le sous-titre de « Rapport lu à l'Académie », M. le Président ne lui permet pas de continuer sa lecture.

FORMULAIRE

Traitement de la chorée. — A. Ollivier.

Dans le cas de chorée légère, éviter toute fatigue physique ou intellectuelle, placer l'enfant dans un milieu irréprochable au point de vue de l'hygiène, le fortifier par la gymnastique, le fer, l'arsenic, le quinquina.

Dans les formes plus graves, prescrire le bromure de potassium ou de sodium à la dose quotidienne de 2, 3 et même 4 grammes, pendant un certain temps. — On peut aussi essayer l'arsenic, l'antipyrine et le chloral. — N. G.

COURRIER

Assistance publique. — *Une couveuse pour enfants à Marseille.* — Il existe désormais à Marseille, au Prado et aux Allées de Meilhan, une véritable Maternité spécialement destinée à élever les *enfants nés avant terme*. Cet établissement comprend deux sections : l'une, destinée aux enfants des familles aisées (avenue du Prado, 101), payante ; et l'autre, réservée aux enfants des classes pauvres, purement gratuite (allées de Meilhan, 50). — Le service médical est confié à M. le docteur Honorat. Les journaux de Marseille disent le plus grand bien de cet établissement dû à M. A. Lion fils ; il paraît qu'il est unique au monde. Par ce temps de dépopulation à outrance, c'était à essayer. (*Progrès méd.*)

Les faux cheveux. — Le consul anglais à Canton constate, dans un rapport qui vient d'être publié, qu'il a été exporté de Canton, dans le courant de l'année dernière, 80,000 livres de cheveux, pour la somme totale de 319 livres (environ 8,000 francs). Le consul fait remarquer que ces cheveux appartenaient, pour la plupart, à des mendiants, à des criminels ou à des personnes mortes de maladies contagieuses, et qu'il est au moins étrange que des femmes élégantes en Europe n'hésitent pas à s'en servir. (*Petit Provençal*).

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels ; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. François CARTIER : Des injections d'eau salée dans l'anémie grave. — II. Georges LÉVY : Essai sur la pathogénie de la fièvre. — III. Revue de thérapeutique. — IV. REVUE DES JOURNAUX : Caractères particuliers présentés par les maladies inflammatoires de l'oreille pendant l'épidémie d'influenza. — V. THÈSES de doctorat. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Des injections d'eau salée dans l'anémie grave. — Un cas observé à l'hôpital Beaujon. — Guérison.

Par M. François CARTIER, interne des hôpitaux.

La transfusion du sang est une opération qui a donné des résultats merveilleux dans les cas de pertes de sang abondantes. Néanmoins, elle est loin d'être praticable aussi souvent qu'on le désirerait, et en voici les raisons : 1° La difficulté de se procurer du sang humain est un des plus sérieux inconvénients; 2° l'opération est délicate et nécessite plusieurs aides; 3° le sang transfusé est loin d'agir en totalité; une bonne partie des hématies paraît se détruire rapidement; c'est du moins ce qui semble résulter des expériences de Hunter sur la durée des globules rouges après la transfusion (1); 4° on introduit un liquide nutritif dans l'économie, mais qui n'a aucune action pour prévenir les hémorrhagies. Or, nous verrons plus tard le rôle que paraît jouer le chlorure de sodium dans l'injection de sérum artificiel.

(1) Hunter fait une transfusion du sang sur un chien en pleine santé. Dans de telles conditions, un excès de globules s'élevant au dessus de 20 à 30 p. 100 le premier jour ne reste pas et se débarrasse du trop plein, dans sa course, en quelques jours; la quantité de globules détruits s'élevant à 5 et 6 p. 100, et même plus, par jour, « nous avons « raison de croire, dit-il, que l'homme se rapproche de très près du chien par rapport « à l'activité des différentes fonctions du corps. Chez l'homme, cependant, nous ne pou- « vons pas transfuser une quantité de sang équivalent à plus de 5 à 6 p. 100, quantité « complètement insuffisante pour influencer matériellement la masse du sang, d'autant « plus que la destruction, dans les circonstances ordinaires, doit être faite en un jour ou « deux au plus. Mais si l'on se rappelle que, dans l'anémie pernicieuse, nous avons « transfusé ces globules dans un organisme dont les propres hématies ont été détruites « avec une excessive rapidité, il est douteux que l'introduction de globules dans de telles « circonstances puisse être de la plus faible valeur, si la valeur de l'opération dépend de « leur vitalité pour quelque temps après. L'introduction d'oxygène peut expliquer les « bienfaits de la transfusion, mais naturellement cela dépend entièrement de la durée « des globules. Comme conclusion, nous devons admettre que c'est l'introduction de « l'hémoglobine qui est le facteur important de la transfusion. »

De son côté, M. Hayem dit, dans ses Leçons de thérapeutique de 1890 : « Le sang « transplanté à l'aide d'instruments d'un organisme dans un autre est destiné à s'user « et à se détruire beaucoup plus rapidement que le sang normal; mais lorsque le sang « a été défibriné, ses éléments sont pour ainsi dire frappés à mort et disparaissent « promptement dans l'organisme du transfusé, tandis que, dans le cas où le sang n'est « pas dépourvu de sa fibrine, la destruction globulaire est à la fois moins massive et « moins complète. »

©BIU Santé

Toutes ces considérations, et surtout la première, font que la transfusion du sang est une opération extrêmement rare et peu praticable, et qu'on laisse bien souvent mourir des malades faute de transfuseurs. Or, des recherches ont été faites de la part des médecins, et surtout des physiologistes, pour savoir si les injections d'eau salée ou injections de sérum artificiel seraient capables, jusqu'à un certain point, de remplacer le liquide naturel et vivifiant par excellence. Dans les laboratoires, les résultats ont été remarquables, et l'effet de ces injections sur des animaux rendus exsangues jusqu'à la syncope par des émissions sanguines a été consigné par nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons MM. Kronecker et Sander, Hayem, Pregaldino, Jolyet et Laffont, S. Kinger, Ott, etc., etc. Kronecker publia un des premiers un mémoire contenant des faits dans lesquels les animaux ont certainement perdu une quantité de sang telle qu'ils n'auraient pu revenir à la vie sans le secours de la transfusion saline. M. le professeur Hayem renouvela les expériences de Kronecker sur deux chiens dans les mêmes conditions indiquées par l'observateur. Chez le premier chien, la saignée faite par l'artère crurale a été poussée jusqu'aux grandes convulsions ; chez le deuxième, le même phénomène n'a pas été observé, mais la perte de sang était considérable au moment où la transfusion fut faite ; les deux animaux se sont promptement remis. « En faisant perdre à un chien une quantité de sang s'élevant d'un seul coup au dix-neuvième du poids corporel, le chien succombe, quand bien même on lui injecte à diverses reprises une certaine quantité d'éther sous la peau. Au contraire, en le transfusant avec un liquide de dilution tel que du sérum sanguin ou de l'eau salée, même à dose relativement faible, la survie est assurée. Nous pouvons donc affirmer que les injections chlorurées sodiques peuvent faire échapper à la mort des animaux qui succomberaient sans leur secours. » (Leçons de thérapeutique, page 338.) Prégaldino, de Gand (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1887) rend compte de 18 expériences faites sur des chiens auxquels il avait soustrait des quantités variables de sang, qu'il a remplacé par des injections successives d'une solution parfaitement filtrée à 6 p. 100 de sel marin pur, cristallisé et desséché. Il préfère les injections sous-cutanées aux injections veineuses pour éviter la phlébite et l'entrée de l'air dans les veines. L'injection de la solution portée à la température du corps était faite à l'aide d'une seringue de 21 centimètres cubes ; chaque injection durait une minute. La solution est absorbée très rapidement, même dans les cas d'anémie subaiguë. Sous l'influence des injections, la pression sanguine se relève sensiblement et remonte graduellement un quart d'heure après l'injection ; mais les pulsations cardiaques restent petites, fréquentes, et la respiration ne revient pas non plus à son rythme normal. Les animaux opérés se rétablissent, en général, très vite ; les injections ne paraissent pas exercer une influence fâcheuse sur la régénération des globules ; la quantité de liquide à injecter correspond aux deux tiers ou à la moitié de la quantité de sang extrait. L'auteur reconnaît la supériorité de la transfusion sanguine intra-veineuse sur les injections salines par ses effets sur la pression sanguine, mais il préconise l'injection sous-cutanée de sel comme souvent préférable à cause de son innocuité, et comme étant plus pratique.

Ces faits sont concluants et bien d'autres physiologistes les ont consignés ; mais, si le laboratoire s'est enrichi de nombreuses expériences à ce sujet, la thérapeutique n'en a pas encore largement profité, et les obser-

vations cliniques publiées sont relativement rares. La première de toutes date de quarante ans; elle est due à Buchanan (de Glasgow) qui fit une injection sous-cutanée de chlorure de sodium (*Annual of the Universal medical Sciences*, Philadelphia). Bischoff (de Bâle) a pratiqué en 1881 une injection par l'artère radiale de 1,259 grammes de solution chlorurée sodique additionnée de quelques gouttes de solution de potasse dans un cas d'hémorrhagie puerpérale grave; la malade guérit. Depuis, quelques autres observations ont été publiées; M. le professeur Hayem, dans son dernier ouvrage de 1890, en a relevé 11 avec 5 insuccès. En parcourant les revues et journaux de ces trois dernières années, nous avons à notre connaissance une quinzaine de cas publiés; il est certain qu'avec les renseignements des physiologistes les essais thérapeutiques doivent se multiplier chaque jour. Une grande partie de ces observations portent sur des injections sous-cutanées ou intra-musculaires, où il est nécessaire de masser la région avec un aide pour favoriser la pénétration du liquide.

Pregaldino cite des exemples de femmes où il injecta avec succès 800 centimètres cubes de solution salée sous la peau à la suite d'hémorrhagies causées par avortement. Weiss (*Wien. med. Presse*, 1888) se sert d'une solution de 60 centigrammes de sel marin dans 100 grammes d'eau distillée, qu'il injecte aux adultes sous la peau du thorax et aux enfants à la paroi abdominale; pour les premiers, il faut 150 à 250 grammes; pour les autres, 30 à 50 grammes suffisent. Voici les faits : 1° Hématémèse par ulcère simple de l'estomac chez une jeune fille chlorotique âgée de 19 ans; elle vomit en deux fois quatre livres de sang. Syncope, mort imminente. Injection d'un côté du thorax de 150 grammes et de 100 grammes au côté opposé; l'opération dure dix-huit minutes. La malade se remet. — 2° Injection de 150 grammes, chez un homme de 43 ans, dans le cours de la fièvre typhoïde, à la suite d'une hémorrhagie intestinale ayant déterminé un collapsus inquiétant. Guérison. Jennings, de l'hôpital des cancéreux de Londres, rapporte 3 cas d'injections intra-veineuses de solution saline suivies de succès. Nous en avons également de Lépine, de Kahan. Morel injecta un litre et demi de sel à 6 p. 100 dans un cas d'anémie aiguë à la suite d'avortement (1).

Chez une femme de 43 ans, extrêmement anémiée par une avortement,

(1) Weber (*Correspondenzblatt für Schweizer Ærzte*, janvier 1890) traitait une fille de 19 ans, chlorotique intense et incapable de tout travail. Malgré les préparations ferrugineuses et les inhalations d'oxygène, son état ne fait qu'empirer. Œdème palpébral et malléolaire. Le 10 novembre, vomissements marc de café qui persistent toute la nuit. Pouls à peine sensible le lendemain matin. Vers le soir, réapparition des vomissements noirs accompagnés de vives douleurs; bientôt perte de la conscience et contracture des masséters, les vomissements ne cessent que vers le matin. Respiration courte avec râle trachéal, symptômes d'œdème pulmonaire, battements cardiaques accélérés. Anesthésie totale. Pupilles rigides. Enveloppement des membres dans des bandes de flanelle. Jugeant l'état de la malade désespéré, Weber se décide à faire, après quelques injections d'éther, une injection de 300 grammes d'une solution de chlorure sodique à 0,6 p. 100 dans les cuisses, en ayant soin de masser la région pour faciliter la résorption du liquide. Lavement au cognac. Une heure après, tout le liquide injecté est résorbé, mais l'état de la malade est peu changé. Le soir, elle commence à mouvoir un peu la tête. Nouveau lavement au cognac et au bouillon. Le lendemain, l'anesthésie disparaît graduellement. Dans la nuit suivante, la femme demande à boire, et, le 14 novembre, elle reprend connaissance; mais il existe de l'amaurose qui rétrocède dans la journée même. Dès lors, rétablissement progressif.

©BIU Santé

Haffter a injecté 600 grammes d'une solution salée à 6 p. 1,000 dans la cavité péritonéale, sans la moindre réaction opératoire. Au bout d'une minute et demie, le pouls était redevenu perceptible. Un autre auteur injecta expérimentalement dans la cavité pleurale sans déterminer la moindre inflammation. Rosenbusch (*Berlin. klin. Woch.*, 1887), recommande les injections sous-cutanées de sel de cuisine dans les états de faiblesse du cœur; dans les cas de collapsus rapide, 20 à 30 grammes d'une solution de chlorure sodique à 6 p. 100; dans les hémorrhagies pulmonaires, intestinales ou stomacales, 20 à 30 grammes d'abord, puis 5 grammes par jour.

Certains praticiens ont injecté des solutions salines dans les artères; or, on cite un cas où il survint une gangrène de la main par ouverture de l'artère radiale et où l'amputation de l'avant-bras fut nécessaire.

De l'avis M. Hayem, c'est la voie veineuse qui doit être préférée pour faire l'injection; c'est d'ailleurs par cette voie que MM. Hayem, en France, et Cantani, à l'étranger, injectèrent les solutions salées aux cholériques sans qu'il y ait eu à s'effrayer des accidents de phlébite.

(A suivre.)

Essai sur la pathogénie de la fièvre.

A propos des théories de M. Cantani sur ce sujet.

Tout d'abord, que doit-on entendre par le mot fièvre? Il est évident qu'on ne doit pas appeler de ce nom toutes les élévations de température qui peuvent se manifester chez l'homme. Un individu dépense une grande quantité de force, dans une marche, par exemple; le sang afflue dans les membres mis en jeu, la circulation s'y accélère, quelquefois considérablement, et, par suite, les battements du cœur, la circulation générale; la circulation s'accélérant, la combustion des produits de déchet et, par conséquent, la respiration, s'accélèrent en même temps; en sorte que, d'une façon générale, la température du corps s'élève en proportion directe; d'ailleurs, le point de départ étant exclusivement local, pouvant du reste résider dans toute la périphérie, l'élévation de température se disperse dans tout l'organisme et peut être très difficile à percevoir.

Souvent même, dans certains cas pathologiques, chez les chlorotiques, par exemple, le travail peut ne pas être appréciable et produire des élévations de température de 1 ou 2 degrés; on devra rattacher ces phénomènes aux mêmes causes que chez l'individu sain, mais un effort beaucoup moins considérable suffira à produire les mêmes effets chez les êtres dont le sang ne se trouve pas dans les conditions physiologiques; il est tout naturel alors que les actes physiologiques exigent, pour s'effectuer, un plus grand afflux de sang, et, par suite, une élévation de température plus considérable.

D'ailleurs, sans sortir du domaine de la physiologie, la température de l'homme est plus élevée le soir que le matin, alors que la circulation est activée par la marche, la digestion, en un mot par tout le travail de la journée. Assurément ce n'est pas là ce qu'on doit appeler fièvre, bien qu'on y trouve « une suractivité et un trouble dans les actions chimiques et les dédoublements qui se produisent dans nos organes ». Cette définition qu'en a donnée M. Cantani dans sa communication au Congrès de Berlin ne peut donc être acceptée, elle est trop étendue et ne convient pas au seul défini.

La fièvre, en effet, reconnaît non pas des causes physiologiques, comme un travail, si loin qu'il soit poussé, même chez des malades, comme les chlorotiques, mais des causes pathologiques; qui dit *fièvre* doit dire *infection*; l'individu peut élever sa température par une marche forcée, par des exercices gymnastiques, etc.; mais, s'il veut se donner de la fièvre, il faudra qu'il s'infecte; inversement le repos peut rendre normale la température qu'on vient d'élever, il ne suffit pas à faire tomber la fièvre.

De plus, M. Cantani, dans sa définition, a le tort d'envisager seulement les actions chimiques qui se produisent dans la fièvre; or, ces actions chimiques doivent être relé-

guées au deuxième plan, elles sont contingentes à des phénomènes physiques qu'elles ne font que compléter. Si un grain de sable ou de poussière vient se loger dans l'œil, on voit tous les vaisseaux se gorger de sang; la sécrétion des glandes lacrymales augmente considérablement; en un mot, l'activité de tous les organes voisins est irritée au plus haut degré par la présence de cet intrus dont ils veulent se débarrasser.

Il est évident, théoriquement, que cette exagération de la circulation locale ne peut pas se faire sans activer de proche en proche toute la circulation; le travail, phénomène physique, étant accru, les déchets de ce travail s'accroissent parallèlement, sont emportés plus vite par le torrent plus rapide de la circulation vers les poumons dont les fonctions s'exagèrent, en même temps que le travail qu'ils doivent accomplir augmente; ainsi les actions chimiques, dont l'importance dans ce concert est immense, ne font tout d'abord que déblayer le terrain encombré par les débris que laisse la lutte des éléments contre l'étranger.

Pratiquement, il est vrai, les phénomènes locaux sont seuls sensibles, et l'élévation de température qui se produit effectivement est insensible pour nos instruments. Mais supposez, en place d'un seul corps étranger, une infinité d'éléments, animaux comme dans l'impaludisme, ou végétaux comme dans les maladies microbiennes, répandus dans toute l'étendue de l'organisme, luttant de leur côté et remplaçant par de nouvelles recrues les combattants qui ont succombé; que devra-t-il se produire alors? Autour de chaque micro-organisme considéré sous son aspect purement mécanique, indépendamment de toutes les substances chimiques qu'il peut produire, une vie intense surexcite tous les éléments anatomiques; l'élévation de température qui s'ensuit, négligeable pratiquement, quand il n'y a qu'un seul foyer, se multiplie par l'infinité de ces foyers.

D'ailleurs, si c'est là le mode de production de la fièvre de beaucoup le plus important, il faut reconnaître que ce n'est pas le seul; certains microbes peuvent sécréter une substance chimique produisant la fièvre, comme d'autres substances microbiennes produisent des paralysies ou d'autres phénomènes d'intoxication; mais cette pyrétogénie, MM. Roussy et Hayem ne l'ont rencontrée que dans un petit nombre de cas de fièvre, et, dans les cas où elle se trouve, elle ne diminue pas l'importance de l'autre cause coexistante, à savoir la présence même des microbes.

Si toutes ces considérations sont justes, M. Cantani peut-il dire que les combustions portent tantôt sur un élément, tantôt sur un autre? Nous ne le croyons pas: les microbes ont leur autonomie; ils causent la fièvre par leur seule présence (certaines substances par eux sécrétées peuvent, du reste, contribuer à élever la température), mais, outre cette genèse de la fièvre, ils peuvent produire certains accidents avec prédominance sur tel ou tel organe; ainsi, les lésions du bacille d'Eberth portent spécialement sur l'intestin, celles de la bactéridie charbonneuse sur le sang, mais les combustions exagérées qui constituent l'élévation de la température n'ont pas de lieux d'élection différents suivant le microbe; l'organisme tout entier en subit l'action. Ce n'est pas la fièvre, comme semble le croire M. Cantani, qui, dans l'impaludisme, détruit les globules rouges, pas plus que la fièvre ne peut produire des ulcérations de l'intestin, ou des fausses membranes, dans d'autres cas; chaque espèce de microbes produit ces différentes lésions, suivant les diverses maladies; la fièvre, elle, est une; qu'elle paraisse dans tel cas ou dans tel autre, elle amènera la destruction générale sans prédominance d'action sur tel organe; sauf un peu plus de chaleur au point où la lutte est la plus vive, du côté, par exemple, où siège une pneumonie, il n'y aura que des différences de degré, suivant la durée, l'intensité, l'alimentation, les idiosyncrasies; car les combustions, dans la fièvre, se font par l'intermédiaire du sang, c'est-à-dire d'un liquide qui passe dans l'économie tout entière, lui enlève les déchets de toutes ses parties, et vient éliminer ces déchets au dehors par les poumons; c'est également ce liquide qui distribue par égales parts à toute l'économie les matériaux dont elle a besoin pour réparer ses pertes; mais la nutrition est trop faible pour pouvoir les compenser; de là amaigrissement considérable, indépendant des lésions particulières à chaque bacille.

Il est évident que ce sont là surtout des aperçus théoriques et que la preuve expérimentale est extrêmement difficile à donner; mais, sur ce sujet, nous sommes forcément réduits aux hypothèses, et, si rien ne vient les infirmer, elles ont force de loi. Or, cette

©BIU Santé

théorie est plus qu'une simple hypothèse, puisqu'elle est tirée par analogie d'un fait patent : l'exaltation de la vie chez tous les éléments opposés à un corps étranger contre lequel ils doivent lutter; d'une loi physique inéluctable, nous concluons à la transformation du travail en chaleur; voilà le grand fait visible et la grande loi connue qui nous permettent de considérer cette origine de la fièvre comme prouvée et non plus comme une simple considération théorique.

De plus, nous trouvons une preuve clinique dans ce fait que la plupart des antipyrétiques, et parmi eux les plus puissants, le sulfate de quinine et le salicylate de soude, sont des antiseptiques.

Une dernière question, une des plus controversées, repose dans l'utilité ou la nocivité de la fièvre. M. Cantani croit, « sinon qu'elle est un acte utile, au moins qu'elle ne fait pas à elle seule la gravité de la maladie ». Pour nous, c'est un acte essentiellement utile, qui, de même qu'un médicament, à certaines doses ou chez certains individus, peut exceptionnellement devenir un danger; dans la fièvre, la vitalité des cellules s'exalte pour leur permettre une lutte victorieuse contre l'ennemi qu'elles enveloppent; chaque cellule sera donc ainsi en pleine possession de tous ses moyens de lutte; en outre, c'est grâce seulement à cette exaltation de la vitalité de l'organisme animal que pourront se faire la diapédèse des leucocytes et, par elle, la phagocytose, qui n'existent pas à l'état normal ou du moins ne sont pas appréciables. L'élévation elle-même de la température, qui n'est que l'effet consécutif à cette mise en jeu de tous les éléments humains, a une action directe dans la lutte, puisqu'elle affaiblit le bacille; celui-ci, qui avait trouvé à son gré une température de 37°, puisqu'il s'y développait malgré la lutte qu'il avait à soutenir, ne peut souvent pas résister aux efforts déployés contre lui sous une température de 40°; témoin le pneumocoque qui vit très bien dans l'organisme humain à la température normale, mais ne résiste que très peu de jours à l'incendie qu'il y allume.

L'excitation de l'organisme et l'élévation de la température qui en résulte ne se dissipent pas aussitôt que les micro-organismes sont morts; il reste encore à faire un autre travail important, un travail d'assimilation pour ce qui est assimilable parmi les débris, un travail d'élimination par phagocytose pour le reste; les corps étangers à l'état de cadavres continuent à maintenir l'éréthisme nécessaire pour continuer la diapédèse des leucocytes et pour activer le travail d'assimilation. L'élévation de la température se maintient donc encore suffisamment pour multiplier le travail des glandes, et particulièrement du foie et des reins, et leur permettre, fait indispensable, d'éliminer rapidement les dernières parcelles du poison.

Comme le dit M. Cantani, « le but idéal de la thérapeutique est donc non pas de détruire la fièvre, mais de détruire l'agent morbide », mais nous n'ajouterons pas, comme lui, « et par conséquent de rendre la réaction inutile », car, si nous pouvons tuer les microbes, les antiseptiques n'auront aucune puissance contre leurs cadavres ou leurs spores, et la réaction, qui est non pas inutile, mais indispensable pour ce travail, se fera, heureusement, malgré tous les efforts maladroits, grâce à la seule opposition d'un organisme vivant et d'un corps étranger qu'il importe d'éliminer.

Georges Lévy.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le viburnum prunifolium. — Les couleurs d'aniline en thérapeutique.

I

Le viburnum prunifolium a été introduit dans la thérapeutique par les médecins américains, le travail du docteur Phares (de Newtonia) étant le premier en date. Ses propriétés anti-abortives étaient du reste connues dans le peuple, et il paraît que les planteurs du Sud, avant la guerre de Sécession, avaient l'habitude de le donner à leurs négresses esclaves qui cherchaient à se faire avorter avec la racine de cotonnier. C'est,

du moins, ce que raconte le docteur Melleville E. de Laval dans un travail sur le viburnum paru dans la *Gazette de Montréal*, où se trouve l'indication d'un grand nombre de mémoires antérieurs.

J.-H. Wilson attribue au viburnum une action sédative sur les fibres musculaires de l'utérus et une action tonique. Son administration a réussi dans quinze cas à empêcher l'avortement.

Ivan Lwoff a vu le remède réussir dans six cas d'avortement se produisant chez des femmes qui avaient déjà avorté à des grossesses antérieures; l'une d'elles avait déjà avorté trois fois à la deuxième semaine de la gestation. Le médicament donna d'excellents résultats même quand l'avortement était très avancé, qu'il y avait des hémorrhagies, de la dilatation du col et des contractions spasmodiques.

D'après Auvrant, le remède agit très bien, non seulement dans le traitement de l'avortement, mais aussi dans celui de la dysménorrhée. Dans un cas, il a pu suspendre les contractions utérines pendant cinq semaines, les membranes étant rompues. Shatzs, Cordes sont aussi très partisans de l'emploi du viburnum, dont ils regardent l'effet comme très sûr; ils ont publié un grand nombre d'observations démonstratives. Nelson, Hullburt l'ont préconisé dans les maladies utérines.

Poster conseille l'emploi du viburnum dans le traitement de la congestion utérine, dans celui de l'irritation des ovaires, de l'aménorrhée; et Roe lui attribue de brillants résultats dans le traitement des névralgies d'origine ovarienne. Grenn, E. de Laval, l'ont vu réussir aussi dans la dysménorrhée, particulièrement lorsque la douleur précède la venue des règles.

D'après E. de Laval, le viburnum donne les meilleurs résultats dans l'avortement causé par la congestion utérine, tandis qu'on ne peut guère compter sur son emploi lorsqu'il s'agit d'une affection de l'œuf ou des membranes. Il l'a administré avec succès dans les affections suivantes : avortement habituel; dysménorrhée spasmodique; dysménorrhée causée par les flexions, etc.; subinvolution utérine; irritation ovarienne, congestion de l'utérus et des annexes; irritation vésicale accompagnant les maladies utérines. Le viburnum serait, dans tous les cas, préférable à l'opium, dont il a les effets sédatifs sans en avoir les désavantages.

On a parfois observé des accidents légers à la suite de l'administration du viburnum; Auvrant a noté des vomissements, Mac-Fie Campbell des maux de tête.

C'est la racine qu'on emploie dans le viburnum prunifolium (Caprifoliacée). On en a retiré de la *viburnine*, du tannin et de l'acide valérianique. L'extrait fluide, très employé, doit être récemment préparé, sans cela il devient inerte; E. de Laval indique la dose de 4 à 5 grammes; Bocquillon-Limousin celle de 30 à 50 gouttes. On emploie aussi l'extrait mou, 10 à 25 centig. en pilules.

II

L'emploi des couleurs d'aniline comme antiseptiques a été préconisé par Stilling (de Strasbourg) qui a désigné par le nom de pyoktanine ces couleurs chimiquement pures, c'est-à-dire sans arsenic ni phénol. Depuis son travail, un grand nombre de mémoires ont été publiés relativement à l'usage en thérapeutique de couleurs d'aniline diverses, et, en France, les revues de Leflaive (*Bull. méd.*, 1890, 58) et de Vaquez (*Mercredi médical*, 1890, 29) ont résumé les principaux travaux parus chez nous et à l'étranger.

D'après Stilling, la pyoktanine, dont le pouvoir antiseptique se rapproche de celui du sublimé, peut être employée de manières très diverses. Tout d'abord il est facile de la mettre en nature sur les plaies ou les ulcères; elle forme alors une couche épaisse qui finit par tomber d'elle-même en même temps que se fait la guérison. En crayons, on peut s'en servir dans la thérapeutique oculaire ou pour le traitement des petites plaies, des brûlures. Il est enfin possible de faire usage de poudres, pommades ou solutions qu'il faut avoir soin de conserver à l'abri de la lumière. Le titre des solutions variera du 1/100e au 1/1,000e et elles serviront dans tous les cas où l'on pourrait avoir, par exemple, à employer des solutions de sublimé. Les pommades, de 2 à 10 p. 100, les poudres, de 1 à 20 p. 100, seront employées dans les blépharites, les eczémas, les conjonctivites, etc.

©BIU Santé

Après différents essais, Stilling n'a conservé pour l'usage qu'une auramine et un violet de méthyle. Le seul inconvénient de leur emploi serait la coloration intense de la peau qu'elles causent; les taches peuvent, du reste, être enlevées facilement par l'eau de Javel ou la teinture de savon.

D'après les premières expériences, une solution de violet de méthyle à 1/3,000e arrête le développement des bactéries de la putréfaction, tandis que l'on peut injecter sous la peau d'un lapin 20 c. c. d'une solution à 1 p. 1,000 sans amener d'accidents; la solution au 1000e empêche la fermentation putride de la viande.

Jœnicke a étudié l'action des couleurs d'aniline sur différents microbes. Une solution à 1/2,000,000e empêche la végétation du micrococcus pyogenes aureus, une solution à 1/4,000,000 la retarde beaucoup; pour entraver le développement du charbon, il faut une solution à 1/62,500e et une à 1/250,000e pour le streptococcus pyogenes. Il est plus difficile de détruire le germe; dans une culture additionnée de violet de méthyle dans la proportion de 1 p. 1,000, il faut une minute pour tuer le micrococcus aureus, deux minutes et demie pour la bactéridie charbonneuse, cinq minutes pour le streptococcus pyogenes; le bacille typhique résiste encore après cinquante heures. Les effets du violet de méthyle semblent moins marqués dans le sérum sanguin; c'est ainsi que le staphylococcus aureus n'y est tué qu'après une heure par une solution à 1/1,000 et qu'il faut une solution à 1/5,000 pour arrêter son développement. Ainsi que le dit Leflaive, le fait que le sérum sanguin diminue l'efficacité des couleurs d'aniline contre-indique leur emploi dans les infections générales et semble le restreindre au traitement des affections superficielles et de celles des organes cavitaires.

Stilling obtint de bons résultats par l'emploi de la pyoktanine dans les chancres, les panaris, les ulcères variqueux, les ulcérations de la cornée, etc. Petersen confirme ces données. Il a employé les couleurs d'aniline dans 48 cas : chancres mous et indurés, gommes ulcérées, kératite panneuse, kératite et irido-cyclite, ophthalmie blennorrhagique, en se servant du crayon au violet de méthyle (pyoktanine bleue) ou à l'auramine (pyoktanine jaune) pur ou mélangé à du talc dans la proportion de 2/1,000e; il a aussi employé des solutions aqueuses à 1 et 2 p. 100. Dans les affections oculaires, les résultats furent remarquables. Petersen, au point de vue de leur action sur les plaies et les ulcères, compare les couleurs d'aniline à l'iodoforme.

Bresgen a employé la pyoktanine en solution à 2/1,000e pour empêcher le développement de phénomènes inflammatoires trop violents après les cautérisations intra-nasales faites par l'acide chromique ou le thermo-cautère. L'eschare s'éliminerait plus rapidement et la douleur serait diminuée ainsi que la suppuration. Cependant Bresgen regarde les couleurs d'aniline comme plus efficaces pour prévenir que pour guérir les suppurations. Nous avons déjà cité une partie des recherches poursuivies par Jœnicke et Braunschweigg. Cliniquement, les résultats sont loin d'être parfaits. Les succès ont été rares dans les maladies oculaires et même la pyoktanine fut quelquefois nuisible. Les ulcérations oculaires superficielles s'améliorent, mais s'il y a une inflammation intense avec suppuration, le topique réussit beaucoup moins bien.

Fessler vante les couleurs d'aniline dans les plaies de tête. Elles n'ont pas entièrement empêché la suppuration, mais cette dernière est restée très minime. Des solutions de pyoktanine, employées en injections dans les trajets fistuleux ou en applications sur des ulcères variqueux, par Garré, ne lui ont pas paru supérieures à celles de sublimé ou d'acide borique. Il n'a pas non plus remarqué que les suppurations des panaris, les ulcérations des mains aient été rendues moins longues. Rœloff regarde même les couleurs d'aniline comme inférieures à l'iodoforme et au sublimé. Troje a constaté que la suppuration était retardée, mais non empêchée. A. Kessler a cependant écrit que la pyoktanine était l'antiseptique idéal contre le pus.

Carl, qui a expérimenté le médicament dans les affections oculaires, ne l'a vu améliorer que les cas légers; dans les cas graves, il a dû revenir aux traitements habituels.

MM. G. Sée et Morau (1) ont étudié en détail l'action de diverses couleurs d'aniline et ont d'abord cherché à déterminer la puissance toxique de quelques-unes de ces couleurs.

(1) *Médecine moderne*, 1890, 29.

La safranine prise en solution même assez concentrée (1 p. 300) n'a pas d'action nocive; dans un cas, il y a eu une légère néphrite hémorrhagique, mais la dose administrée était beaucoup plus forte que les doses indiquées en thérapeutique. La cyanine donne des accidents qui doivent la faire écarter. Le vert malachite et le violet de méthyle ne sont pas toxiques.

En lavant des plaques de gélatine peptone avec des solutions de safranine à 1 p. 100 et 1 p. 2,500, les cultures pures de bacilles diphthéritiques, de monococcus aureus, etc., ne se développent pas; quelquefois, cependant, le micrococcus aureus liquéfie par places la gélatine. Tandis que la cyanine est peu antiseptique, le vert malachite et le violet de méthyle ont une action très nette. Les auteurs ont trouvé que ces derniers corps, ainsi que la saponine, avaient une action très marquée contre la suppuration. Aussi ils ont employé, dans deux cas de suppuration, la saponine et le vert malachite. Dans l'un d'eux, il s'agissait d'une jeune femme ayant eu un phlegmon péri-utérin ouvert spontanément dans le rectum et chez laquelle, l'évacuation du pus se faisant mal, on avait été obligé de donner à ce dernier une nouvelle issue en incisant un des culs-de-sac vaginaux. La température du soir oscillant entre 38 et 38°5, MM. G. Sée et Morau se décidèrent à faire, le jour même de l'ouverture vaginale, un grand lavage avec une solution de safranine à 1 p. 2,500. Le soir de l'injection, la température tomba à 37°. On renouvela les injections pendant trois jours et la suppuration ne tarda pas à se tarir. Dans un autre cas, il s'agissait d'une légère amygdalite avec une suppuration assez notable des cryptes amygdaliennes chez un jeune sujet de 15 ans. On toucha deux fois les amygdales avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution de vert malachite à 1 p. 2,500. Dans l'intervalle, le malade se gargarisait avec l'eau de guimauve. Après trois jours, les phénomènes suppuratifs avaient disparu.

Valude et Vignal, au Congrès de Berlin, ont fait une communication sur le pouvoir antiseptique des couleurs d'aniline. D'après eux, pour empêcher dans un milieu nutritif le développement des staphylocoques aureus et albus, ainsi que du streptocoque pyogenes, il est nécessaire d'en introduire 0,35 par litre, tandis qu'une dose de 0.015 de bichlorure est suffisante pour produire le même effet. Pour empêcher le développement de ces micro-organismes dans un milieu où ils ont commencé à se multiplier, il faut des doses beaucoup plus fortes. Même quand la matière colorante a réprimé le bacille, il est encore vivant. Lorsque l'on imbibe des fils de soie de cultures de streptocoques et de staphylocoques, il faut les laisser plus d'une heure et demie en contact avec une solution de pyoktanine pour tuer les micro-organismes; des solutions cinq fois moins fortes de bichlorure les tuent en quatre à huit minutes. Valude et Vignal ont constamment obtenu la mort d'un lapin lorsqu'ils introduisaient dans l'abdomen une dose de 1 1/2 milligramme pour 100 grammes de son poids. Il faut remarquer, du reste, que Jœnicke avait déjà observé que la mort survenait en douze à trente-six heures lorsqu'il injectait dans le péritoine du même animal de 1/100,000 à 1/200,000 de son poids. Valude n'a pas obtenu de bons résultats par l'emploi de la pyoktanine en ophthalmologie. Il a employé aussi des couleurs d'origine française et a simplement noté que leur action comme antiseptiques était un peu plus faible d'environ un cinquième.

Gallemaerts a recherché l'influence de la pyoktanine sur un certain nombre de microbes. Il a constaté que le bacillus anthracis et le bacillus pyogenes fœtidus ne se développent plus sous l'influence de la pyoktanine, tandis que le bacillus pyocyaneus et le staph. pyog. aureus se multiplient aussi facilement qu'avant l'action de la substance colorante; le développement des germes de ces derniers microbes n'est pas arrêté. Cliniquement, le médicament a été employé dans un grand nombre d'affections oculaires avec des résultats variés. L'ophthalmie purulente des nouveau-nés n'est pas justiciable du nouveau traitement. Un cas de blépharite ulcéreuse fut traité avec succès, tandis que l'on échoua dans deux cas de kératite parenchymateuse; mais c'est dans les ulcères superficiels de la cornée que les meilleurs résultats ont été observés. Des faits malheureux ont montré qu'il ne fallait pas compter sur la destruction des micro-organismes, car il a pu transporter l'agent infectieux du pus blennorrhagique à la surface du crayon de pyoktanine. Ses effets ont été douteux chez des granuleux ou dans la suppuration succédant à l'opération de la cataracte et nuls dans l'ophthalmie diphthéritique.

©BIU Santé

Pour Coppez, dans le service duquel ces recherches ont été faites, la pyoktanine employée en crayon, en poudre ou en solution, aura la destinée de toutes les médications prônées à grand renfort d'orchestre; elle guérira beaucoup au début, beaucoup moins un peu plus tard, et finalement trouvera, comme les autres remèdes, quelques indications qui lui assigneront un emploi dans la thérapeutique oculaire.

Nuel a eu des succès et des revers; il a surtout réussi dans un cas d'ophthalmie blennorrhagique.

On peut observer certains accidents à la suite de l'emploi de la pyoktanine. Le badigeonnage de la conjonctive est parfois suivi d'une réaction intense avec développement d'une sorte d'exsudat couenneux. Braunschweigg a noté de la cuisson des yeux, que quelquefois la cocaïne n'a pu calmer, et du gonflement des paupières. Carl a vu, dans un cas d'ulcère de la cornée, se produire une fonte de l'œil et il attribue l'accident au médicament.

Peut-être (Nuel) le violet de méthyle peut-il colorer la conjonctive d'une façon définitive.

En somme, il semble se faire, en Allemagne même, une réaction contre les premières affirmations de Stilling, et il convient d'attendre encore pour savoir quelle place il y a lieu d'accorder aux couleurs d'aniline parmi les antiseptiques.

Ehrlich et Lippmann ont employé le bleu de méthylène comme analgésique. Ils l'ont administré à des doses de 0,10 à 0,50 et même 1 gramme par jour par la voie stomacale, et à celles de 0,01 à 0,06 en injections sous-cutanées. L'absorption du médicament est très rapide, et en s'éliminant il colore la salive, les urines et les selles. Le bleu de méthylène semble être utile pour calmer les douleurs rhumatismales et dans certains cas de migraine, tandis qu'il échoue dans les douleurs ostéocopes, celles de la neurasthénie et de l'ulcère stomacal; il agirait en se fixant sur les cylindres-axes des nerfs nutritifs.

Combermale et François ont expérimenté avec le bleu de méthylène chez le chien et le cobaye en se servant des voies hypodermique et gastrique. Le chien a pris successivement 4 et 8 décigr. de bleu de méthylène par kilogr. du poids du corps; il a eu des vomissements glaireux avec diarrhée bleuâtre et la quantité journalière des urines a diminué. Chez le cobaye, la dose toxique nouvelle est de 3 décigr. par kilogr. du poids du corps. Au-dessous de ce chiffre, les animaux sont fatigués, anhélants, ont des fèces et des urines bleues, mais reviennent rapidement à leur état normal. Combermale et François n'ont pas constaté la fixation du bleu sur les cylindres-axes. Cependant, cliniquement, ils ont toujours réussi, par son usage, à faire disparaître les névralgies simples. Le succès a été beaucoup moins net dans les névrites et les douleurs d'origine centrale : sciatique, douleurs en ceinture de l'ataxie. Dans le rhumatisme aigu simple, le médicament réussit à faire disparaître les douleurs, surtout s'il s'agit d'une première atteinte; il n'agit pas dans les poussées aiguës du rhumatisme chronique, non plus que dans les douleurs osseuses. Cependant, Combermale et François ont observé l'amendement d'un cas de douleurs ostéocopes et la diminution des souffrances dans un cas d'hydarthrose traumatique. L'action analgésique se manifeste au bout de deux heures environ et dure de six à huit heures. Comme dose, 2 décigr. par jour suffisent en employant la forme pilulaire. Les troubles secondaires sont nuls et, dans un seul cas, on a noté une sensation de constriction au sommet du crâne peu après la prise. Les urines se colorent et leur quantité diminue.

D'après ces différents travaux, on peut admettre que le bleu de méthylène est réellement un médicament nervin agissant presque exclusivement sur la douleur.

REVUE DES JOURNAUX

Caractères particuliers présentés par les maladies inflammatoires de l'oreille pendant l'épidémie d'influenza, par C. Hennebert. — L'auteur insiste sur la physionomie particulière qu'ont revêtue les maladies aiguës de l'oreille, dans le cours de l'épidémie.

En général l'affection débute par de violentes douleurs suivies bientôt d'un écoulement de sang, plus ou moins abondant, par le conduit. Pendant les premiers jours, l'ouïe est souvent encore conservée. L'examen du tympan, pratiqué à ce moment, permet souvent de constater une petite congestion de toute la membrane, dont un segment, ordinairement le postérieur, apparaît, recouvert par une ampoule noirâtre, s'étendant souvent sur la paroi du conduit. L'incision de cette ampoule donne issue à un liquide visqueux, brunâtre, formé de sang en partie coagulé. Les parois de la portion osseuse du conduit sont fortement hypérémiées. Quelquefois, tout se borne-là, et l'intégrité de l'organe revient en quelques jours; d'autres fois, le phlegmon du tympan se propage à la caisse et il y a otite moyenne aiguë avec perforation. Du 15 décembre 1889 au 15 janvier 1890, l'auteur a examiné 16 cas de cette espèce. Dans tous, sauf un, il y avait eu d'abord une attaque d'influenza caractéristique. Il pense que l'affection de l'oreille moyenne est consécutive à celle du tympan. — P. N.

Thèses soutenues a la Faculté de médecine de Lille pendant l'année scolaire 1889-1890

M. Baude : Recherches cliniques sur un point de séméiologie des affections cutanées d'origine nerveuse. — M. Toussaint : Etude anatomique et étiologique du spina bifida de la région lombo-sacrée avec poche hydrorachidienne externe. — M. Lehoucq : Recherches sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la pyrodine. — M. Wargnier : De la folliculite et périfolliculite chez les fileurs et rattacheurs. — Chardon : De l'influence des maladies infectieuses sur le développement des maladies mentales. — M. Cousin : De la conjonctivite catarrhale à forme pseudo-membraneuse. — M. Monin : Contribution à l'étude de la trace indélébile du chancre syphilitique. — M. Hacot : Etude sur la valeur thérapeutique des médicaments antithermiques. — M. Puche : Contribution à l'étude des accidents *post mortem* du chancre infectant. — M. Cuisset : De l'antisepsie en chirurgie oculaire. — M. Fromont : Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. — M. Delannoy : Sur le pronostic et le traitement dans les présentations du siège, — M. Pestour : De l'amblyopie toxique (alcoolo-nicotinique). — M. Sénéchal : Troubles urinaires prémonitoires des myélites syphilitiques. M. Duval : Hygiène et assainissement de la ville de Roubaix. — M. Rouzé : De l'épithélioma palpébral (étude clinique et thérapeutique).

FORMULAIRE

Poudre contre les sueurs des phthisiques. — Bamberger.

Acide salicylique.....	5 grammes.
Talc de Venise.....	100 —
Amidon pulv.....	100 —
Iris pulv.....	10 —

Mêlez pour usage externe. — On lave la peau avec de l'eau vinaigrée, contenant un tiers de son volume de vinaigre; on sèche, puis on saupoudre avec le mélange ci-dessus. — En cas d'insuffisance de ce moyen, on fait prendre au malade, avant de se coucher, une ou deux prises de la poudre composée suivante : Agarie blanc 80 centigrammes, sucre blanc pulvérisé 5 grammes. — Mêlez et divisez en 6 paquets. — N. G.

COURRIER

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques (saison d'hiver) commenceront le lundi 13 octobre 1890.

©BIU Santé

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

MM. les élèves qui ne seraient pas déjà inscrits pour les travaux anatomiques sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du lundi 6 octobre.

La mortalité en Angleterre. — M. Alfred Hill (de Birmingham) a fait, au Congrès de l'Association médicale britannique, une communication sur la diminution progressive de la mortalité en Angleterre. Depuis 1873, on constate en Angleterre une diminution progressive de la mortaltté, due à l'application, de plus en plus rigoureuse et éclairée, des des lois sanitaires promulguées en 1872. Pour la population totale de l'Angleterre et du pays de Galles, la mortalité est tombée de 21,2 à 17,19 p. 1,000; dans les vingt plus grandes villes, de 24,4 à 19; à Londres, de 22,5 à 17,4; à Birmingham, de 24,8 à 18,4; à Maidstone, de 22,8 à 13,7, etc. A Manchester, bien qu'on ait fait de grands efforts pour assainir la ville, la mortalité n'a baissé que de 30 à 26,7.

Le résultat, en somme, est des plus encourageants et montre que l'on est dans la bonne voie. La diminution de la mortalité a été de 6,5 p. 100 plus considérable dans les vingt-quatre grandes villes que dans l'ensemble de l'Angleterre, ce qui tient sans doute à ce qu'il existait dans les villes plus de causes de maladies susceptibles d'être abolies par une hygiène convenable. Quelques villes restent en arrière, Boston, par exemple, où la mortalité est encore de 32,61, tandis qu'à Leicester, dans un milieu à peu près semblable, elle n'est que de 17,13. La diminution des décès par maladies fébriles a été aussi très remarquable; pendant la période 1861-1870, il est mort de maladies infectieuses aiguës, en Angleterre et dans le pays de Galles, 885 personnes par million d'habitants; pour la période 1871-1880, ce chiffre est tombé à 484, et, pour la période 1881-1889, à 239; les décès causés par les maladies fébriles de tout genre ont donc diminué des trois quarts depuis 1861. Il est à regretter que les efforts des hygiénistes n'aient pas encore été couronnés de succès en ce qui concerne la diphthérie; cette maladie continue à augmenter de fréquence dans les villes, tandis qu'elle diminue dans les campagnes où elle régnait surtout autrefois. Birmingham, cependant, fait exception à la règle; depuis 1873, la mortalité par suite de diphthérie a baissé de 0,31 à 0,11 p. 1,000, tandis que dans les autres grandes villes, elle a augmenté de 0,9 à 0,27. (*Revue scientifique.*)

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

CABINET MÉDICAL, 82, rue Monge, et **CLINIQUE**, à Paris, 61, av. des Gobelins (succon du Dr Bougier) à adj. en l'étude de Me Cousin, not., 6, place St-Michel, le 20 sept. 1890, à 1 h., m. à pr pouv. être baiss. 10,000 fr. S'adr. au not.

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. François Cartier : Des injections d'eau salée dans l'anémie grave. — III. De quelques nouvelles médications. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie. — VI. Formulaire.

BULLETIN

Le choléra n'est pas à nos portes, encore moins dans nos murs; cependant, comme il s'étend chez nos voisins et qu'il pourrait arriver jusqu'à nous, il n'est pas mauvais de savoir ce que nous aurions à faire, le cas échéant. Mieux vaut être préparé à toute éventualité, dût cela ne pas servir, que d'être pris à l'improviste par l'épidémie, ne savoir que faire, perdre la tête et prendre des mesures inutiles ou dangereuses.

Ces réflexions nous sont inspirées par le rapport que M. Dujardin-Beaumetz a lu devant le Conseil d'hygiène et de salubrité, et devant l'Académie de médecine. Nous en avons donné les conclusions, qui se résument dans les deux points suivants et qui seront approuvées de tous : isolement des malades et désinfection des objets et locaux contaminés. Reste à les mettre en pratique, ce qui sera le rôle de l'administration.

M. Javal, n'oubliant pas qu'il est député, c'est-à-dire homme politique, a transporté dans un autre milieu la question posée à l'Académie de médecine par M. Lagneau sur la dépopulation de la France et les moyens d'y remédier. Ce que veut M. Javal, c'est la réforme de certaines lois fiscales qui s'opposent au développement des familles. Là serait, pour lui, le remède

FEUILLETON

CAUSERIE

Echos du Congrès de Berlin

Un des correspondants du *New-York Medical Record* trouve que la réception faite aux membres du Congrès dans le *Rathhaus* fut peut-être l'incident le plus mémorable de ce Congrès; certainement elle ne sera oubliée par aucun de ceux qui y ont pris part. Non seulement le grand Hall, mais presque toutes les autres salles de l'immense palais furent ouvertes aux invités. Ce qu'on y mangea, ce qu'on y but! Il y avait partout des tables, des buffets couverts de rafraîchissements solides et liquides; le vin venait à vous-même sans qu'on en demandât; aussi, je vous laisse à supposer si les esprits montèrent vite, si les têtes s'échauffèrent; cependant, bien que la gaieté fut grande, tout se passa en bon ordre. Ici un trait de mœurs : « Les Allemands, dit notre confrère, mangent et boivent, puis ils boivent, et finalement ils boivent encore. La gaieté continuant à monter, tout le monde rit, parle, chante; on s'embrasse, on choque les verres; des gens qui ne se connaissaient pas la veille se jurent amitié éternelle, les têtes chauves sont baptisées de champagne surchauffé. »

Le correspondant en question paraît avoir une dent contre le secrétaire général du

©BIU Santé

au mal. Ce sont les lois actuelles qui entravent la natalité dans notre pays; il faut les changer. La répartition des impôts, les nouvelles lois militaires notre coutume de doter les filles, de vouloir donner à ses enfants une position sociale supérieure à celle des parents, et bien d'autres choses encore, conspirent contre le désir de ceux-ci d'avoir plus d'un enfant..... Il faut changer tout cela. Mais on ne peut le faire que si les pouvoirs publics veulent bien venir en aide aux désirs exprimés par l'Académie, et que M. Javal se propose de formuler dans la prochaine séance.

Qu'est-ce qu'une opération de complaisance? Quand est-il permis aux chirurgiens d'y avoir recours? Voilà une question qui aurait pu être posée mardi dernier, à propos du rapport que M. Tillaux a fait sur une communication de M. Richelot relative à un cas d'hydrocèle du canal de Nück. Comme l'auteur de la communication l'a dit, et comme l'a approuvé le rapporteur, il est certaines opérations qui ne semblent pas nécessaires et que le chirurgien est parfois obligé de pratiquer. L'hydrocèle du canal de Nück n'est pas une affection grave, elle ne compromet nullement la vie, et bien des malades ne songent pas à réclamer une opération ni les chirurgiens à la proposer; mais, chez la malade de M. Richelot, cette... comment dirai-je... difformité avait été cause de la rupture d'un mariage, donc il fallait l'enlever. De même, M. Tillaux a dû pratiquer une fois la cure radicale d'une hernie congénitale non compliquée, facilement réductible et facilement maintenue, parce que cette hernie empêchait le jeune homme qui la portait de se présenter à Saint-Cyr. Comme on le voit, il est avec la chirurgie des accommodements forcés.

Jusqu'ici, sur la foi de la tradition, le plus grand nombre des médecins croyaient que toutes les tuberculoses locales, ou à peu près, pouvaient guérir par le séjour prolongé au bord de la mer. M. Cazin et son élève, M. Iscovesco, viennent de nous rappeler que cette opinion était par trop optimiste et par suite erronée. La mer n'empêche pas les tuberculoses locales de se développer et d'évoluer chez les jeunes enfants qui séjournent sur ses bords; elle n'a pas davantage d'action sur les abcès secon-

---

Congrès. « Le docteur Rudolph Virchow, dit-il, président du comité d'organisation, eut un grand succès, mais non le secrétaire général. » Et ailleurs : « Un exercice des pompiers était sur le programme pour mercredi matin, à huit heures et demie; il eut lieu ponctuellement au lieu indiqué et dura jusqu'à onze heures, mais il n'y vint aucun docteur, le secrétaire général ayant oublié de les prévenir. »

La fameuse avenue *Unter der Linden* (sous les tilleuls) a été un sujet de grand désappointement, paraît-il, pour les membres étrangers du Congrès. L'avenue est très large et remplie de cafés, d'hôtels et de magnifiques boutiques; mais les tilleuls sont petits et de taille inégale, et semblent de simples buissons en comparaison des ormes et autres arbres majestueux que les yeux américains ont l'habitude de contempler.

Cependant l'auteur reconnaît que les rues de Berlin, grâce au pavage en asphalte et à des bandes de balayeurs, sont presque aussi propres que les rues des grandes villes d'Amérique. C'est toujours cela.

A signaler une lacune importante dans l'aération de Berlin. Non seulement les grandes constructions, comme le Renz Circus, sont closes de toutes parts, ce qui a rendu la séance d'inauguration si étouffante, mais c'est la même chose partout. Même dans les voitures de place, les fenêtres et les portes sont hermétiquement closes et les cochers semblent prendre à tâche d'empêcher l'accès de l'air frais dans les véhicules. Cependant les voyageurs paraissent aimer cela. Les membres du Congrès qui se sont servis de ces véhicules ont dû en souffrir, car ceux qui croyaient au froid parce qu'ils allaient dans un pays du Nord ont été désillusionnés. La chaleur a été toujours excessive, il n'a plu

daires, sur les ostéites et ostéo-périostites; la mer n'amène pas la guérison des gommes tuberculeuses et des abcès froids, pas même des adénites, le lupus est presque toujours aggravé; seuls le rachitisme et le lymphatisme sans lésions tuberculeuses actuelles semblent retirer d'excellents résultats de la thalassothérapie. Donc, Berck..... concluez... est insuffisant contre la tuberculose. Pourquoi? M. Iscovesco semble vouloir dire que le défaut de végétation est la cause de ces mauvais résultats. Et, en effet, il n'y a pas un seul arbre au voisinage de la plage de Berck, et l'auteur se demande alors si l'on n'obtiendrait pas des résultats plus favorables qu'à Berck sur une plage où l'on pourrait pour ainsi dire exposer les enfants à un air maritime mitigé. Soit, mais ne serait-il pas possible de boiser la plage de Berck? C'est là une question qui mérite d'attirer l'attention de l'administration de l'Assistance publique, car elle a frappé tous ceux qui ont visité cette plage, où il n'y a pas le moindre abri pour les enfants contre les vents du Nord, qui sont parfois extrêmement violents. — L.-H. P.

Des injections d'eau salée dans l'anémie grave. — Un cas observé à l'hôpital Beaujon. — Guérison.

Par M. François Cartier, interne des hôpitaux (1).

Nous publions ici une observation d'une jeune fille de 18 ans, non chlorotique auparavant, atteinte d'ulcère de l'estomac ayant causé des hémorrhagies graves et répétées, et à laquelle nous injectâmes un litre de solution salée le 20 juillet 1890, dans le service de M. le docteur Gombault, suppléé par M. le docteur Gilbert, au moment où nous jugions son état à peu près désespéré.

Pauline G..., sans profession, entre le 12 juillet 1890, salle Vulpian, lit n° 18, pour

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

---

qu'une fois la nuit et les réunions générales ont été de vraies séances de bains de vapeur. Aussi les séances en plein air et les Garten-parties ont-elles été très suivies, autant que les réunions dites scientifiques.

On cite entre autres une excursion à Havel-Lakes, qui fut organisée par la section laryngologique et la Société laryngologique de Berlin. Les membres furent amenés par chemin de fer jusqu'aux bords du lac, où ils s'embarquèrent sur un steamer qui les promena pendant deux heures sur ces eaux charmantes. Bien que des rafraîchissements *ad libitum* eussent été servis à bord, les excursionnistes étaient à peine débarqués à Postdam qu'ils prenaient part à un dîner en plein air. Dieux, comme on a mangé à ce Congrès! Et que les estomacs ont dû se dilater! Beaucoup de toasts furent portés et de nombreuses paroles de congratulation furent échangées. Puis on rentra à Berlin à une heure raisonnable. On mentionne encore une réunion à Kroll's Garten, dans laquelle, après boire, le professeur Virchow fut porté en triomphe.

Mais après avoir constaté la grande courtoisie avec laquelle les médecins berlinois ont reçu les étrangers et dit qu'on ne pouvait assez les en louer, le collaborateur du journal américain dit que ce fut tout à fait différent au point de vue du Congrès lui-même. La section d'organisation fut pitoyable (wretched) et dans beaucoup de cas approcha aussi près que possible d'un insuccès. L'Allemand n'a pas l'air de se douter comment on doit organiser des réunions médicales. On ne donna pas de listes des membres, les programmes de mémoires à lire furent très erronés et incomplets et beaucoup de membres ne purent faire de communication. L'Amérique fut bien représentée dans la plupart des

©BIU Santé

une hématémèse abondante. Antécédents héréditaires nuls. C'est une enfant recueillie.

Ses antécédents personnels se résument en des convulsions en bas âge et une rougeole à 12 ans; elle aurait eu également des gourmes dans la tête, des maux d'oreilles, mais actuellement aucune trace de strume. Réglée une première fois à 15 ans, elle resta six mois sans menstrues; depuis lors, le fonctionnement des règles se fait normalement.

Quinze jours avant son vomissement de sang, G... souffre de l'estomac; elle sent constamment le besoin de manger et se nourrit de vinaigre, citron, cornichon, salades assaisonnées, etc.

Deux jours avant, le 10 juillet, cet appétit capricieux cesse et fait place à une anorexie complète avec sensation de tiraillement extrême au creux de l'estomac. Néanmoins elle ne se sent pas maigrir et son teint n'a pas changé. Elle ne vomit pas.

Le 11 juillet, au soir, il lui prend un étourdissement.

Le 12, vers midi, au moment de se mettre à table, elle est prise d'étouffements et de suffocation; elle vomit une cuvette et demie de sang pur; elle perd connaissance. Un médecin la dirige le jour même à l'hôpital Beaujon; elle est d'une extrême pâleur; les lèvres sont blanches. Au cœur, un souffle intense au premier temps et à la pointe pouvant faire croire à une insuffisance mitrale; bruit de diable dans les vaisseaux du cou.

L'examen du ventre est douloureux dans l'hypochondre gauche au niveau du grand cul-de-sac stomacal.

G... reste cinq jours sans vomir, mais avec une anorexie complète.

Les 17 et 18 juillet, les garde-robes sont noires comme de la poix.

Le 19 juillet, elle remplit trois bassins de sang; puis elle rend de gros caillots par la bouche; elle est très agitée. Mouvements cloniques du bras. Céphalée. Bourdonnements d'oreilles; vertiges. La malade n'urine pas de toute la journée.

Dans la nuit du 19, elle perd connaissance.

Le 20 juillet, à huit heures du matin, la perte de connaissance continue; les yeux sont à demi-ouverts. Le pouls est incomptable.

Jugeant l'état désespéré, nous songeons à faire la transfusion du sang au plus tôt; mais vu la difficulté de se procurer du sang humain, nous préparons l'appareil pour faire une injection intra-veineuse d'eau salée (cet appareil, construit par M. Galante, est celui qui a été employé pour les cholériques à Beaujon en 1884).

La formule de la solution salée est celle de M. le professeur Hayem :

Chlorure de sodium pur..... 5 grammes.

---

sections, mais ceux qui parlèrent anglais attirèrent à peine l'attention, tandis que ceux qui parlèrent allemand purent lire et parler presque indéfiniment.

Ce n'est pas le seul reporter de journaux qui ait constaté cette insuffisance d'organisation du Congrès. Je l'ai déjà signalée dans mon dernier feuilleton, et je l'ai vue mentionnée par plusieurs journaux; d'aucuns surtout se plaignent que de petits médecins sans grand renom, spécialistes pour la plupart, et vous pensez bien que le mot *spécialiste* était pris ici dans la mauvaise acception du mot, se fourraient partout, et, à force de sollicitations, parvenaient à faire plusieurs communications sans importance, alors que des médecins *di primo cartello*, qui attendaient patiemment leur tour, confiants dans leur valeur pour le leur faire accorder, ont attendu en vain jusqu'à la fin du Congrès. A qui la faute? Evidemment au comité d'organisation des sections, qui n'a pas su dresser ses programmes de manière à mettre aux premiers rangs les médecins de valeur, et laisser aux autres les places restées vacantes. Aussi un de nos confrères a-t-il pu dire : « Quel beau Congrès on aurait pu faire avec tout ce qui n'a pas été dit à Berlin! » Espérons qu'on le fera à Rome, ou mieux, si Dieu nous prête vie jusque-là, à Paris en 1896, puisqu'on a l'intention de tenir le Congrès à Paris à cette époque.

S'il y a quelqu'un qui ne sera pas content, c'est M. Fort, qui a fait une communication sur le sujet que vous savez bien, et qui est aussi une spécialité. Comme le nom du professeur Le Fort est beaucoup plus connu à l'étranger que celui du docteur Fort, quelques journaux n'ont pas hésité à attribuer cette communication à M. Léon Le Fort; après tout, M. Le Fort ne sera-t-il pas non plus très flatté de l'erreur commise à son

Sulfate de soude cristallisé pur ..... 10 grammes.
Eau distillée ..... 1.000 —

Faire dissoudre, filtrez, chauffez au bain-marie à 38°.

La bouteille contenant la solution plonge dans l'eau tiède; la poire aspirante et foulante est également dans une cuvette d'eau tiède pour conserver le liquide à une température analogue à celle du sang. L'extrémité métallique est introduite dans la veine basilique; il ne sort pas de sang à l'ouverture de la veine. Nous donnons à chaque minute un coup de poire jusqu'à écoulement complet des 1,000 grammes d'eau salée contenue dans la bouteille.

L'opération dure environ trente-cinq à quarante minutes. La malade ne s'aperçoit pas de l'opération, même à la fin; son pouls ne s'est pas sensiblement modifié. Une demi-heure après, elle est prise de frissons et de froid général; on lui met un édredon et des boules aux pieds; le pouls est moins incomptable.

Dans l'après midi, G... ne reconnaît pas encore les personnes qui viennent la voir; mais, le soir, elle a une miction abondante, la première depuis quarante-huit heures; l'urine, extrêmement pâle, rappelle un mélange d'eau et de cognac. Le pouls est meilleur.

Dans la soirée, elle reprend un peu connaissance; et la nuit se passe avec des vertiges, bourdonnements d'oreilles, céphalée et autres symptômes d'anémie cérébrale.

Le 21 juillet, elle reprend un peu connaissance et répond faiblement par signes aux questions qu'on lui pose; il a donc fallu de douze à vingt-quatre heures après l'injection d'eau salée pour que la réapparition de la connaissance s'accomplisse. Pas de vomissements ni de selles sanglantes.

La malade se laisse nourrir; elle prend la valeur d'un litre et demi de lait glacé; elle accepte, le lendemain de son injection, le lait pour lequel elle avait un dégoût complet les jours précédents. Les mouvements reviennent.

Traitement : 20 gouttes de perchlorure de fer et injections d'ergotine; oxygène.

Le 22 juillet. — Deux litres de lait qu'elle prend avec plaisir. Même traitement. Agitation; mouvements. Elle souffre de partout, comme s'il y avait une faiblesse des nerfs. Aucune hémorrhagie.

Le 23, l'agitation diminue. Deux litres et demi de lait. Même traitement. Aucune hémorrhagie.

Du 23 au 26 juillet, l'amélioration s'accentue. Pas de vomissements; pas de garde-robes.

Le 26 juillet, première garde-robe depuis six jours; les matières ne sont pas noires.

---

profit, si profit il y a. Un autre spécialiste a fort intéressé la section de chirurgie; il s'agit d'un chirurgien de Berlin qui résèque les articulations et met à la place des parties excisées des articulations en ivoire, et il prétend qu'il obtient ainsi la guérison avec des membres très utiles et jouissant de tous leurs mouvements. Il démontra sur un squelette les diverses formes d'articulations en ivoire dont il se sert pour le genou, le coude, le poignet; mais une démonstration sur le vivant, guéri, aurait mieux fait l'affaire de l'auditoire, dont les commentaires sur la méthode furent très défavorables et sévères.

Extraits du journal du Congrès rédigé jour par jour et publié chaque matin sous la direction du docteur S. Guttmann :

Il a été perdu. — Un membre du Congrès, à la réception à la Rathhaus, a perdu une bague montée d'un gros diamant de la valeur de 3,000 marks. La personne qui l'aura trouvée est priée de vouloir bien la remettre au bureau du Congrès.

Un membre du Congrès est entré dans un bureau de tabac, y a acheté des cigares, a payé, et est parti laissant par mégarde son porte-monnaie, que le marchand déclara n'avoir jamais vu. Prière à la personne qui l'aurait vu de vouloir bien le reporter au bureau du Congrès. Le propriétaire offre de partager le contenu avec cette personne.

Un membre du Congrès, qui est resté dans un état d'inconscience à la soirée de la Rathhaus depuis onze heures jusqu'à deux heures et demie, et qui a été soigné par plusieurs confrères qui lui ont injecté de l'éther, prie les gentlemen qui l'ont ramené

©BIU Santé

Au commencement d'août, on supprime le perchlorure de fer et l'ergotine.

Vers le 15 août, au régime lacté on ajoute des œufs, du jus de viande; le fer est également prescrit.

Le 21 août, la malade se lève; elle est guérie, mais elle reste chlorotique; c'est une chlorose post-hémorrhagique. Malgré le fer et la nourriture, les pâles couleurs persistent.

En résumé, ce que nous avons observé de plus net comme conséquence de l'injection, en un temps plus ou moins rapproché, ce fut :

1° La réaction produite par l'injection une demi-heure après, et caractérisée par des frissons et un froid général;

2° Le relèvement du pouls;

3° L'apparition des urines;

4° Le recouvrement de la connaissance;

5° Le réveil de l'appétit.

Cette observation montre l'efficacité incontestable des injections d'eau salée dans les cas d'anémie grave. Or, les expériences toutes récentes de MM. Dastre et P. Loye montrent leur innocuité absolue. (*Archives de physiologie*, n°s 1 et 2, page 253.)

Expérimentalement, ces auteurs sont arrivés à introduire dans les veines une quantité considérable d'eau salée (quadruple du volume du sang et même au-delà) sans provoquer de troubles ou de douleur. Voici quelques-unes de leurs conclusions : *a*) Quand une quantité d'eau salée correspondant à peu près au volume du sang de l'animal a été introduite dans les veines, l'élimination s'en fait avec régularité. Il sort de l'organisme autant de liquide qu'il y en entre; l'animal se comporte alors comme un trop-plein. *b*) L'eau salée qui séjourne dans l'organisme ne reste pas tout entière dans le sang. Une partie seulement de cette eau grossit momentanément la masse sanguine; l'autre partie, la plus importante, se dépose provisoirement dans les tissus (foie, lymphatiques, séreuses, etc.). L'injection terminée, cette dernière partie revient peu à peu dans le sang, puis est rejetée en dehors par les émonctoires. *c*) Le liquide injecté s'élimine presque

---

chez lui de vouloir bien donner leurs noms et adresses au bureau du Congrès. (Qu'a-t-il bien pu perdre, celui-là?)

Pendant la réception au Rathhaus, un des invités a changé son gibus contre le mien. Prière de vouloir bien le renvoyer à mon adresse. Et ainsi de suite.

Un résultat du Congrès fort inattendu, et qui est donné par un autre journal de Berlin, a été la publication de quatre cents promesses de mariage. Evidemment, la science n'a pas été la seule attraction pour les médecins allemands étrangers à la cité impériale. Mais qui aurait pu croire à la célébration *légale* de tant de mariages?

Un autre sujet de plaintes pour les étrangers, particulièrement pour les Anglais, qui ne les ont d'ailleurs pas plus ménagées que les Américains, c'est la mauvaise tenue de certains hôtels. Un correspondant de la *Medical Press and Circular* s'est plaint d'avoir vu ses papiers, contenant de nombreuses notes sur le Congrès, des lettres, brûlés par les domestiques; des télégrammes, des cartes rester à l'attente ou refusés comme si le destinataire fût inconnu, etc.

Un autre Congrès eut lieu à Berlin, pendant le Congrès international des sciences médicales, c'est le Congrès international des Sociétés de crémation. Les membres du Congrès médical y furent invités, mais peu d'entre eux s'y rendirent.

L'Exposition médico-scientifique adjointe au Congrès eut plus de succès. On a remarqué, entre autres, plusieurs préparations destinées à montrer quelques modes de mort accidentelle. Une d'entre elles est relative à un homme qui avait parié d'avaler un beefsteak entier. Il mourut des suites de cette tentative et la préparation montre

exclusivement par la voie urinaire. Cependant, quand cette voie est insuffisante, l'excrétion se complète par la voie des glandes salivaires, quelquefois par la muqueuse intestinale ou par la surface pulmonaire. *d*) Le liquide qui s'échappe par le rein n'enlève point d'éléments essentiels à la constitution de l'organisme; c'est le liquide même introduit qui s'est chargé seulement d'une très petite quantité de produits solubles indifférents, ou peut-être nuisibles à l'économie. Aussi peut-on dire qu'il y a eu un véritable lavage du sang et des tissus.

En résumé, nous voyons que les injections intra-veineuses sont sans danger; bien plus, elles sont absorbées par les tissus et leur cèdent une partie de leur chlorure de sodium, sel si nécessaire à leur vitalité; le filtre rénal n'est jamais forcé par une quantité quelconque d'eau injectée, et il ne laisse passer aucun des éléments nobles du sang, aucun élément figuré, pas trace d'albumine.

Or, là ne s'arrête pas l'action de l'injection d'eau salée; le chlorure de sodium, le sulfate de soude en particulier, la plupart des sels neutres en général, sont conservateurs du globule sanguin, bien qu'*in vitro* le chlorure de sodium à fortes doses soit dissolvant; le sulfate de soude est conservateur à un titre plus élevé encore que le sel marin, car, en solution à 1 ou 2 p. 100, il rend les hématies plus rigides et d'une façon plus persistante (Mayet). On comprend qu'après de graves hémorrhagies, le peu de globules qui reste trouve un milieu favorable à sa vitalité dans l'injection saline. Après celle-ci, la réparation du sang s'effectue normalement. Ott prétend même qu'elle marche plus rapidement au point de vue de la régénération des hématies que dans les cas de transfusion sanguine. Ce résultat mériterait confirmation.

Sans doute, l'injection d'eau salée n'apporte pas, comme la transfusion, l'élément principal du sang, le globule rouge ou l'hémoglobine, et l'on est, par conséquent, obligé d'attendre la formation graduelle de nouvelles hématies. Mais, examinons comment se comporte l'organisme livré à lui-même à la suite d'une hémorrhagie.

---

la viande encore arrêtée dans la gorge. Une autre est celle d'une femme qui tomba morte brusquement dans la rue sans qu'aucun secours médical pût la rappeler à la vie. Elle portait de fausses dents qu'elle avait avalées et qui l'avaient étranglée. Une autre préparation relative à une mort subite par asphyxie fait voir que celle-ci a été causée par une chique de tabac tombée dans le larynx. Une autre encore montre un crâne dans lequel une hache fut plantée par la femme de la victime.

On ne manquera probablement pas de remarquer, et probablement pas aussi de me reprocher d'avoir attiré l'attention sur toutes les imperfections du Congrès de Berlin. D'aucuns diront que j'aurais dû être désarmé par l'immense succès du Congrès et faire contre fortune bon cœur. D'abord, qu'est-ce que cet immense succès? Il y a eu beaucoup de monde, voilà tout. Y a-t-il eu beaucoup de choses nouvelles communiquées? Non. Y a-t-il eu seulement une grande découverte annoncée? Non. — Alors, qu'est-ce que vous entendez par immense succès? Immense succès de curiosité? Soit. Nos compatriotes ont bien fait d'y aller, soit encore, pour n'avoir pas l'air de bouder, et pour bien d'autres raisons plus ou moins bonnes. Mais cela a-t-il détendu les relations politiques de l'Allemagne et de la France? Si vous avez encore quelque illusion à cet égard, lisez la nouvelle suivante, que nous donne l'*Estafette :*

« Strasbourg, 16 septembre.

« La rentrée des classes a eu lieu ce matin dans toutes les écoles d'Alsace-Lorraine. Hier ont eu lieu, dans les salles d'école, les formalités d'admission telles que : inscription, examen de capacité d'instruction des entrants.

©BIU Santé

Que l'on fasse des saignées répétées sur l'homme ou sur l'animal, que l'on se trouve en présence de pertes abondantes par accident, par perforation, par état gravide, etc., etc., le premier travail réparateur du sang sera toujours le même dans tous les cas; ce sang réparera ses pertes en empruntant de l'eau ou, pour mieux dire, des humeurs aux tissus environnants; la première phase de sa convalescence sera un état d'hydrohémie; ce sera la condition nécessaire, primordiale de la survie. « Après une saignée ou une hémorrhagie grave, il y a appel de liquides qui baignent les parenchymes ou qui circulent dans l'appareil chylo-lymphatique, constitués par de l'eau, des matières minérales et de la plasmine; la reconstitution des hématies, de l'albumine et de la fibrine perdues ne se fera qu'ultérieurement sous l'influence des phénomènes ordinaires de la nutrition; l'hydrohémie sera le fait dominant de la constitution du liquide sanguin appauvri. » (*Dictionnaire Dechambre*, article HYDROHÉMIE.)

Or, dans les cas d'hémorrhagies graves et persistantes, la mort arrive autant par l'absence de circulation que par insuffisance de l'hématose. Lorsque les tissus ne peuvent plus fournir de contingent aqueux, le pouls devient petit, filiforme, incomptable; on ouvre une veine, il ne sort pas de sang; l'individu meurt par stase sanguine encore plus que par asphyxie. Dans la mort par hémorrhagie, dit M. Hayem, il faut compter avec deux faits principaux : l'impossibilité mécanique de la circulation par abaissement de la tension; la diminution excessive de la masse du sang réduisant la quantité de sang restant dans l'organisme à un taux incompatible avec le maintien de la vie (1). De son côté. Pregaldino (de Gand) cite les opinions de Kronecker, Sander, Eulenberg, Landois, et dit : « La cause de la mort, dans l'anémie aiguë, n'est pas tant la diminution du nombre des corpuscules rouges que l'ischémie des centres respiratoires et circulatoires qui résulte de l'abaissement de la pression sanguine. La preuve est fondée sur ce fait qu'un nombre de 500,000 globules rouges par millimètre cube

(1) *Leçons de thérapeutique*, p. 310.

« Un petit « Bekanatmachung » (lisez *Avis*, si vous voulez) est ostensiblement affiché à l'entrée des écoles. Il avertit les élèves et leurs parents que *tous les livres de classe doivent être rédigés en allemand*. Les grammaires et lexiques français doivent être approuvés par l'administration scolaire, et enfin lesdits livres doivent avoir été imprimés en Allemagne et avoir été rédigés par des professeurs appartenant aux Universités allemandes.

« Tout libraire qui vend à un écolier, tout parent qui remet à son enfant un livre rédigé exclusivement en langue française ou imprimé en France est passible des tribunaux et sera condamné, conformément aux lois, à 400 ou 800 marks, — 500 à 1,000 francs d'amende, — selon la gravité du cas. »

Pas de commentaires, n'est-ce pas? — Aussi je passe à autre chose.

***

D'après quelques statistiques, récemment publiées en France, la consommation annuelle du sel par tête, en Angleterre, dépasse celle de toute autre contrée d'Europe. Tandis qu'en France la quantité est estimée à environ 15 kilogrammes, en Italie 10, en Russie 9, en Autriche 8, en Prusse 7, en Espagne 6, en Suisse 4, l'Anglais n'en consomme pas moins de 20 kilogrammes. L'*Hospital Gazette* pense que, peut-être, là est le secret de la soif britannique. S'il en est ainsi, la question des boissons sera facile à résoudre, et la Société de tempérance ne sera pas longue à adopter cette solution.

est compatible avec la vie dans l'anémie chronique, tandis que, dans l'anémie aiguë fatale, le chiffre tombe rarement au-dessous de 2,000,000. (*Annual de Philadelphie*.) (1).

C'est là précisément le côté délicat et intéressant de la question, c'est de savoir jusqu'à quel point le taux des globules sanguins peut descendre sans qu'il y ait mort, pourvu qu'on puisse conserver la circulation vasculaire par des moyens artificiels. Or, ainsi qu'on vient de le voir, il existe des cas d'anémie grave où l'état hydrohémique est effrayant et où la survie ne s'est opérée que grâce à ce seul état. L'on comprend l'importance d'un procédé artificiel qui donnerait du sérum à un organisme épuisé dont les tissus ne peuvent plus en fournir. De tels malades ne vivent, en attendant l'apport de nouveaux matériaux nutritifs, que parce qu'ils sont voisins de la léthargie. Les combustions sont réduites au minimum, le corps est froid; il ne se fait aucun emprunt aux dépens des tissus; les sujets sont incapables d'aucun mouvement, les yeux sont à demi-ouverts; à peine s'aperçoivent-ils de ce qui se passe autour d'eux; néanmoins la circulation s'accomplit toujours, quoique extrêmement faible. En nourrissant progressivement de tels êtres avec du jus de viande, du lait, du champagne, on arrive à les réchauffer de jour en jour, à leur redonner le mouvement, la connaissance et, finalement, à permettre aux globules sanguins d'avoir de nouvelles formations. C'est donc au temps qu'il faut s'adresser pour que l'injection salée puisse accomplir son œuvre.

(1) M. Hayem écrit encore, page 335 : « Si nous supposons la masse totale du sang égale au 1/13 du poids du corps, c'est-à-dire à 7,7 p. 100, estimation qui est probablement au-dessous de la vérité, si, d'autre part, nous faisons la remarque qu'une hémorrhagie jetant les chiens en état de mort imminente s'élève, en moyenne, à 1/18 du poids du corps, c'est-à-dire à 5,55 p. 100, nous pouvons conclure que, au moment où l'injection saline intervient, il reste encore dans l'organisme 2,15 p. 100 de sang. Or, nous savons que l'anémie du quatrième degré compatible avec la vie réduit la masse globulaire au cinquième, c'est-à-dire à 1,54 p. 100, chiffre qui est très inférieur à 2,15 p. 100 (*loco cit.*, p. 335).

* * *

Il y a quelque temps j'ai eu l'imprudence d'emprunter involontairement quelques lignes à la *Médecine contemporaine*, sans citer la source. Je m'en suis excusé. Pour n'être pas en reste avec moi, notre confrère m'emprunte à son tour, sans citer non plus la source, presque tout un feuilleton, car il a reproduit mot à mot, dans son numéro du 1er septembre, le récit que j'avais fait, d'après divers journaux français et américains, de l'électrocution du condamné Kemmler. Si notre confrère m'a cru si coupable qu'il a parlé de mon emprunt dans deux numéros de son journal pour quatre ou cinq lignes, jusqu'où ira sa culpabilité à lui, qui m'a emprunté plus de deux pages de son journal, sans le dire?

SIMPLISSIME.

POMMADE CONTRE L'ANTHRAX. — Félix.

Ichthyol	4	grammes.
Cérat camphré	15	—

Mêlez. — Trois fois par jour, on étend sur l'anthrax une couche épaisse de cette pommade. On recouvre le tout d'ouate antiseptique, et, le lendemain, on introduit dans tous les points blancs où se fait de la suppuration, la pointe d'un crayon de nitrate d'argent. L'auteur affirme que l'ichthyol diminue la douleur, favorise l'élimination du bourbillon et active la cicatrisation. — N. G.

©BIU Santé

L'histoire des bienfaits de l'injection salée n'est pas encore terminée ici. La solution chlorurée sodique exerce une action hémostatique, et l'on conçoit toute l'utilité d'une telle injection dans les cas d'hémorrhagie grave. Le chlorure de sodium fait contracter la fibre musculaire en général; sur la fibre musculaire striée, l'effet est des plus nets (1).

M. le professeur Hayem constate, dans ses expériences, l'action directe qu'exerce le sel marin sur ce tissu, et reconnaît le pouvoir hémostatique des injections salines.

Comme conclusion de ce travail, nous dirons que l'injection intra-veineuse d'eau salée doit toujours être faite dans les cas d'anémie aiguë grave lorsqu'on ne peut pas avoir recours à la transfusion du sang. Le seul avantage de ce dernier procédé est d'amener un effet plus rapide, mais les conséquences ultérieures sont les mêmes. Sur les animaux, l'énergie des contractions cardiaques et l'activité des fonctions se réveillent beaucoup plus vite après l'usage du sang que lorsqu'on emploie de l'eau salée même à fortes doses; les choses se passent de même chez l'homme. Mais quelle difficulté souvent de se procurer du sang humain! Qu'on sache d'ailleurs que, même chez un homme vigoureux, l'extirpation de 300 grammes de sang n'est pas une chose banale, et que l'on a très bien produit des chloroses et des maladies graves chez des gens très robustes qui avaient l'habitude de servir comme transfuseurs.

De quelques nouvelles médications.

L'ICHTHYOL EN GYNÉCOLOGIE. (*Nouveaux remèdes*, 1890.)

Le docteur Freund recommande vivement l'ichthyol pour le traitement des maladies inflammatoires de l'appareil génital de la femme; son action serait supérieure à celle des autres médicaments employés jusqu'à présent. Localement il agirait comme antiphlogistique et analgésique; de plus, il améliorerait notablement l'état général (appétit relevé, digestion améliorée, régularisation des selles).

Il a traité avec succès des paramétrites chroniques, des périmétrites chroniques et subaiguës, des métrites chroniques et des salpingites, des érosions du col, des cicatrices du vagin, le prurigo des organes génitaux externes. Il prescrit l'ichthyol à l'intérieur et simultanément à l'extérieur.

---

(1) Voici d'ailleurs ce que rapporte Carslaw à ce sujet (*Archiv. f. Physiol.*, 1887). L'auteur soumet l'arrière-train de la grenouille à des circulations artificielles de solutions aqueuses de chlorure de sodium dont la concentration est inférieure à 2 p. 100; il constate que ces solutions provoquent toutes dans les muscles des réactions motrices et diminuent en même temps l'excitabilité musculaire. Les solutions les plus faibles, contenant moins de 0,5 p. 100 de chlorure de sodium, provoquent au bout d'une demi-minute environ des accès tétaniques séparés par de courts intervalles de repos, accès se prolongeant pendant plusieurs minutes. L'empoisonnement par le curare diminue le nombre de ces accès; ces tétanos sont d'autant plus énergiques, mais cessent d'autant plus vite, que la pression sous laquelle la solution de chlorure de sodium est injectée est plus forte. Une fois les accès passés, le muscle reste au repos tant qu'on ne l'excite pas; les accès peuvent reparaître si l'on fait une injection d'une solution notablement plus faible que celle qui avait été employée. Les solutions contenant 0,5 à 0,7 p. 100 de sel provoquent des contractions fibrillaires; quand on atteint 1 p. 100, on observe, outre les contractions fibrillaires, un certain degré de contracture qui s'établit graduellement pour disparaître au bout de quelque temps. La solution à 2 p. 100 ne produit plus de contractions fibrillaires, mais seulement un raccourcissement graduel du muscle.

A l'intérieur, trois fois par jour, une dragée de 0,1 d'ichthyol; plus tard la dose est doublée.

A l'extérieur il emploie le mélange suivant :

Sulfo-ichthyolate d'ammoniaque	5 grammes.
Glycérine	100 —

M. D. S. — A appliquer dans le vagin un tampon d'ouate imbibé de cette solution.

Dans le cas où l'on veut hâter la résorption d'un exsudat, on prescrit en outre des frictions sur l'abdomen avec une pommade préparée de :

Ichthyol }	àà
Lanoline }	

Ou avec du savon ichthyolé :

Ichthyol	0,05 cent. à 0,02 cent.
Beurre de cacao	q. s.

Les érosions sont traitées avec le sulfo-ichthyolate d'ammonium pur. L'action de l'ichthyol se manifeste d'abord par l'énergie de la résorption des exsudats (épanchement subaigu dans l'espace de Douglas disparu en seize jours), et ensuite se dessine nettement son effet calmant et antiphlogistique (cessation rapide du ténesme et de l'inflammation de la muqueuse intestinale à la suite des suppositoires). Pas de phénomènes secondaires fâcheux.

Concurremment à l'ichthyol, on peut employer d'autres remèdes. — P. N.

VALEUR COMPARÉE DES DIVERSES PRÉPARATIONS MERCURIELLES DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS A LA CLINIQUE DE WURZBURG, PAR LEXER. (*Lyon méd.*, 1890, 27.)

Au point de vue de la guérison et de la récidive, les frictions avec la pommade mercurielle tiennent le premier rang. Les récidives seraient dans la proportion de 9 p. 100.

L'*unguentum hydrargyri cinereum* de la pharmacopée germanique est au tiers : graisse de porc, 13; suif de mouton, 7; mercure, 10. — P. N.

EMULSION D'HUILE DE FOIE DE MORUE, par GRAHAM. (*Nouveaux remèdes*, 1890, 12.)

Triturez :

Gomme adragante bien pulvérisée	11 gr. 25 c.

avec :

Glycérine	90 grammes.

et ajoutez :

Eau bouillante	q. s. p. f.

Une substance gélatineuse, épaisse, transparente. (Dans la plupart des cas, il suffit de 210 à 300 grammes d'eau.)

Après refroidissement, incorporez lentement au mucilage d'adragante le mélange de :

Eau distillée ou eau de chaux	1 partie.
Huile de foie de morue	3 parties.

On peut émulsionner de la sorte, dans le mucilage, de 1,500 à 2,400 grammes de ce mélange. — P. N.

COURRIER

LA MÉDECINE ILLÉGALE EN BELGIQUE. — Nous lisons dans le *Bulletin médical* :

« Il n'y a pas qu'en France que les charlatans ont beau jeu vis-à-vis d'un public ignorant. Nos confrères de Belgique sont depuis quelque temps scandalisés par un spectacle qui, dans ses grandes lignes, rappelle l'histoire du zouave Jacob.

« Un nommé Goolam Kader, arabe, ou se disant tel, est venu à Bruxelles pour y installer une clinique ophthalmologique. Il a tout d'abord *cherché et trouvé* un monsieur porteur d'un diplôme de docteur belge, destiné à le couvrir contre les rigueurs de la loi, puis il a obtenu — les journaux auxquels nous empruntons ce détail ne le disent pas — un bâtiment public servant il y a peu de temps d'école communale, et dans ce bâtiment il a ouvert sa clinique.

©BIU Santé

« Tous les jours, vers 5 heures, dit le journal *La Clinique de Bruxelles*, on peut voir une quantité innombrable d'aveugles et d'ophthalmiques déboucher de tous les coins de la rue et s'engouffrer sous la vaste porte cochère qui se referme mystérieusement sur eux.

« Un de nos confrères, s'étant glissé dans ce cénacle, nous dit : J'ai été stupéfait du nombre de malades entassés dans la cour et les salles de l'école; je suis certainement au-dessous de la vérité en les évaluant au chiffre de six cents; certains autres jours, ce chiffre, paraît-il, s'élève au-delà de mille.

« Ils sont divisés en deux catégories : les aveugles, dans les salles, les ophthalmiques proprement dits, dans la cour. Ils nous faisaient vraiment pitié, les deux cents malheureux frappés d'une cécité irrémédiable qu'on fait venir tous les jours à travers tous les temps et qu'on berne cyniquement de l'espoir d'une guérison prochaine. Pauvres éclopés dont les uns ont les orbites vides, dont les autres roulent convulsivement des globes éteints, d'autres portent des staphylomes affreux... La catégorie des ophthalmiques est constituée par la liste interminable des granuleux, scrofuleux, enfants atteints de conjonctivites, de kératites, adultes ectropionnés, porteurs de taies et de pannus, des iritis, des conjonctivites sécrétantes, manifestement contagieuses...

« A l'arrivée du célèbre docteur, notre confrère fut reconnu et, comme bien on le pense, expulsé de cette clinique, qu'il dut quitter, poursuivi par les apostrophes des patients qui croyaient que l'on allait les priver de la consultation du docteur. A peine la porte se fut-elle refermée sur lui, que des *hou*! *hou*! formidables firent trembler l'édifice en son honneur.

« Toutefois, deux autres médecins avaient pu assister à la clinique en se faisant passer pour rédacteurs de journaux politiques. A ce titre on leur réserva la meilleure place. Sujet du spectacle : une opération de cataracte. Plus de mille malades sont présents. Une vieille femme est assise sur une estrade. Après un speech bien senti, répété par l'interprète, où il est dit que la femme est aveugle depuis plus de six ans et qu'elle n'a pu trouver, dans aucune clinique, de soulagement à son triste état, Goolam commença gravement l'opération. Il semble que la méthode employée ait été la méthode préhistorique par réclinaison. Après une attente anxieuse de six minutes environ, pendant laquelle on eût pu entendre une mouche voler, tant le silence de l'auditoire était profond, la femme enfin s'écrie qu'elle voit la main de l'opérateur. Formidables cris de triomphe... applaudissements frénétiques... on danse, on s'embrasse... c'est du délire.

« Puis l'opérée disparaît de la scène.

« Mais ce qui fut merveilleux et digne de passer à la postérité la plus reculée, c'est la manière dont fut conduite la consultation donnée à ce millier de malades. Un seul collyre, un seul pinceau... Et ce même pinceau constamment trempé dans le même collyre, passa indistinctement dans deux milles yeux avec une rapidité qui tenait du vertige : en moins d'une demi-heure, tous les malades étaient expédiés et remis au lendemain.

« Nous ne pouvons que nous associer aux sentiments pénibles que de pareils spectacles ont inspirés à nos honorables confrères de Bruxelles. »

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur**. Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauch.t.

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 :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Paul Chéron : L'hémoglobinurie paroxystique. — II. Revue des journaux : Deux cas d'affections rares de la langue. — Sur la valeur thérapeutique de quelques médicaments nouveaux introduits dans la pratique otiatrique. — III. Sociétés et Congrès. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Courrier.

L'hémoglobinurie paroxystique.

On désigne sous le nom d'hémoglobinurie l'excrétion par les urines d'une certaine quantité d'hémoglobine dissoute (Hayem).

Le symptôme hémoglobinurie peut survenir dans des conditions très différentes. Tantôt il se produit dans le cours de certaines maladies, *hémoglobinurie secondaire*; tantôt, comme dans l'*hémoglobinurie toxique*, il est causé par l'action de substances nuisibles sur les globules sanguins; tantôt, enfin, il semble être le principal symptôme d'une entité morbide spéciale, et on a alors affaire à l'*hémoglobinurie paroxystique*.

I

L'hémoglobinurie paroxystique est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Une statistique, dressée par Hénocque, lui a donné les résultats suivants :

De 1 à 10 ans.....	6 cas dont 3 au-dessous de 3 ans.
De 11 à 20 ans.....	6 cas.
De 21 à 30 ans.....	12 cas.
De 31 à 40 ans.....	16 cas, et, de plus, 11 cas d'âge moyen.
De 41 à 50 ans.....	4 cas.
De 51 à 62 ans.....	7 cas dont 2 à 62 ans.

Les causes prédisposantes de la maladie sont très mal connues. Un grand nombre d'auteurs ont trouvé la syphilis et l'impaludisme dans les antécédents de leurs malades, et d'autres sont arrivés à incriminer les mêmes diathèses en s'appuyant sur l'ancien principe hippocratique : *Naturam morborum ostendunt curationes*, le traitement mercuriel et la quinine ayant de bons effets dans beaucoup de cas d'hémoglobinurie. Pour Lépine (*Bull. médical*, 1888, p. 52), même, la syphilis est la condition *sine qua non* de l'hémoglobinurie *a frigore*. Cependant, dans beaucoup de cas, il a été impossible de déceler l'impaludisme ou la syphilis chez les hémoglobinuriques; aussi Delabrosse, étudiant avec soin les observations qu'il a pu recueillir, est-il arrivé à accorder une grande importance pathogénique aux antécédents nerveux; il est vrai qu'il range sous ce chef à la fois le tempérament dit nerveux, les névralgies, les migraines, le rhumatisme chronique et la goutte. Pour M. Alb. Robin, l'anémie joue un grand rôle dans la genèse de la maladie; Ralfe a insisté sur ses rapports avec l'albuminurie intermittente. Enfin il faut encore citer parmi les causes prédisposantes,

©BIU Santé

l'alcoolisme, l'emphysème chronique (Socar), la maladie de Raynaud (Bristowe et Capeman).

La cause occasionnelle qui est le plus souvent indiquée est le froid, soit qu'il s'agisse de l'impression de l'air extérieur, soit que le malade ait été mouillé par la pluie ou par un bain. Dans le cas qu'il a observé, M. Mesnet provoquait un accès en ordonnant au malade de quitter la salle chauffée où il séjournait pour descendre en hiver dans le jardin. Rosenbach arrivait au même résultat en faisant prendre un bain de pieds froid.

MM. Millard, Hayem et Tissier ont étudié une malade qui était, en tout temps, d'une extrême sensibilité au froid, mais présentait deux sortes d'accès. « Lorsque la température extérieure était d'environ 10° au-dessus de 0, elle n'éprouve, en restant à l'air un certain temps, que des crises pour ainsi dire avortées et ébauchées ne se traduisant que par une légère cyanose et un faible frissonnement. Lorsque, au contraire, la température extérieure est plus basse, voisine de 0 degrés, les grands accès se déclarent au bout de une heure à une heure et demie d'exposition à l'air (Hayem) ». Certains malades ont aussi des accès dans le lit, en été, ou dans une chambre chauffée, mais cela s'observe beaucoup plus rarement.

L'action du froid a été démontrée expérimentalement par Ehrlich et d'autres; en liant un doigt à sa base et en le plongeant dans l'eau glacée, on provoque une hémoglobinhémie circonscrite au réseau capillaire superficiel de l'organe.

D'autres causes occasionnelles que le froid agissent pour amener l'hémoglobinurie. Il faut citer l'exercice musculaire, surtout la marche fatigante (Bastianelli, Fleischer), les contrariétés et les frayeurs (Lehsen), la ménopause (Stevens) et enfin les les excès vénériens.

II

Un grand nombre de théories ont été proposées pour expliquer l'hémoglobinurie paroxystique. Deux seulement méritent d'être discutées : la théorie de l'hémoglobinhémie et la théorie rénale.

1° *Théorie de l'hémoglobinhémie.* — Elle se base surtout sur ce fait que l'hémoglobinhémie existe dans l'hémoglobinurie toxique et symptomatique. Mais, pour que l'on puisse admettre cette pathogénie dans la forme paroxystique, il faudrait (Giraudeau) : 1° que l'on ait constaté dans ce cas l'existence de l'hémoglobinhémie; 2° que l'on ait trouvé l'agent producteur de l'altération globulaire comme dans les autres variétés d'hémoglobinurie. Or, ces deux conditions sont loin d'être remplies.

Tout d'abord, il y a beaucoup d'observations où l'état du sérum sanguin n'a pas été noté. Dans d'autres faits, tantôt on a noté que le sérum était normal, tantôt l'hémoglobinhémie a été rencontrée. Lépine et Ehrlich ont nettement constaté cette hémoglobinhémie que le second a pu reproduire expérimentalement en procédant comme nous l'avons exposé plus haut. En examinant le sang de la malade de M. Millard, M. Hayem a vu que le sérum avait une teinte rouge cerise laquée, assez foncée, mais que ce phénomène se produisait d'une manière constante, aussi bien dans l'intervalle des accès que pendant leur cours. En général, la coloration du sérum était plus foncée dans cette dernière circonstance; cependant, une des prises de sang faites en dehors des accès a laissé se former un sérum tout aussi teinté, sinon plus, qu'au moment de l'accès précédent. Les mêmes constatations

ont été faites chez le malade de M. Mesnet. Si le plasma sanguin dissolvait continuellement l'hémoglobine des globules, il y aurait une anémie à marche progressive; or, cette anémie n'existe pas, et elle est simplement proportionnelle aux décharges d'hémoglobine par les urines qui équivalent à une certaine perte de sang.

Enfin, quand on examine le sang pur au microscope, on constate qu'il y a dissolution d'un certain nombre de globules rouges, et cela nous permet de surprendre sur le fait le mécanisme de la coloration du sérum. Pour M. Hayem, le plasma est altéré chimiquement dans ses matières albuminoïdes, et, ce qui le prouve, c'est qu'il y a redissolution rapide du caillot seulement au moment des accès. Voici, d'après lui, ce qui se passe : « Le plasma du sang circulant, tout en étant altéré, ne dissout pas les globules rouges. Mais, dès que le sang est sorti des vaisseaux, ce plasma fournit pendant la coagulation un sérum qui est normal et qui attaque un certain nombre d'hématies pour en faire transsuder l'hémoglobine. Dès que ce sérum a acquis de nouvelles propriétés physiques par suite de cette dissolution, il devient de nouveau propre à conserver les hématies et le processus s'arrête. »

En fait, le sang n'est pas coloré quand il est dans les vaisseaux; la dissolution des globules ne se fait que consécutivement à sa sortie des vaisseaux. On ne constaterait dans les examens *in vitro* qu'une fausse hémoglobinhémie. Du reste, pour M. Hayem, la participation des reins est nécessaire pour que l'hémoglobinurie se produise. La sensibilité particulière des malades au froid pourrait dépendre de l'altération du sang qui « entretiendrait peut-être, par l'intermédiaire du système nerveux, un état particutier de réaction au froid » (Hayem).

M. Lépine a soutenu la théorie de l'hémoglobinhémie, et une discussion a eu lieu sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux. M. Hayem a répondu à M. Lépine qu'il était très difficile de recueillir un sérum absolument privé de globules rouges et d'hémoglobine (ce que M. Lépine a du reste reconnu), que, par suite, les observations où on a noté l'état non coloré du sérum avaient une grande valeur, et qu'enfin, dans un cas d'hémoglobinurie paroxystique, l'absence d'hémoglobinhémie avait été démontré; la maladie étant une en clinique, on peut admettre qu'il en est ainsi chez tous les malades.

Ponfick a aussi admis l'hémoglobinhémie qui se produirait sous l'influence du rhumatisme. La rate se tuméfie en s'emparant du stroma des globules, tandis que la matière colorante se rend au foie, qui la transforme en matière colorante biliaire. Si sa quantité dépasse 1/60 de la quantité totale de l'hémoglobine en circulation, l'hémoglobinurie apparaît.

Pour Rodet « il se produit, sous l'influence du froid, un resserrement extrême des artérioles et des capillaires de la peau, et, dans ce réseau périphérique, difficilement perméable, complètement oblitéré peut-être en certains points, une accumulation, un tassement des globules rouges les uns contre les autres et contre les parois vasculaires, au point de provoquer leur dissociation et la dissolution de l'hémoglobine. Et, s'il en est ainsi, l'hémoglobinurie paroxystique est due à une exagération de l'excitabilité des vaso-constricteurs sous l'influence du froid. Cette ischémie cutanée explique facilement le frisson, l'engourdissement, la cyanose, elle diminue brusquement la perte de chaleur périphérique, et produit ainsi l'élévation de température ».

©BIU Santé

Lichtheim, Murri, Ehrlich, Henrot sont aussi partisans de l'hémoglobinhémie. Nous jugeons inutile d'insister sur leurs travaux, car les recherches d'Hayem nous semblent avoir démontré l'absence de ce phénomène dans l'hémoglobinurie paroxystique.

2° *Théorie rénale.* — M. Hayem, nous l'avons dit, admet que le rein joue un rôle important dans la pathogénie de l'hémoglobinurie. Pour lui, au moment où éclatent, sous l'influence du froid, les violentes perturbations vaso-motrices qui se traduisent par le rétrécissement des artères périphériques, le sang se porte en abondance vers les organes internes, et notamment dans le parenchyme rénal. La fluxion du rein se juge, en quelque sorte, tantôt par une simple poussée d'albuminurie, tantôt par une décharge d'albumine dissoute, et il est vraisemblable que cette variabilité dans la solution de la crise dépend, non seulement de l'intensité de la congestion, mais aussi du degré plus ou moins marqué de l'altération du sang ; on peut penser, en effet, que cette altération est de nature à augmenter sous l'influence du refroidissement de la surface du corps et que, par suite, elle est d'autant plus prononcée que ce refroidissement est plus vif et plus durable. Peut-être aussi cette modification chimique du sang provoque-t-elle la dissolution d'un certain nombre de globules rouges lorsque le sang est en stagnation dans le réseau où siège la congestion.

M. Lépine croit que l'hémoglobinurie paroxystique peut dépendre soit de l'hémoglobinhémie, soit d'un processus rénal. Dans ce cas, les hématies qui arrivent dans les glomérules après une congestion rénale y rencontrent une urine très diluée qui les dissout, mais, dès qu'il a passé une quantité suffisante de plasma, ils ne se détruisent plus. Si la plupart des brightiques ont des hématuries, c'est que les globules ne passent pas à l'origine des voies urinaires ou qu'il arrive en même temps qu'eux une proportion assez grande de plasma. M. Lépine a, du reste, prouvé expérimentalement qu'une altération rénale peut, à elle seule, produire l'hémoglobinurie.

M. Robin soutient la pathogénie suivante : Les globules rouges sont altérés par un trouble nutritif général dépendant de la syphilis, de l'impaludisme, de l'uricémie, etc. Au moment de l'accès, il y a une poussée de congestion rénale passagère, directe ou réflexe, et les globules rouges malades se détruisent parce qu'ils sont privés de leur plasma. A cette conception on pourrait opposer, avec M. Rendu, que souvent l'état de santé des malades est excellent au moment où se produisent les crises.

Nous n'avons pas à insister sur la théorie parasitaire, bien que Babès ait trouvé des bactéries dans l'hémoglobinurie paroxystique du bœuf. Les recherches d'Hayem et Lesage, chez l'homme, n'ont permis de trouver aucun micro-organisme. Cependant, une variété d'hémoglobinurie paroxystique pourrait dépendre d'une espèce de nématodes (Baginsky).

Actuellement, il reste encore quelques points obscurs dans la pathogénie de l'hémoglobinurie paroxystique; cependant, on peut admettre : 1° que l'hémoglobinhémie ne la précède pas; 2° qu'il y a probablement participation du rein; 3° que le sang est altéré. De nouvelles recherches permettent de fixer nettement ce qui dépend du sang et ce qui dépend du rein dans la production du phénomène.

III

L'anatomie pathologique de l'hémoglobinurie paroxystique n'existe pour ainsi dire pas, la maladie n'entraînant presque jamais la mort, aussi les

examens anatomiques ont-ils été faits dans des hémoglobinuries toxiques.

Cependant, il faut citer les lésions trouvées par Alb. Robin chez une femme morte d'urémie avec hémoglominurie à la fin d'une néphrite interstitielle. Les reins étaient énormément congestionnés, surtout au niveau des pyramides. Au microscope, Renaut constate, outre l'artério-sclérose et la néphrite interstitielle, un œdème aigu congestif qui s'était produit par îlots au niveau desquels de nombreux globules blancs vivants et actifs séparaient les tubuli. Beaucoup de glomérules et de tubes de Henle étaient remplis de ces globules.

Des altérations analogues auraient été constatées par M. Dieulafoy dans les reins d'une jeune femme morte pendant un accès d'hémoglobinurie paroxystique.

IV

Les accès caractéristiques de l'hémoglobinurie débutent par un frisson plus ou moins intense, avec malaise général, vertiges, douleur dans la tête, le thorax et les lombes, sensation d'affaiblissement, etc. Parfois (Kohler et Obermayer) il y a perte de la sensibilité des membres supérieurs et inférieurs jusqu'aux coudes et aux genoux. En même temps, le malade se cyanose et la température s'élève pour atteindre de 38 à 40°; en général, l'ascension et la défervescence sont rapides et la chaleur revient en peu de temps à la normale. Chez quelques malades, la fièvre manque dans certains accès.

Au début, les urines sont rares ou font défaut, puis elles augmentent de quantité en se foncant progressivement et prennent la teinte de vin de Malaga, de jus de pruneaux. Au moment de la fin de l'accès, la teinte revient peu à peu à la normale. La gamme ascendante peut manquer et la teinte être d'emblée très foncée. L'urine renferme toujours de l'albumine et donne au spectroscope les deux raies de l'oxyhémoglobine. Les globules rouges sont absents ou très rares; mais, très souvent, il se dépose, quand le liquide est au repos, un sédiment brunâtre et granuleux qui semble parfois formé d'amas de cylindres. Naturellement, l'examen microscopique est indispensable pour distinguer l'hémoglobinurie de l'hématurie. Quelquefois, dans cette dernière, les globules rouges laissent échapper leur stroma et tombent au fond du vase. On retrouve facilement ce stroma en traitant une goutte du dépôt placée sur le porte-objet par de l'eau iodo-iodurée ou une solution d'hématoxyline (Hayem).

Outre l'oxyhémoglobine, l'urine renferme de la méthémoglobine et, rarement, de l'hématine. M. Hayem a évalué à 7 p. 100 d'urée la quantité de matière colorante rendue. Le chiffre de l'urée est variable, les oxalates sont parfois en quantité élevée; enfin, l'albuminurie persiste, dans quelques cas, deux ou trois jours après la cessation de l'hémoglobinurie. Le sédiment renferme surtout des cylindres hyalins souvent colorés en brun, des globules blancs avec des granulations pigmentaires, quelquefois des cristaux d'hématoïdine.

Tantôt les globules sanguins paraissent sains, tantôt ils sont altérés. Murri a noté que, au moment des accès, ils prenaient la forme d'anneaux à centre transparent, se brisaient; se plissaient ou s'enroulaient; Bristowe et Copeman les ont vus crénelés et difformes. Beaucoup d'auteurs ont remarqué que les hématies avaient peu de tendance à se disposer en piles de monnaie. M. Hayem a vu un petit nombre de globules devenir sphériques,

©BIU Santé

perdre leur hémoglobine et se transformer en chlorocytes, puis en achromatocytes. Dans un autre cas, le réticulum fibrineux s'épaississait légèrement au moment des accès et, deux jours après la crise, il y avait une poussée d'hématoblastes et de globules nains.

Hénocque, Kohler et Obermayer ont noté la diminution de la quantité d'hémoglobine pendant l'accès, et ce dernier, ainsi que Gœtz, ont trouvé à ce moment le nombre des globules abaissé.

Parfois l'accès d'hémoglobinurie est intense et s'accompagne d'un certain nombre de phénomènes nouveaux. Du côté de la peau, on a constaté l'urticaire, l'œdème aigu, le purpura, les ecchymoses phlycténoïdes, des gangrènes partielles du nez, des joues et des oreilles. Le gonflement de la rate et du foie s'observe fréquemment et s'accompagne de douleurs; l'ictère est rare, mais parfois très intense, et dépend sans doute, comme dans l'hémoglobinurie expérimentale, de l'épaississement de la bile, qui se charge de matière colorante.

Dans certains cas, la crise avorte et tout se borne à des frissonnements avec une courbature légère, et à l'émission d'une urine un peu albumineuse avec ou sans hématurie (Hayem).

A la fin de l'accès, il est habituel d'observer des sueurs accompagnées d'une soif vive.

La durée d'une crise varie de quelques heures à deux ou trois jours, selon que le malade se soigne ou est négligent. En général, la maladie se produit l'hiver pour diminuer d'intensité ou cesser durant l'été; cependant, un accès peut être séparé du suivant par un long intervalle que l'on a vu s'étendre jusqu'à dix-huit ans. La guérison est habituelle et Hénocque n'a relevé que quatre cas de mort. Dans un de ces cas, la terminaison fatale a été amenée par une lésion du rein, et il faut bien savoir que, si cette lésion doit être généralement regardée comme antérieure à l'hémoglobinurie, cette dernière, provoquée expérimentalement, altère rapidement le filtre rénal; il est vrai qu'alors il y a hémoglobinhémie.

Le traitement de la maladie doit tout d'abord s'adresser à sa cause prédisposante supposée (Alb. Robin); c'est ainsi que, dans le cas de syphilis, on emploiera le traitement spécifique que, dans l'impaludisme, on ordonnera la quinine et qu'on prescrira les ferrugineux dans l'anémie. Naturellement, les malades devront éviter le froid avec le plus grand soin et, au moment des crises, on les maintiendra au lit en même temps qu'on les mettra au régime lacté. Dans l'intervalle des paroxysmes, il suffira de défendre les alcools, les aliments oxaliques, ceux qui sont riches en matières extractives; enfin, ceux qui agissent spécialement sur le rein (thé, café, asperges, etc.). On a essayé d'habituer les malades à supporter les refroidissements (Ralfe), mais ce traitement préventif n'a pas donné de bons résultats.

Paul CHÉRON.

REVUE DES JOURNAUX

Deux cas d'affections rares de la langue : 1° urticaire; 2° tumeurs hémorrhagiques, par le docteur BOCK (*Revue de laryngologie*, 1890, 17). — Le malade qui fait l'objet de la première observation fut subitement atteint d'un gonflement considérable de la langue. Elle remplissait toute la bouche, sa coloration était bleuâtre, brillante, luisante même; sa consistance était dure, élastique; pas de chaleur anormale,

douleur et cuisson. La rapidité du développement de cet œdème, l'absence de tout traumatisme, l'aspect particulier de la langue et la connaissance de fréquentes attaques d'urticaire firent porter le diagnostic d'urticaire linguale.

Cette affection, qui disparut rapidement, peut donner lieu à des phénomènes subits excessivement graves.

Le second cas est celui d'un homme de 35 ans, tuberculeux et ataxique, qui présente de temps en temps de petites tumeurs intra-linguales, dures, élastiques, non douloureuses, occupant généralement l'épaisseur de l'organe et disparaissant entre dix ou quinze jours. L'absence de frémissement, la disparition rapide, la répétition fréquente de ces tumeurs, font exclure l'idée d'anévrysmes. L'auteur pense qu'elles sont nettement hémorrhagiques, consécutives à une altération vasculaire probablement due à des tubercules miliaires. — P. N.

Sur la valeur thérapeutique de quelques médicaments nouveaux introduits dans la pratique otiatrique (*Revue de laryngologie*, 1890, 17). — L'auteur s'élève avec raison contre certaines tendances à prôner en otiatrie des médicaments nouveaux dépourvus en réalité de toute action.

Le menthol, l'acéto-tartrate d'alumine, le sublimé, l'acétate d'alumine en solution n'agissent comme calmants dans la furonculose du conduit qu'après l'incision du furoncle. La glycérine phéniquée n a donné à l'auteur dans l'otite moyenne aiguë ou suppurée que des résultats médiocres. Les solutions de créoline sont à rejeter dans le traitement des otites moyennes suppurées; mais la pommade à la créoline (1 : 50) est un topique excellent dans l'eczéma aigu du conduit et du pavillon.

Les poudres d'iodol, de salicylate de bismuth, d'aristol, l'acide lactique en solution à 15 p. 100, tous les médicaments préconisés récemment dans le traitement de l'otorrhée ne lui ont donné que les plus médiocres résultats.

Il a usé des injections de solution de cocaïne *per tubam* dans 14 cas de bourdonnements rebelles au traitement ordinaire : l'échec a été complet. Mais le massage employé dans certains cas déterminés lui a paru avoir une heureuse influence. — P. N.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LYON (1er SEMESTRE 1890).

Sommaire : Un nouveau procédé de sutures tendineuses. — Sur les microbes de l'ostéomyélite aiguë infectieuse.

Parmi les difficultés que peut présenter la suture des tendons, il en est une qui s'observe assez fréquemment comme peuvent en témoigner ceux qui ont fait ce genre d'opérations. Souvent, au moment où l'on serre la suture (qu'il s'agisse de fil de soie, de catgut et *a fortiori* de fils métalliques), le fil destiné à réunir les deux bouts en dissocie les fibres, coupe, comme on le dit, et la réunion est manquée. On recommence alors la manœuvre jusqu'à ce que l'on réussisse; mais un échec définitif partiel ou total est parfaitement possible.

C'est pour remédier à cet accident que M. Gangolphe a cru utile de publier un petit procédé qui lui a donné récemment un excellent résultat. Les conditions défavorables à la suture sont tantôt la gracilité et la structure aplatie, fasciculaire des tendons; tantôt la rétraction considérable du bout central; quelquefois la puissance de la contraction musculaire fera sauter un point laborieusement placé; dans d'autres cas, enfin, le traumatisme lui-même aura non seulement coupé, mais encore effiloché le tendon sur une étendue plus ou moins grande. Exemple : les tendons extenseurs des doigts sectionnés se rétractant généralement moins facilement que ceux des fléchisseurs, il est plus facile de mettre leurs extrémités en rapport; mais à cause de leur forme aplatie, de leur structure plus nettement fibrillaire, les fils, surtout, s'ils sont métalliques, les diminueront facilement.

Les tendons fléchisseurs, arrondis en cylindre, à texture plus serrée, résistent davan-

©BIU Santé

tage; mais il est généralement nécessaire d'exercer une traction énergique à cause de leur rétraction plus marquée, d'où possibilité de la production du même accident. Pratique-t-on la suture d'un tendon régi par un groupe musculaire puissant, le tendon d'Achille, par exemple, on peut voir sauter une réunion presque entièrement achevée, par suite d'une contraction brusque et involontaire du sujet complètement anesthésié.

Enfin, comme l'a dit plus haut M. Gangolphe, le tendon peut être coupé et effiloché par le traumatisme.

Un malade du service de M. Gangolphe, pour une plaie contuse du dos de la main produite par une bielle de machine à vapeur, offrait un exemple type de ce genre de difficulté. La peau de toute la région dorsale de la main et du poignet, déchirée, rétractée sous forme de lambeaux enroulés, laissait à nu les tendons intacts, à l'exception de celui de l'extenseur propre de l'index, qui était coupé et effiloché sur une longueur de 4 ou 5 centimètres. La plaie, pansée antiseptiquement la veille, fut de nouveau lavée et soigneusement désinfectée et débarrassée des débris de tissu cellulaire et de caillots. Anesthésie à l'éther; applications de la bande d'Esmarch, de manière à refouler vers la périphérie le bout central; ce dernier facilement est retrouvé, mais l'emploi de la suture ordinaire est impossible à cause de l'état de dilacération du bout périphérique; ce dernier n'aurait pas pu même être anastomosé à un tendon voisin; il est évident que l'on ne pouvait pas non plus songer à dédoubler le bout central pour l'allonger.

M. Gangolphe a eu recours alors au procédé suivant : une pince de Spencer-Wells saisit, en les réunissant, les fibrilles tendineuses du bout périphérique; de chaque côté de ce paquet, et à peu de distance de son extrémité, M. Gangolphe fait deux très petites encoches à l'aide de ciseaux, de manière à établir comme des crans d'arrêt. Il applique ensuite en ce point une ligature serrée avec un fil de catgut; même manœuvre pour le bout central. Ceci fait, M. Gangolphe suture à l'ordinaire les deux bouts tendineux, en serrant aussi vigoureusement qu'il le veut et sans crainte de voir le fil glisser en dissociant, puisqu'il est arrêté et maintenu par les deux ligatures circulaires préalables.

Cet artifice peut, à l'avis de M. Gangolphe, rendre de très grands services non seulement dans ces cas, mais encore dans des circonstances où la suture ordinaire peut être employée. En ce qui concerne le tendon d'Achille, par exemple, la ligature préalable d'une partie de ce tendon, tout en consolidant la suture, aurait pour avantage incontestable de la faciliter en maintenant absolument en contact les deux bouts jusqu'à ce que l'opération soit terminée.

Si l'on n'a pas à craindre la nécrose de la petite extrémité liée, on peut se demander si l'épaississement tendineux résultant de la ligature est sans inconvénient lorsqu'il s'agit de tendons glissant comme les fléchisseurs dans des gaines souvent étroites.

Pourrait-on déterminer ainsi de véritables doigts à ressort? M. Gangolphe ne le croit pas, car l'expérience journalière, en nous enseignant la disparition progressive par l'exercice d'adhérences, de néoplasies inflammatoires, nous permet de penser qu'il en serait de même pour les petits nodules produits par la suture précédée de ligatures au catgut.

MM. Courmont et Jaboulay ont présenté à la Société des sciences médicales une étude expérimentale comparée de l'ostéo-myélite à streptocoques et de l'ostéo-myélite à staphylocoques.

Le staphylocoque pyogène entrevu par Lücke, Klebs, Eberth dans les foyers d'ostéo-myélite infectieuse, cultivé et identifié au microbe du furoncle par Pasteur en 1880, décrit ensuite par Max Schuller, Nepveu, Rosenbach, etc., n'a été étudié expérimentalement qu'à partir de 1883. A cette époque, Becker pratiqua des inoculations intra-veineuses chez le lapin, et observa la suppuration dans un os fracturé.

En 1884, Fedor Krause entrevit la suppression de l'os sans traumatisme, mais affirma ne pouvoir assimiler ces lésions expérimentales à l'ostéo-myélite de l'homme. Il faut arriver jusqu'aux travaux de M. Rodet, en 1885, pour trouver la preuve expérimentale du rôle joué par le staphylocoque pyogène dans la production de l'ostéo-myélite aiguë infectieuse juxta-épiphysaire. C'est, en effet, M. Rodet qui reproduisit le premier, chez

le lapin, et sans traumatisme osseux, la véritable ostéo-périostite juxta-épiphysaire des adolescents en introduisant quelques gouttes de culture pure dans le système veineux de sujets suffisamment jeunes.

La même année, il inspira la thèse de M. Jaboulay, où l'on peut trouver, entre autres choses bien établies, la démonstration expérimentale de l'identité des deux variétés albus et aureus. A partir de 1885, il est démontré que le staphylocoque pyogène est l'agent producteur spécifique de l'ostéo-myélite aiguë juxta-épiphysaire.

Au mois de mars 1890, MM. Lannelongue et Achard publient une note tendant à prouver : 1° que le staphylocoque blanc peut, à lui seul, produire l'ostéo-myélite; 2° que cette affection peut également être due à l'action de streptocoques. MM. Rodet et Courmont répondirent que la première proposition était démontrée depuis 1885, et qu'il fallait fondre en une seule espèce le staphylococcus pyogenes aureus et l'albus; qu'en second lieu, MM. Lannelongue et Achard n'apportant que des observations sans contrôle expérimental, la question de l'ostéo-myélite à streptocoques était posée, mais non résolue.

MM. Courmont et Jaboulay ont réussi à la résoudre expérimentalement. Il ont commencé par reprendre les expériences de M. Rodet pour avoir sous les yeux un terme de comparaison. En inoculant deux gouttes de culture virulente de staphylocoque pyogène dans le système veineux de jeunes lapins, sans faire subir de traumatisme au système osseux, on voit les animaux dépérir au bout de quarante-huit heures et présenter, avec une température rectale de 40 à 41°, de la tuméfaction douloureuse d'un ou des deux genoux. La mort survient au bout de huit jours, en moyenne, et l'autopsie décèle les lésions suivantes : abcès constants dans les deux reins; abcès fréquents dans les muscles, et spécialement dans le muscle cardiaque; arthrite séro-purulente d'un ou des deux genoux et quelquefois de l'épaule; congestion de la région juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur correspondant. En décollant le périoste, on constate l'existence d'une périostite manifeste de cette région, de minces parcelles osseuses restent adhérentes au périoste; cette membrane enlevée, on se trouve en présence d'un gros séquestre; en tout cas, le décollement de la diaphyse et de l'épiphyse s'opère sans efforts. On peut voir alors d'autres séquestres situés également dans la diaphyse juxta-épiphysaire et baignant dans une très petite quantité de pus; l'épiphyse et le cartilage de conjugaison sont indemnes, le pus fuse très rarement dans la cavité médullaire. En somme : périostite, séquestres volumineux, suppuration peu abondante de la région juxta-épiphysaire de la diaphyse; arthrite séro-purulente fréquente; intégrité de l'épiphyse, du cartilage de conjugaison et de la moelle.

MM. Courmont et Jaboulay ont suivi une marche absolument analogue pour expérimenter un streptocoque pyogène recueilli directement par eux dans un phlegmon du bras. Ce microbe a été propagé avec sa virulence dans des cultures de bouillon salé et peptonisé à 35°, fréquemment renouvelées. Ils ont introduit quatre gouttes de ces cultures dans le système veineux de lapins âgés d'un mois et demi environ, en ayant soin de ne produire aucun traumatisme osseux. Dès le lendemain, les animaux étaient manifestement malades; au bout de six à huit jours, ils succombaient sans que leur température rectale eût atteint 40°, sans avoir présenté aucune tuméfaction douloureuse osseuse ou articulaire.

A l'autopsie, abcès discrets des reins, pas d'abcès musculaires; les articulations et les os paraissent sains; pas de périostite ni de tendance au décollement des épiphyses. Mais si on fend longitudinalement le fémur, on constate, d'un seul ou des deux côtés, une grosse masse purulente occupant le canal médullaire au voisinage du cartilage de conjugaison et fusant plus ou moins vers le milieu de la diaphyse, sans toutefois l'atteindre. L'épiphyse, le cartilage de conjugaison, la lamelle osseuse diaphysaire qui borde ce cartilage sont sains. L'extrémité supérieure des fémurs, des tibias et des humérus présente le plus souvent des lésions semblables. Dans un seul cas, MM. Courmont et Jaloubay ont vu un séquestre diaphysaire de l'extrémité inférieure du fémur et une fusée purulente allant jusque dans l'articulation du genou. En somme, abcès médullaire avec pus abondant dans les régions juxta-épiphysaires, sans altération du tissu

©BIU Santé

osseux proprement dit (sauf un cas), sans périostite, sans décollement des épiphyses. Le pus, ainsi que le sang du cœur, fournissent des cultures pures de streptocoques.

MM. Courmont et Jaboulay ont ensuite expérimenté un streptocoque puisé directement par eux dans le sang d'une femme morte de septicémie puerpérale et entretenu avec les précautions sus-indiquées. Ils ont opéré de même avec des cultures et des lapins de même âge que pour le streptocoque pyogène. La mort survient au bout de six à huit jours, sans que la température ait atteint 40°, sans que les os et les articulations aient présenté quoi que ce soit d'anormal à l'examen pendant la vie.

A l'autopsie, les reins sont le siège de quelques traînées purulentes; on ne trouve pas d'abcès musculaires. Les articulations, le périoste sont sains, les épiphyses n'ont pas la moindre tendance à se décoller. Si on fend les fémurs dans leur longueur, on aperçoit dans la moelle juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure de petits abcès collectés, arrondis, comme enkystés. Toutes les parties avoisinantes du tissu osseux, le cartilage de conjugaison, l'articulation du genou sont sains. Des abcès semblables se montrent le plus souvent dans l'extrémité supérieure des fémurs, des tibias et des humérus. En somme, lésions identiques avec celles du streptocoque pyogène, si ce n'est que le pus est collecté en petits abcès, arrondis et comme enkystés. Le pus et le sang du cœur fournissent de belles cultures pures.

Les conclusions qu'ont tirées de leur important travail MM. Courmont et Jaboulay sont les suivantes :

La suppuration dans les os, l'ostéo-myélite prise dans son sens le plus large peuvent être causées par plusieurs espèces microbiennes.

Le staphylocoque pyogène, les streptocoques pyogène et puerpéral, introduits dans le système veineux de jeunes lapins, produisent, sans traumatisme préalable, de la suppuration osseuse.

Le staphylocoque pyogène s'attaque directement au tissu osseux proprement dit des régions juxta-épiphysaires, produit de la nécrose, de la périostite, et une suppuration très discrète, quelquefois de l'arthrite; il reproduit, en un mot, traits pour traits, l'ostéo-périostite juxta-épiphysaire de l'homme. Les régions malades sont le siège d'un gonflement douloureux pendant la vie.

Les streptocoques pyogène et puerpéral s'attaquent directement à la moelle osseuse, au voisinage des régions juxta-épiphysaires, laissant intacts le tissu osseux, le périoste, l'articulation, ne produisant donc aucun gonflement douloureux de la région pendant la vie. La lésion est franchement suppurée dans les deux cas, plus diffuse lorsqu'elle est produite par le streptocoque pyogène.

Il existe donc des ostéo-myélites, comme il existe des suppurations, des septicémies, des tuberculoses, mais ces ostéo-myélites paraissent vouloir se distinguer entre elles par le siège des lésions expérimentales et la nature des symptômes qui en résultent. Il est présumable que ces variétés existent en clinique; il faut s'efforcer de les distinguer; le rôle de la clinique est de chercher des variétés dans les anciens types morbides au fur et à mesure que la médecine expérimentale multipliera les espèces microbiennes causales. Ce n'est pas la spécificité microbienne qui est minée par ces découvertes, mais bien la limitation des types cliniques qui ne cadrent plus qu'incomplètement avec la multiplicité des microbes spécifiques. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 septembre — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de MM. Bertin et Pic (de Nantes), pour une communication au sujet de leurs expériences sur le vaccin de chèvre;

2° Une lettre de remerciement de M. Kalendéro (de Bucarest), nommé membre correspondant;

3° Un mémoire de M. Berthier sur la fausse vaccine et le critérium de la vaccine réussie ;

4° Un travail du docteur Pigeon (de Fourchambault), intitulé : « Pourquoi les marques consécutives à la variole sont-elles généralement plus prononcées chez les vaccinés que chez les non-vaccinés? »

Persistance du canal de Nuck avec hydrocèle réductible. — M. Tillaux lit un rapport sur un travail relatif à ce sujet, communiqué par M. Richelot. MM. Duplay et Rubère ont contesté la possibilité de la persistance du canal de Nuck; les prétendues hydrocèles congénitales de la femme observées à ce niveau seraient soit des hydrocèles herniaires soit des kystes simples des grandes lèvres. L'observation de M. Richelot montre cependant qu'une hydrocèle réductible peut être due à la persistance du canal de Nuck, car, en opérant une tumeur inguinale prise pour une hernie, on constata qu'il y avait communication entre la cavité de la tumeur et le péritoine par un orifice très étroit, incapable de livrer passage à l'intestin. Le conduit séreux se prolongeait jusqu'à la grande lèvre et s'insérait à sa face profonde. Bien que l'opération ait été pratiquée sans nécessité absolue, il était légitime d'obéir au désir de la malade, car l'antisepsie permet d'éviter tout danger dans les cas de ce genre.

— M. Javal commence la lecture d'un mémoire sur *la dépopulation de la France*. Nous le résumerons lorsqu'il sera connu en son entier.

Insuffisance du traitement marin chez les scrofuleux. — Voici la communication faite sur ce sujet par M. Iscovesco :

« On a dit que la mer avait une action si marquée sur les tuberculoses locales, que ces affections ne s'observaient jamais ou presque jamais sur les marins.

« Cependant j'ai vu à Berck un enfant né et élevé au bord de la mer, faire, à l'âge de dix ans, une coxalgie double. J'ai vu chez des gens nés et élevés à Berck, à plusieurs reprises, des adénopathies tuberculeuses. A l'hôpital de Berck on assiste fréquemment au développement de tuberculoses locales chez des enfants qui ne présentaient aucune lésion auparavant ou bien chez des enfants qui avaient déjà une autre tuberculose locale. J'ai assisté à l'effondrement d'une colonne vertébrale, après dix-huit mois de séjour, chez nn enfant qui nous avait été envoyé avec une tumeur blanche du genou. Le mal de Pott s'était développé et avait évolué silencieusement à l'hôpital de Berck même.

« Les rechutes de coxalgie sont fréquentes au bord de la mer. Il est très rare qu'une coxalgie y évolue sans qu'une ou deux rechutes viennent prolonger la durée de la maladie.

« Du reste, il suffit d'exercer quelque temps au bord de la mer pour voir combien ce genre de rechutes est fréquent. Quant aux coxalgies en cours d'évolutions, j'ai vu plusieurs fois des enfants amenés au bord de la mer dans une gouttière et ne présentant aucun phénomène douloureux, avoir bientôt des crises nocturnes et de la douleur le jour. Les coxalgiques mettent de trois à quatre ans pour guérir à Berck et la durée moyenne de leur séjour est de 458 jours.

« D'après les statistiques du docteur Cazin, sur 619 cas de coxalgie soignés à Berck, il n'y a eu que 397 guérisons, c'est-à-dire 64 p. 100, chiffre qui est vraiment peu satisfaisant. Et encore combien, parmi les enfants renvoyés comme guéris de Berck, n'en retrouve-t-on pas quelques mois après dans les services de Paris! La mer n'a même pas une action manifeste sur les abcès secondaires, ceux-ci se produisent à Berck aussi fréquemment que n'importe où.

« La mer n'a aucune action sur les ostéites ou ostéo périostites. « Il faut, dit le docteur Cazin, que la plupart du temps la chirurgie intervienne et enlève la portion d'os malade ». l est vrai cependant qu'une fois l'intervention faite, le séjour des enfants au bord de la mer rend les récidives beaucoup plus rares et consolide la guérison en améliorant l'état énéral.

« Pour les *gommes* et *abcès froids* la mer n'entraîne jamais leur guérison. « Il faut, dit le docteur Cazin, que la chirurgie vienne par l'ouverture, le râclage et la cautérisation, purger les tissus des fongosités tuberculeuses. » Le *lupus* est presque toujours aggravé. Les *engelures*, que M. Cazin et moi, avons prouvé être souvent des ulcérations

©BIU Santé

tuberculeuses, ne sont pas enrayées par le séjour au bord de la mer et s'y montrent aussi tenaces qu'avant.

« Pour les *adénites* la proportion des guérisons est de 75 p. 100 d'après le docteur Cazin. Dans ce chiffre rentrent le grand nombre d'adénites qui guérissent n'importe où, sans traitement. Et encore, à l'hôpital de Berck, on intervient le plus souvent possible. Ce chiffre est donc absolument insuffisant surtout avec une moyenne de séjour, de 449 jours. Les résultats que donne le traitement maritime sont donc absolument insuffisants, quand le chirurgien n'intervient pas ; je suis convaincu que bon nombre de guérisons sont dues au moins autant au bistouri qu'à la mer.

« Il est cependant deux cas ou la mer fait merveille :

« 1° Le rachitisme ;

« 2° Le lymphatisme sans lésions tuberculeuses actuelles.

« Je crois donc pouvoir dès maintenant formuler les indications du traitement marin de la façon suivante :

« 1° Il faut rigoureusement proscrire la mer dans toutes les tuberculoses locales douloureuses ou présentant des tendances inflammatoires.

« 2° La mer agit surtout dans les deux premiers mois, à partir de ce moment l'augmentation de l'appétit disparaît et les enfants retombent dans l'état antérieur à leur arrivée.

« Peut-être obtiendrait-on des résultats plus favorables qu'à Berck sur une plage où il y aurait de la végétation et où on pourrait, pour ainsi dire, exposer les enfants à un air maritime mitigé. »

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ernest Hardy, chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine de Paris.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé*. Un verre à liqueur aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels ; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

Bulletin bibliographique.

Action de la glace et de l'eau froide dans le traitement de la diphthérie, par le docteur Bleynie, professeur honoraire de l'Ecole de Limoges.

Cet ouvrage se trouve à Limoges, chez Vve H. Ducourtieux, 7, rue des Arènes.

Sur le traitement hydro-minéral des maladies des voies respiratoires chez les enfants, par le docteur Marcellin Cazaux.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. I. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. A. Bayet : Hémato-chylurie non parasitaire. — III. Sociétés et Congrès. — IV. Thèses de doctorat. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Faut-il considérer le chancre simple comme une entité morbide?

Vous venez, Messieurs, d'entendre l'exposé des signes auxquels on reconnaît le chancre simple et l'évolution de cette maladie; peut-on dire que ces signes soient assez spéciaux, leur allure assez particulière pour qu'on puisse considérer le chancre simple comme constituant une affection vraiment spéciale et comme méritant une description à part?

Ricord, au moment où il proclamait la dualité chancreuse, s'était, pour admettre la spécialisation du chancre simple, appuyé surtout sur son inoculabilité indéfinie au porteur; c'était là, pour lui, la caractéristique de l'affection, c'était une propriété suffisante pour en faire une affection à part; toute affection inoculable au porteur était un chancre simple. « Toute ulcération, écrivait encore, en 1867, le professeur Fournier, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, qui, inoculée au malade, reproduit une ulcération semblable à celle dont elle dérive est un chancre simple. » Cette définition n'a peut-être plus la valeur qu'elle semblait avoir au commencement de la seconde moitié de ce siècle; on ne peut plus affirmer que l'inoculabilité au porteur soit une propriété spéciale particulière à une seule affection. Dans ces dernières années, il a été établi que l'inoculabilité appartient à un certain nombre de maladies de la peau de nature fort différente; depuis que mon savant maître, le docteur Vidal, a ouvert la voie dans cette direction, l'ecthyma, l'herpès, l'acné, etc., et les ulcérations qu'ils produisent ont été démontrés inoculables; on peut se demander si les ulcérations du prépuce et du gland inoculables ne succèdent pas, comme celles de la peau, à une série de lésions d'origine différente; si réellement toutes les affections du gland et du prépuce, dont nous inoculons le pus avec succès, doivent toute leur inoculabilité à un même virus, le virus chancrelleux, ou si elles la doivent à des virus différents. Nous ne possédons aujourd'hui aucune notion positive sur la nature du virus chancrelleux et nous sommes incapables de répondre d'une façon certaine à une pareille question : l'histologie, en effet, comme je vous le disais tantôt, n'a su encore découvrir, dans le pus d'un chancre simple, aucun élément figuré auquel on puisse rapporter sa virulence et qui puisse nous éclairer sur l'unité ou la multiplicité de ses agents nocifs.

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 14, 26 août, 4, 11 et 16 septembre 1890.

©BIU Santé

C'est en présence de ces inconnus que, récemment, quelques médecins ont voulu refuser au chancre simple toute spécificité; que d'autres, allant plus loin, sont revenus aux opinions anciennes et se sont crus en droit de considérer à nouveau cette lésion comme une variété d'accident syphilitique, rendant à la syphilis ce que les travaux de nos grands maîtres français en avaient si judicieusement distrait.

Finger, Bumstead, Taylor ont proclamé qu'il n'était pas besoin de l'inoculation d'un pus spécifique, d'un virus chancroïdal spécial pour provoquer l'apparition d'un chancre simple; le pus sécrété à la surface d'ulcérations banales pourrait donner naissance à des ulcérations inoculables en séries; le pus recueilli à la surface de certaines érosions scabiéiques, pemphigineuses, acnéiques aurait, d'après Sick, Reder, Krause, en particulier, cette propriété. Ce qui ferait apparaître le chancre simple, ce serait non point la présence d'un virus particulier, mais bien plutôt la constitution du sujet sur lequel le pus a été inoculé; la région dans laquelle se ferait l'inoculation concourrait aussi puissamment à ce résultat, d'après Finger; cet auteur, en irritant avec de la poudre de sabine des ulcérations banales des muqueuses génitales, aurait obtenu facilement des ulcérations possédant l'aspect et les propriété du chancre simple. Le jour où ils trouveraient réunies ces conditions favorables, constitution du sujet, région génitale, irritations répétées, nombre de pus pourraient provoquer l'apparition d'ulcérations ayant tous les caractères physiques du chancre simple et fournissant un pus qui posséderait l'inoculabilité en séries.

Vous voyez, Messieurs, combien l'inoculabilité du pus, cette propriété considérée par Ricord comme constituant la caractéristique du chancre simple, a perdu sa valeur spécifique pour un certain nombre de médecins qui ont remis au premier plan, dans la pathogénèse de ce chancre, le terrain, la constitution du sujet, et qui renient au pus chancrelleux toute spécificité.

Mais voilà qui nous rapproche beaucoup plus de l'opinion ancienne, qui faisait rentrer le chancre mou dans l'histoire de la syphilis. Sturgis admet bien que les sources du chancre simple sont le plus souvent du pus provenant d'un autre chancre simple préexistant; mais il croit aussi que la sécrétion de l'accident syphilitique primitif ou de plaques muqueuses ayant subi de l'irritation peut donner lieu, par son inoculation, à une ulcération locale ayant tous les caractères extérieurs du chancroïde, susceptible d'être auto-inoculée en séries et pouvant être transmise à une autre personne saine avec tous ces caractères sans que cette personne ait aucun symptôme de syphilis constitutionnelle. Taylor pense aussi que, dans la description du chancre simple, on a fait rentrer non seulement certains herpès irrités survenus chez des sujets fatigués et épuisés, certaines érosions produites par le contact de liquides vaginaux, mais encore des ulcérations consécutives à l'inoculation du pus de sujets syphilitiqus. Pour ces auteurs, le chancre simple ne serait souvent, pour ainsi dire, qu'une syphilis atténuée.

Que penser, Messieurs, au milieu de ces avis discordants? Vers qui devons-nous nous tourner? Faut-il rayer le chancre simple de nos descriptions pathologiques, ne lui donnant la valeur que d'un ulcère banal aggravé par la mauvaise qualité du terrain sur lequel il est né? Faut-il reporter au dossier de la syphilis cette lésion que nos maîtres en avaient distraite? Pour ce qui est de la fusion du chancre mou avec la syphilis, je

crois qu'il faut absolument y renoncer; non, ce que nous appelons le chancre simple n'a rien à faire avec la syphilis, ni par son origine, ni par son avenir; Ricord et ses élèves ont eu raison de distraire son histoire de celle de cette maladie. Mais, la scission faite par l'illustre chirurgien de l'hôpital du Midi étant reconnue légitime, doit-on considérer le chancre simple comme une affection à part, spéciale, spécifique, ou ne doit-on voir dans les différentes ulcérations que nous décrivons sous ce nom qu'un ensemble d'ulcérations banales, d'origine fort diverse, ayant, sous l'influence de conditions spéciales de terrain ou d'irritations répétées, pris l'aspect que je vous ai décrit et acquis l'inoculabilité?

Pour ma part, je crois que le chancre simple, tel que je vous l'ai montré bien des fois, avec ses caractères tranchés, incubation de trois à cinq jours, bords taillés à pic et décollés, fond grisâtre et anfractueux, réinoculations spontanées faciles et multiples, son bubon chancreux, son évolufion cyclique, ses réveils épidémiques, dont mon collègue M. Mauriac a si bien fait connaître les causes et la marche, je crois, dis-je, que ces chancres si nettement caractérisés constituent un groupe à part, une famille, un accident vraiment spécifique; je le crois, mais je ne saurais vous fournir autre chose qu'une impression tant que l'histologie n'aura découvert l'existence d'un parasite spécial et caractéristique dans tous ces chancres. Or, je vous l'ai dit en commençant, la malechance paraît s'attacher aux recherches des syphiligraphes, et le microbe du chancre simple comme celui du chancre syphilitique ont échappé jusqu'à ce jour à nos recherches; c'est donc, jusqu'à nouvel ordre, uniquement en nous basant sur ses allures, sur ses caractères optiques, sur sa facile inoculabilité en séries que nous sommes conduits à admettre l'existence d'un chancre simple spécifique.

A côté de ce chancre simple, il existe des ulcérations banales ayant avec lui des analogies d'aspect considérables, dont quelques-unes possèdent peut être même l'inoculabilité; il existe des ulcérations syphilitiques assez semblables aussi à la chancrelle, comme je vous le dirai plus tard; c'est en accordant probablement trop d'importance à ces différents ordres d'ulcérations, c'est en les confondant avec le chancre simple que les auteurs dont je vous parlais tantôt sont arrivés à nier l'autonomie de ce dernier; pour moi, je crois que, après un demi-siècle d'existence, l'œuvre de Ricord demande à être mise au point des découvertes modernes, elle me paraît rester inébranlable dans son ensemble, et, malgré les efforts de ses détracteurs, longtemps encore le chancre simple occupera une place importante dans le chapitre des maladies vénériennes; efforçons-nous seulement d'en établir plus nettement, s'il est possible, les caractères spéciaux et les limites; efforçons-nous de découvrir par l'histologie ou la bactériologie un élément vraiment spécial qui nous permette de le distinguer des ulcérations similaires des organes génitaux. (*A suivre.*)

REVUE DES CLINIQUES

Hôpital Saint-Jean de Bruxelles. — M. le docteur A. Bayet.

Hémato-chylurie non parasitaire (1).

Nous avons pu, dans le courant du mois de mars dernier, examiner de près un indi-

(1) *La Clinique*, 1888.

©BIU Santé

vidu bien connu des hôpitaux de Bruxelles, et qui a promené son étrange maladie dans tous les services de clinique interne depuis près de quatorze ans. Il s'agit d'un nommé B... (Henri), âgé de 30 ans. Il a été en traitement à l'hôpital à trois reprises différentes : la première fois, il y a séjourné neuf mois; la deuxième fois, cinq mois; la dernière fois, il y a quatre semaines. Il rapporte le début de son affection à un refroidissement. Les premiers symptômes qu'il constata furent des douleurs à l'hypogastre, puis un ténesme vésical excessif donnant lieu à vingt ou trente mictions par jour. De ce moment son urine fut laiteuse et se prenait en caillot compact. Ces symptômes étaient identiques à ceux constatés au cours des attaques précédentes.

Ils s'amendèrent peu à peu au point de vue des douleurs et de la fréquence des mictions, mais l'urine conserva son aspect anormal pendant presque toute la durée du séjour à l'hôpital. L'état général du malade était satisfaisant; pas d'amaigrissement notable, pas de perte d'appétit. L'auscultation et la percussion ne firent rien constater d'anormal du côté de la poitrine. L'état de l'urine était des plus intéressant :

La quantité était normale, oscillant entre 1,500 et 2,000 grammes. Vue en masse, elle était tout à fait opaque, couleur de chair ou franchement sanguinolente, avec de gros caillots nageant à la surface. L'urée avait son taux normal. D'un jour à un autre, on ne constatait guère de différence dans l'aspect des urines, quand on eut l'idée de faire recueillir séparément dans des verres le produit des différentes mictions. Le résultat fut des plus remarquables; à côté d'une urine rouge foncée, formée de sang presque pur, on pouvait constater que l'urine provenant d'une miction rapprochée était jaune, limpide, transparente comme de l'urine normale; d'autres fois, la coloration était nulle, comme si une urine normale avait été diluée d'une grande quantité d'eau.

Dans d'autres verres, le contenu était un coagulum tellement compact qu'il sortait en bloc du vase en conservant sa forme; ces urines étaient, en général, fortement colorées; dans d'autres encore, l'aspect était celui du lait, et, chose qui ajoutait encore à la vérité de cette comparaison, on trouvait à la surface une mince pellicule, analogue à la crème, présentant la même consistance que celle-ci, et que l'examen microscopique démontra être formée d'un réticulum délicat de fibrine contenant entre ses mailles des granulations graisseuses et quelques globules rouges.

En somme, nous avions, abstraction faite des états de transition, quatre types différents d'urine :

1° Urine rouge, coagulée en bloc;
2° Urine laiteuse, blanche ou blanc rosé, avec pellicule crémeuse;
3° Urine jaune sale, tenant peu d'éléments en suspension;
4° Urine transparente, sans coloration aucune, comme de l'eau ordinaire.

Mais ce qui me frappa, au bout d'un certain temps, ce fut de constater que ces différents types ne se succédaient pas dans un ordre indéterminé, que, par exemple, une urine du quatrième type ne succédait pas immédiatement à une urine du premier type; il y avait une certaine gradation dans les colorations et les densités.

Le tableau suivant, pris au hasard, le démontre :

21 février 1888.

Heures.	Quantité.	Caractères.
2 h. 1/2 soir.	1 verre..	Laiteuse; légèrement rougeâtre avec dépôt.
3 h. 1/2 —	1 —	Laiteuse avec pellicule à la surface.
5 h. 1/2 —	1 —	Moins laiteuse que la précédente.
8 h. 1/2 soir.	2 verres.	Non laiteuse, mais légèrement colorée par le sang.
1 h. matin.	1 verre..	Non laiteuse, coloration diminuée.
4 h. 1/2 —	3 gr.....	La coloration sanguine reprend un peu.
5 h. 1/2 —	1 verre..	Coloration sanguine plus accentuée.
De 5 h. matin à 8 h. soir.	600 gr...	Coloration sanguine de plus en plus accentuée, les urines redeviennent quelque peu opaques.

La fréquence des mictions est due à un état d'irritation vésicale provoqué par le liquide anormal contenu dans la vessie. Ceci est un fait ordinaire.

On voit, dans ce tableau, la coloration et la densité de l'urine diminuer jusqu'à la cin-

quième miction vers une heure et demie du matin, puis reprendre peu à peu pendant le reste de la nuit. Il nous est arrivé maintes fois d'avoir ces séries régulières; mais, dans bien des cas aussi, il y avait des écarts brusques sous l'influence de causes que nous n'avons pu déterminer. Je pense que ce fait n'a pas encore été signalé et qu'il a son importance pour l'explication du processus chylurique.

Au microscope, on était tout d'abord frappé de l'absence d'épithélium vésical ou rénal; *a priori* on aurait pu croire qu'un trouble aussi marqué dans la sécrétion ou l'excrétion de l'urine ne pouvait aller sans altération profonde des épithéliums urinaires; il n'enétait rien ; les différents dépôts examinés ne contenaient pas plus d'éléments épithéliaux qu'une urine normale. Dans aucune préparation nous n'avons trouvé de cylindres urinaires. En second lieu, je n'ai jamais rencontré de globules blancs, bien que presque toutes les urines examinées continssent du sang; j'ai fait de nombreux examens avec ou sans coloration des préparations, et le résultat a toujours été le même. Cela est d'autant plus remarquable que toutes les observations de chyluries parasitaires ou non parasitaires citent comme élément constant les globules blancs.

Les globules rouges, au contraire, se trouvaient en quantité considérable sous le champ du microscope isolés ou en petites piles; puis, formant le fond de la préparation, une multitude de petites granulations, extrêmement ténues, opaques à la lumière réfléchie, formant une émulsion délicate résistant aux acides et se détruisant lentement par les alcalis. La graisse, sous forme de ces granulations, était contenue en quantité tellement considérable dans l'urine qu'il nous fut possible de l'en extraire en traitant 500 grammes d'urine par l'éther et en faisant évaporer lentement celui-ci. Le fond de la capsule était couvert de cercles concentriques de gouttelettes jaunes tachant le papier, donnant, par la cuisson, l'odeur de graisse brûlée. Le défaut de connaissances suffisantes en chimie biologique ne nous a pas permis de déterminer à quelle espèce de substances grasses nous avions affaire et si elles étaient mélangées à la cholestérine, comme Langgaard l'a observé.

Les urines contenant du sang étaient albumineuses, la quantité d'albumine était proportionnelle à la quantité de sang; les urines limpides comme de l'eau ne donnaient aucune réaction par l'acide acétique et le ferrocyanure de potassium.

La recherche des filaires fut faite avec soin sur un nombre considérable de préparations, en prenant soit le caillot, soit le liquide, soit la pellicule veineuse, soit enfin le dépôt. Dans aucun cas nous ne pûmes découvrir rien ressemblant à la filaire ou à tout embryon. M. le docteur Destrée, dans les recherches qu'il a faites sur deux échantillons de cette urine, n'a pas été plus heureux que nous.

Le régime du malade ne paraissait pas avoir d'influence sur la marche de la maladie. Les paroxysmes chyluriques arrivaient aussi bien le jour que la nuit, sans aucun ordre, et les écarts brusques dans la courbe descendante d'une série de mictions n'avaient aucun rapport avec les heures de repas.

Avec ces éléments, était-il possible de constituer l'histoire de la maladie et d'en préciser le siège? Il serait téméraire de répondre oui. Quand on voit que Siegmund, Grim, Halvebourg, après avoir soumis leurs malades à des examens compliqués, après avoir pratiqué sur eux des expériences délicates de digestion et d'absorption, n'ont pu aboutir à déterminer exactement la lésion, on peut être convaincu que l'autopsie seule peut trancher la question de mécanisme. Cependant, il est possible, avec les données que nous avons, de restreindre le champ des recherches.

Tout d'abord, l'appareil sécréteur n'entre pour rien dans la maladie. Tout le démontre; la quantité d'urine est normale; celle-ci n'est albumineuse que lorsqu'elle contient du sang; enfin, elle ne contient aucun élément épithélial se rapportant au rein, aucun cylindre qui n'aurait certainement pas manqué de se produire, ne fût-ce que par la présence du sang dans les canalicules rénaux. Du reste, Halvebourg a pu, chez une femme chylurique dont l'urèthre était très large, pratiquer le cathétérisme de l'uretère.

L'urine qu'il retira était normale, sans graisse ni albumine, tandis que l'urine extraite de la vessie était chyleuse. L'autopsie démontra la présence de productions sacciformes adhérentes à la vessie et communiquant avec elle.

L'uretère n'était probablement pas en cause; il est presque certain que le passage d'un

©BIU Santé

liquide, tellement coagulable qu'il se prenait dans la vessie, aurait, dans ce cas, causé des douleurs autres que celles accusées par le malade.

Reste la vessie. L'altération vésicale n'est certes pas primitive; si c'était d'elle que provenait l'état morbide, on aurait pu, dans les sédiments, trouver des traces de son altération (épithélium, leucocytes, débris de membranes). Or, j'ai insisté sur ce fait que ces éléments ne se rencontrent pas.

Jusqu'ici, notre cas reste dans le cadre des observations de chylurie publiées jusqu'à maintenant. Dans ces observations se rapportant à des chyluries parasitaires, les auteurs ont admis une communication entre la vessie et le système lymphatique ou chylifère. Les uns, tels que Patrick, Manson, admettent une communication entre le système lymphatique et la vessie. Prospero Sansino, qui publia, en 1883, une série d'observations, admet également l'origine lymphatique de la chylurie et Grim se range de son avis. Pour ce qui concerne notre cas, cette interprétation n'est pas possible; si l'aspect laiteux de l'urine provenait de la lymphe, nous aurions constaté des globules blancs dans l'urine; or, ceux-ci ne s'y trouvent pas.

Reste la formation d'une fistule entre le courant chylifère et la vessie. Cette interprétation admise par Siegmund, dans le cas de chylurie non parasitaire présenté à la Société de médecine de Berlin, est celle qui se rapproche le plus de notre cas, et encore est-elle passible de quelques objections. Brieger avait déjà fait remarquer que la nourriture grasse n'augmentait pas la quantité de graisse dans l'urine.

Je n'ai pas eu l'idée de répéter cette expérience, mais, en tout cas, j'ai pu remarquer qu'il n'y avait aucun rapport entre les paroxysmes chyluriques et les heures des repas; cependant, cette observation n'a pas été faite avec assez de précision pour rejeter l'origine chyleuse du dépôt urinaire. C'est à cette interprétation que nous nous arrêtons comme étant la plus probable.

Mais d'autres points restent encore obscurs; d'où provient l'hémorrhagie périodique accompagnant l'épanchement de chyle? Cette hémorrhagie, dont l'intensité était parallèle à l'abondance de l'épanchement, paraissait, par le fait même, avoir une source analogue.

Enfin, quelle est la cause prochaine de la maladie? Dans presque tous les cas observés de chylurie, l'origine du mal est la filaire ou son embryon. Ceux-ci, pénétrant de l'extérieur, constituaient dans le courant lymphatique des embolies aboutissant à la formation de sacs variqueux des conduits lymphatiques. Ces dilatations, comme dans l'autopsie de Havelbourg, établissaient avec l'appareil urinaire des communications par où la lymphe ou le chyle se déversaient d'une façon périodique et par un mécanisme encore obscur. Dans notre cas, cette cause n'existe pas; la filaire ou son embryon n'ont jamais été rencontrés dans les nombreuses préparations des éléments de l'urine; comme ce parasite est relativement volumineux et abondant, il n'est pas possible qu'il eût passé inaperçu; nous avions donc affaire à une chylurie non parasitaire.

Quelle qu'en soit, du reste, la cause (adhérences cicatricielles, compressions des troncs chylifères, etc.), les effets sont analogues à ceux produits par les filaires; la dernière observation publiée par Grim est absolument identique à la nôtre; même aspect laiteux de l'urine avec caillots, couche crémeuse à la surface, mêmes accès à intervalles plus ou moins éloignés et mêmes résultats par une médication analogue. Les cas de chylurie sporadique non parasitaire sont des plus rares. Seuls, Brieger, A. Huber, Siegmund en ont publié des exemples. Siegmund est d'avis que, dans son cas, il s'était établi, entre le courant chylifère et le système urinaire, une communication fistuleuse absolument comme chez notre malade.

La médication à opposer à la chylurie repose surtout sur l'emploi des balsamiques; Grim a observé un résultat favorable par l'usage de l'huile de Santal; nous avons, dans les derniers temps du séjour du malade à l'hôpital, employé le copahu et nous avons constaté une légère amélioration. Peut-être n'y a-t-il là qu'une coïncidence?

J'ai cru utile de relater cette observation en raison des points intéressants et aussi des obscurités qu'elle présente. Je pense que, lorsque le malade reviendra séjourner à l'hôpital, on pourra, au moyen d'analyses chimiques plus délicates, pénétrer plus avant dans la question en étudiant les phénomènes de digestion et d'assimilation des matières

grasses, étude que nous n'avons pu faire, faute de connaissances et d'outillage suffisants.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LYON (1er SEMESTRE 1890) (1).

SOMMAIRE : Thrombose de la veine cave inférieure. — La trépanation de la moelle.

M. PERRET a fait une communication sur un cas de *thrombose spontanée de la veine cave inférieure* chez une enfant de 11 ans, atteinte de phthisie pulmonaire.

Il a rappelé à ce sujet qu'il existe deux variétés de thrombose, la thrombose spontanée et la thrombose par compression.

La première, exceptionnelle, en raison des conditions particulières dans lesquelles se fait la circulation de la veine cave : absence de valvules, aspiration thoracique portée à son maximum par suite des connexions directes du vaisseau avec le cœur droit.

La seconde, moins rare, conséquence habituelle des tumeurs des différents viscères de l'abdomen et des ganglions qui s'y trouvent.

Quand on songe à la susceptibilité des ganglions chez l'enfant, à la facilité et à l'intensité avec laquelle les lésions tuberculeuses de l'intestin retentissent sur ce système, on s'étonne de la rareté de cette cause de compression à cet âge. Rilliet et Barthez l'expliquent par ce fait que la cavité abdominale est circonscrite presque partout par des parties molles, élastiques, que dès lors, les ganglions pouvant se développer librement et se rapprocher de la paroi abdominale, les vaisseaux situés au devant de la colonne vertébrale échappent ainsi à la compression.

M. Perret, en parcourant les auteurs allemands et français concernant les maladies de l'enfance, n'a pu trouver qu'un exemple net de thrombose de la veine cave inférieure dans le traité récent de clinique des maladies des enfants d'Ollivier (1889); il s'agit d'une compresssion d'origine ganglionnaire.

Il lui a paru intéressant de l'insérer dans son travail à côté de son observation personnelle, car il s'agit là des deux types classiques de la thrombose de la veine cave, thrombose par compression et thrombose spontanée.

L'auteur a étudié ensuite à l'occasion de ce fait particulier les signes qui permettent au clinicien de soupçonner la présence d'une coagulation de ce genre. Ils se réduisent à la triade symptomatologique suivante : circulation collatérale décelée par la turgescence des veines sous-cutanées abdominales, œdème plus ou moins considérable, nettement limité au-dessous du diaphragme et contrastant avec la sécheresse des parties supérieures; albuminurie d'intensité variable suivant le siège du coagulum, et qui s'explique bien par les expériences de M. Raynaud.

M. Perret a dit en terminant que ce syndrome permet de soupçonner, mais non d'affirmer l'existence d'une thrombose de la veine cave inférieure, mais on peut la retrouver dans des affections bien différentes. Mais alors, et pour chaque cas particulier, c'est par le degré d'intensité, l'ordre d'apparition de chacun de ces signes, et surtout par l'examen minutieux des viscères dont la lésion peut réaliser le syndrome en question, qu'on peut arriver à un diagnostic exact.

Trépanation de la colonne vertébrale dans les fractures indirectes du rachis. — M. JABOULAY a rapporté l'histoire de deux malades atteints de fracture indirecte de la colonne vertébrale auxquels il a été amené à pratiquer la trépanation.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans qui, à la suite d'une chute sur la nuque, s'était fracturé la sixième vertèbre dorsale. Paralysie classique remontant au voisinage du thorax. Rétention d'urine et paralysie intestinale. Subdélirium. Température 39°5. Jugeant le cas des plus graves et après avoir attendu en vain pendant

(1) Suite — Voir le numéro du 23 septembre 1890.

©BIU Santé

deux jours quelque amélioration, M. Jaboulay se décida (15 avril 1889) à lui enlever les arcs des cinquième, sixième, septième vertèbres dorsales. Il n'y avait pas d'obstacle osseux dans la lumière du canal vertébral. Alors l'incision de la dure-mère fut pratiquée et montra que du sang était épanché dans l'espace sous-arachnoïdien; l'ouverture du feuillet viscéral de l'arachnoïde fut faite et laissa échapper le sang qui s'écoula pendant environ dix secondes; puis le liquide céphalo-rachidien vint à son tour, pur et animé de petites pulsations synchrones au pouls artériel.

Le malade vécut dix-huit jours après l'opération et mourut après avoir présenté du Cheyne-Stokes.

La seconde observation se rapportait à une femme de 38 ans qui était tombée d'un cinquième étage. Quatre mois après sa fracture vertébrale, qui occupait la région dorso-lombaire, la malade était dans la cachexie : maigreur squelettique, œdème des membres inférieurs, qui étaient en outre privés de mouvement et de sensibilité. Eschare au sacrum. Une fracture de jambe siégeant aux deux tiers inférieurs des deux os paraissait faite de la veille et ne présentait pas la moindre trace de consolidation. Trépanation le 6 février. Ablation de l'arc de la douzième vertèbre dorsale, de la première et de la deuxième lombaires. La brèche faite au canal vertébral à gauche permit de sentir un fragment qui était en avant, vers les corps vertébraux, et devait, après l'opération, obstruer complètement la lumière, rapproché qu'il était de l'arc de la vertèbre sous-jacente.

Un mois après, l'œdème du membre inférieur avait disparu, la fracture de jambe s'était consolidée sans qu'un appareil ait été appliqué. Cette femme vient de mourir cinq mois après la trépanation. A l'autopsie, le fragment inférieur de la moelle était entouré d'environ 80 grammes de liquide céphalo-rachidien.

Dans les deux observations, la moelle était diffluente et ramollie au niveau de la fracture.

M. Jaboulay pense que la trépanation du rachis est inoffensive, qu'elle a été d'une certaine utilité pour ses deux malades; chez le premier, en débarrassant la moelle du sang qui s'était épanché dans l'espace sous-arachnoïdien et la comprimait; chez la deuxième malade, en permettant la décompression de la moelle qui était repoussée contre la lame de la douzième vertèbre dorsale par un fragment du corps de la première vertèbre lombaire, et en facilitant l'étalement sur une certaine hauteur de l'hydrorachis accumulée autour de l'extrémité terminale de la moelle. Mais il croit que la trépanation ne sera qu'une opération adjuvante pour la guérison et qu'elle ne peut être d'emblée curative, parce que les désordres médullaires sont ordinairement profonds (broiement) et trop disséminés. Pour lui, la trépanation ne vise pas à supprimer l'agent osseux de la compression, mais a surtout pour but d'évacuer l'épanchement sanguin.

La discussion qui a suivi la communication de M. Jaboulay, à la Société nationale de médecine, a été fort intéressante; aussi allons-nous la résumer brièvement, car elle montre ce que l'on peut attendre de la trépanation de la moelle et fixe les indications et les contre-indications de l'opération.

M. Gayet n'a jamais trouvé, dans la fracture de la colonne vertébrale, d'épine osseuse ni de trace de compression de la moelle par le canal rétréci. Tantôt il y a écrasement de la moelle et déplacement des os, lorsque le traumatisme a été considérable, tantôt la moelle n'est que peu intéressée et les os nullement déplacés. Dans le premier cas, la mort est certaine et la trépanation inutile; dans le second cas, la guérison peut survenir sans intervention.

Pour M. Delore, l'attrition de la moelle est le fait capital dans les fractures de la colonne vertébrale; elle tient au déplacement momentané des fragments. Tandis que les fractures graves de la région cervicale sont toutes mortelles, celles de la région dorso-lombaire peuvent guérir par un traitement simple. Ni le sang épanché, ni l'arc postérieur de la vertèbre ne sont les agents de la compression; du reste, le sang se résorbe presque toujours spontanément. M. Jaboulay a constaté, dans une de ses opérations, l'issue de 80 grammes de liquide céphalo-rachidien, c'est-à-dire de 20 grammes de plus qu'à l'état normal; ces 20 grammes de plus ne sont rien comme

agent compressif dans la cavité céphalo-rachidienne, qui a une grande étendue et un réseau veineux très abondant et très compressible. Il faudrait atteindre, par la trépanation, l'angle de la fracture saillant en arrière, et cela est rendu impossible par la présence de la moelle et de ses enveloppes.

M. Ollier, au début de sa carrière, a été très partisan de la trépanation de la colonne vertébrale; la gravité seule de l'opération l'a empêché d'y avoir recours. C'est à la suspension sur un plan incliné et à des tractions modérées faites sur la partie inférieure du tronc, lentes et prudentes, que M. Ollier s'est rallié et, par ces procédés, de bons résultats ont été obtenus. Néanmoins, il croit, étant donné le peu de gravité que l'intervention présente actuellement, que la trépanation doit être acceptée en principe, et qu'elle peut donner des succès dans les cas de fractures relativement anciennes qui ont résisté à la suspension et dans les cas où une épine osseuse fait saillie dans le canal médullaire. Malheureusement, le diagnostic exact de la lésion est difficile à faire; il croit qu'il est inutile que le chirurgien, après la trépanation, incise l'arachnoïde pour donner issue à la collection sanguine; l'épanchement se reproduit, en effet, avec une extrême rapidité.

La fracture de la colonne vertébrale n'est pas toujours mortelle. Il a eu récemment l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un individu qu'il avait soigné, en 1872, pour une fracture de la colonne vertébrale.

Cet homme, depuis sept à huit ans, avait pu reprendre ses occupations.

Pour M. Chaintre, il est difficile, à l'heure actuelle, de porter un jugement définitif sur la valeur des résections de la colonne vertébrale. Aucun travail d'ensemble n'a été publié sur ce sujet et l'on est obligé de se reporter à des observations éparses, souvent incomplètes, et qui prêtent trop aisément à une critique défavorable. Bien que Paul d'Egine ait autrefois conseillé de réséquer certaines portions du rachis dans le cas de fracture, la première observation authentique remonte seulement à l'année 1774, où Louis retira d'une plaie de la région dorso-lombaire des esquilles osseuses produites par une blessure d'arme à feu, esquilles comprimant la moelle. Au commencement de ce siècle, l'attention fut attirée sur cette opération par des chirurgiens anglais, A. Cooper et Cline le jeune, qui, en 1814, pratiquèrent la première résection pour une fracture du rachis par cause indirecte.

Jusqu'à ces dernières années, les indications de la résection restèrent limitées aux cas de fractures; ce n'est que depuis l'avènement de la période antiseptique que des chirurgiens audacieux la tentèrent dans la tuberculose vertébrale. Tout récemment (1888), Gowers et Horsley ont publié un cas où la résection fut faite avec un plein succès pour extirper une tumeur de la dure-mère.

On peut donc diviser les indications de l'opération en trois classes :

1° Fractures du rachis;
2° Tuberculose vertébrale;
3° Tumeurs.

On conçoit que bon nombre de chirurgiens se soient montrés hostiles à toute intervention de ce genre dans les cas de fracture, car, jusqu'à ces dernières années, les résultats avaient été désastreux. Jusqu'à l'avènement de l'antisepsie, la mort était la conséquence habituelle de l'opération; à l'heure actuelle, l'intervention, rendue bénigne et par cela même autorisée dans une certaine mesure, permet de laisser apprécier les résultats définitifs. Il faut reconnaître que, malheureusement, la guérison du malade est tout à fait exceptionnelle et que l'amélioration, moins rare que la guérison, n'est pas chose sur laquelle on puisse compter; ce qui revient à dire que, dans l'immense majorité des cas, le patient ne bénéficie pas de l'intervention.

Il y a cependant lieu de faire une distinction, et une distinction importante, entre la résection primitive, faite dans les quinze premiers jours après la fracture et les résections secondaires à plus ou moins longue échéance. Ces dernières ont, en effet, donné des résultats plus satisfaisants.

M. Chaintre a pu réunir 53 cas de résection pour fractures qui se décomposent de la façon suivante :

©BIU Santé

3 guérisons; — 6 améliorations, dont 2 douteuses; — 9 cas dont l'état est resté stationnaire; — 35 morts.

En prenant isolément les résections primitives et secondaires, on obtient comme résultats :

Résections primitives.	*Résections secondaires.*
4 améliorations (?).	3 guérisons.
2 états stationnaires.	1 amélioration.
25 morts.	2 sans amélioration.
	5 morts.

On voit que, pour ce qui regarde la résection primitive, la statistique est loin de parler en faveur de l'intervention. Sur un total de 31 cas, elle n'a pas donné une seule guérison; en revanche, le chiffre des morts indique sa gravité.

Les résections secondaires se présentent sous un aspect beaucoup plus favorable; elles ont donné des guérisons définitives avec une mortalité infiniment moins élevée.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des observations. Peut-être des malades non opérés n'eussent-ils pas succombé; peut-être certains cas anciens eussent-ils guéri sans opération. Nous nous contenterons de faire remarquer que la compression de la moelle n'est pas un accident nécessaire de la fracture. Chèdevergne a indiqué depuis longtemps (1851) le mécanisme par lequel la moelle pouvait échapper à la compression. D'autre part, sauf dans des cas extrêmement rares, cette compression, quand elle existe, reconnaît pour cause le déplacement des corps vertébraux, déplacement que l'opération est impuissante à corriger. Lorsqu'il s'agit d'une ancienne fracture, l'opération rendra-t-elle à la moelle des fonctions qu'elle a depuis longtemps perdues? C'est ce dont il est au moins permis de douter dans bien des cas.

Bien qu'il soit hasardeux de conclure, après un examen aussi succinct, on peut dire que cette opération, qui a rencontré des enthousiastes comme aussi des détracteurs convaincus, n'a peut-être pas suffisamment fait ses preuves, pour prendre définitivement rang dans la chirurgie. Tout en faisant des réserves sur la possibilité d'indications spéciales pour les résections secondaires, on peut avancer sans crainte que les résultats de l'opération primitive, même depuis la période antiseptique, ne paraissent pas de nature à encourager de pareilles interventions.

M. Ollier, en terminant la discussion, a fait remarquer qu'il faut bien se garder d'opposer l'expectation à la résection, car les cas pour lesquels on est intervenu étaient presque tous fatalement mortels. Il croit la trépanation indiquée dans les fractures par cause directe et principalement par armes à feu. Il faut, en outre, intervenir dans les cas de fractures par flexion forcée lorsque la réduction a été impossible. (*A suivre.*)

Thèses soutenues a la Faculté de médecine de Lyon pendant l'année scolaire 1889-1890.

M. Morard : Etude sur la lactose. — M. Chambaud : La fièvre typhoïde dans l'armée de Lyon. — M. Loison : Nouvelle méthode de traitement des fractures du corps du fémur chez les enfants. — M. Meiffret : Considérations sur l'énucléation de l'œil. — M. Vacher : De l'inflammation périombilicale dans la péritonite tuberculeuse chez les enfants. — M. Glanchard : Essai critique sur la physiologie pathologique et le traitement abortif de la syphilis primaire. — M. Givre : De la tuberculose chez les ouvriers en soie. — M. Mollard : De la myocardite segmentaire essentielle et principalement de la forme sénile de cette affection. — M. Sigaud : De l'échomatisme. Essai de pathogénie psycho-physiologique. Excitation nerveuse. — M. Adenot : Des méningites microbiennes. — M. Chaintre : Adaptation fonctionnelle des muscles et des tendons à la suite des résections. — M. Michel : Traitement chirurgical des polyadénites cervicales. — M. Bouisson : De l'antipyrine dans certaines affections nerveuses de l'enfance. — M. Mathieu : Les indications séméiologiques qu'on peut tirer de la forme des écrits des épileptiques. — M. Albert : Tétanos

céphalique. — M. Lucy : Les anomalies de l'occipital expliquées par l'anatomie et le développement. — M. Malafosse : Des fractures du crâne par contre-coup. — M. Baissas : Des altérations du sang leucocythémique. — M. Alix : Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du prurigo d'Hébra. — M. Brico : Contributions à l'étude de la ligature de la veine fémorale. — M. Payerne : De l'institut vaccinal de Lyon. — M. Patte : Des différents troubles causés par l'abus du tabac et en particulier des troubles cardiaques. — M. Thomas : De quelques accidents consécutifs à la vaccine. — M. Iversene : Contribution à l'étude des articulations de la tête. — M. Sendral : Etude critique sur la crémation. — M. Teissier : Du duel au point de vue médico-légal et particulièrement dans l'armée. — M. Althoffer : Des plaies par instruments piquants et en particulier par la baïonnette. — M. Busquet : Fragments de dermatologie. — M. Mauroux : Essai sur le traitement de quelques rétrécissements de l'urèthre par l'urétrotomie externe et interne combinées. — M. Pichon : Des corps étrangers intra-articulaires de provenances osseuses et d'origine traumatique. — M. Fagot : Traitement antiseptique local et général de la diphthérie. — M. Laporte : Contribution à l'étude du traitement du bubon par la ponction suivie d'injections modificatrices. — M. Pouy : Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage par les sondes œsophagiennes à demeure. — M. Monin : Traitement interne des kératites infectieuses par la liqueur de Van-Swieten. — M. Cauvet : Le catha édulis. — M. Denier : Contribution à l'étude des réflexes cérébraux. — M. Mollin : Etude sur les anévrysmes de la main par la méthode de Purmann. — M. Feyat : Contribution à l'étude de la constipation au point de vue des phénomènes nerveux de nature toxique. — M. Guillaud : Symptômes et traitement du sein tuberculeux. — M. Didier : Etude sur la dysphagie dans la phthisie laryngée, son traitement. — M. Minjard : Du traitement des kystes hydatiques du foie (méthode électrique). — M. Guillermet : De l'adénie (adénites infectieuses). — M. Frenkel : Etude psycho-pathologique sur l'automatisme dans l'épilepsie et dans les autres maladies nerveuses. — M. Laurent : Contribution à l'étude du mal des montagnes. — M. Faure : Etude du dégagement des épaules dans les présentations du sommet. — M. Petitpierre : D'une forme particulière tuberculeuse d'ostéite diaphysaire chronique de la clavicule. — M. Royet : Etude sur les yeux chez les aliénés et sur les troubles oculaires d'origine réflexe. — M. Moncorgé : Etude sur les laryngoplégies unilatérales. Leur valeur diagnostique. — M. Margueyrol : Variabilité et différentes modalités du souffle révélateur de l'insuffisance aortique. — M. Audry : Les tuberculoses du pied. — M. Michon : Contribution à l'étude des suppurations dans la fièvre typhoïde. — M. Boullet : Etude comparative du traitement des abcès de la cornée par la chaleur et le froid. — M. Rossigneux : Recherches sur l'étiologie de la diphthérie. Relation de l'épidémie lyonnaise des six premiers mois de 1889. — M. Balp : Etude sur la cavité de Retzius et les ligaments larges. — M. Cuzin : Des résultats définitifs de la résection du coude dans les cas d'ankylose. — M. Béjot : Du rôle pathogénique des lésions rénales et hépatiques dans les accidents pernicieux de l'impaludisme. — M. Barral : Sur le sucre du sang. — M. Perré : Considérations sur un cas de bassin cypho-scoliotique non rachitique. — M. Bouchet : Contribution à l'étude des fractures de l'humérus et de leur traitement par la gouttière plâtrée. — M. Dolard : La cataracte chez les jeunes sujets. — M. Ferré : Distribution géographique des granulations de la conjonctive dans la ville de Lyon. — M. Jacob : Sur quelques points particuliers de l'étude des tumeurs du rein et de leur traitement. — M. Toubert : Contribution à l'étude anatomo-pathogénique du pied plat acquis.

FORMULAIRE

Traitement du bubon. — Poutan.

Ce traitement comprend : 1° Lavage et antisepsie de la région, à l'aide de la liqueur de Van Swieten étendue de son volume d'eau chaude. 2° Ponction à la lancette, si la peau est amincie ; au bistouri étroit, si le pus est profond. 3° Evacuation complète du

©BIU Santé

pus. 4° Injection de vaseline iodoformée, liquéfiée par la chaleur. 5° Pansement avec le coton bichloruré.

La ponction doit être faite au point le plus fluctuant; et lorsque l'évacuation du pus est complète, on injecte dans l'abcès quelques seringues de liqueur de Van Swieten, pour achever le lavage de la poche. Cela fait, on y introduit doucement la vaseline iodoformée, à l'aide d'une seringue de verre qui en a été remplie à l'avance, et qui a été maintenue plongée dans l'eau chaude. — La cavité du bubon étant remplie, une plaque de coton imbibé de liqueur de Van Swieten froide est appliquée sur l'adénite, et le pansement est complété par un bandage convenable. La guérison a lieu dans l'espace de six à sept jours; cependant, dans certains cas, il est nécessaire de renouveler l'injection de vaseline iodoformée. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 16 septembre 1890, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1890.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 octobre, à quatre heures. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879, seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen prebatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe;

5° Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien* peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— M. A. de Mortillet, professeur à l'Ecole d'anthropologie, fera une excursion à Meulan, le dimanche 28 septembre prochain.

Départ de Paris (Ouest, Saint-Lazare) à 9 h. 40. — Allée couverte des Mureaux. — Collection préhistorique de M. Bonhomme. — Retour à Paris à 6 h. 40.

On trouve des cartes au siège de l'Ecole, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. A. Trousseau : Débuts oculaires de la goutte et du rhumatisme. — III. Bilhaut (de Paris) : Traitement précoce du pied-bot congénital. — IV. Bibliothèque : Les épilepsies et les épileptiques. — V. Revue des journaux : Le café vert dans les affections du foie, les coliques hépatiques et le diabète. — Des affections oculaires observées pendant l'influenza. — Les tubercules quadrijumeaux, centre d'action réflexe des mouvements oculaires. — VI. Sociétés et Congrès. — VII. Thèses de doctorat. — VIII. Formulaire. — IX. Courrier. — X. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

Au contraire du proverbe qui veut que du choc des idées jaillisse la lumière, du choc des idées émises par MM. Javal et Lagneau sur les causes de la dépopulation de la France paraît être née la confusion, car ces deux honorables académiciens paraissent loin de s'entendre sur les causes de cette dépopulation et sur les moyens d'y remédier.

Nous avons dit, dans notre dernier *Bulletin*, quelles étaient ces causes, d'après M. Javal. Mardi, l'auteur du projet a examiné les mesures qui pourraient remédier à cet état de choses. Ce sont : la suppression des contributions indirectes sur les objets de toute première nécessité; le système des primes aux familles nombreuses, bien difficile à appliquer et qui ne vaut pas l'exemption d'impôts directs; enfin des modifications portant sur les lois militaires et sur les lois successorales. Or, M. Lagneau a des opinions absolument contraires à celles de M. Javal. Il n'attribue pas une grande influence sur la natalité aux croyances religieuses, au droit d'aî-

FEUILLETON

CAUSERIE

A peine le Congrès de Berlin est-il terminé qu'on se met à préparer le Congrès de Rome. Rien de mieux. Il faut bien s'y prendre trois années à l'avance. Espérons que rien ne manquera dans l'organisation.

Le professeur Bacelli, président du comité d'organisation du futur Congrès, a fait décider, par le conseil de direction de la Société pour le bien économique de Rome, qu'une Exposition nationale aura lieu dans cette ville en 1893, pendant le Congrès; toutefois, l'Exposition serait internationale pour la section d'hygiène. « Que l'Italie, ajoute à cela M. M. Baudouin dans le *Progrès médical*, fasse une Exposition internationale en 1893, cela nous est parfaitement indifférent, d'autant plus que le ministère a le temps de changer et même l'Exposition d'avorter. Mais ce que nous ne comprenons pas, c'est qu'on limite l'internationalité de cette Exposition à la section d'hygiène seule. A notre humble avis, l'Exposition médico-scientifique, si elle a lieu en 1893, pendant un Congrès international, doit être tout entière internationale, comme elle l'était à Berlin cette année. Nous devinons bien pourquoi on a fait pareille restriction, mais nous attendons que les journaux scientifiques italiens ou M. le professeur Bacelli aient répondu sur ce point, pour insister davantage. »

©BIU Santé

nesse et à la généralisation du service militaire. M. Lagneau croit, au contraire, très utile la création des maternités-ouvroirs, contre lesquels M. Javal a cru devoir s'élever.

MM. Javal et Lagneau s'entendent cependant sur un point : c'est que, pour augmenter la population, il faut surtout s'adresser à l'augmentation de la natalité. « Il faut le crier bien haut, dit M. Javal, tout ce que nous ferons pour diminuer la mortalité et la morbidité ne sera rien en face de l'immense péril créé par la diminution de la natalité. » Mais est-il si facile de forcer la natalité à augmenter? Un économiste éminent, M. Levasseur (de l'Institut), qui vient de faire une lecture fort intéressante, à l'Académie des sciences morales et politiques, sur la fécondité de la population française comparée à celle des autres populations (voir *Semaine médicale* du 17 septembre, p. 345), ne le croit pas. « Des causes autres que celles de la physiologie, dit-il, restreignent en France la fécondité, et comme ces causes continuent à agir et que leur influence a plus de chances de grandir que de diminuer, dans un prochain avenir, la France restera un pays de faible natalité. C'est par la diminution du nombre des décès, plus que par l'augmentation de celui des naissances, qu'elle peut aspirer à un taux d'accroissement un peu moins lent. »

Qui a raison, de MM. Lagneau, Javal ou Levasseur? Tous sont armés de chiffres, et il n'y a pas, on le sait, d'arguments plus forts. Qui l'emportera? Il est regrettable que M. Levasseur ne puisse pas prendre part aux discussions de l'Académie de médecine et y apporter le poids de sa compétence, si reconnue dans les questions de ce genre. — L.-H. P.

Débuts oculaires de la goutte et du rhumatisme.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 14 juin 1890

Par le docteur A. Trousseau
Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Dans ce court travail je vais démontrer que les diathèses goutteuse et

---

Comme je ne sache pas qu'ils aient encore répondu sur ce point, je n'insiste pas davantage.

***

Je ne sais si l'*Union médicale* a déjà inséré quelque part l'histoire de la mésaventure arrivée à un pharmacien de Grenoble et à un malade qui avalait ses médicaments; mais l'eût-elle fait que j'y reviendrais encore aujourd'hui, ne serait-ce que pour dire ma façon de penser à ce sujet.

Au mois de mars dernier, deux médecins de Grenoble donnant leurs soins à un étudiant en médecine atteint d'une fièvre typhoïde grave se sont aperçus que M. X..., pharmacien à Grenoble, avait substitué de la naphtaline au naphtol ß prescrit. L'ordonnance portait 50 centigrammes de naphtol et autant de salicylate de bismuth par cachets médicamenteux. Or, les cachets fournis en renfermaient chacun beaucoup moins et répondaient une odeur caractéristique de naphtaline. Le malade a été sérieusement incommodé; il se plaignait d'un goût atroce de gaz d'éclairage et a été pris de vomissements après l'absorption de chacun de ces cachets. Sur la plainte portée par nos confrères au nom de l'Association des médecins de France, section de l'Isère, le Parquet a poursuivi le pharmacien.

Avant de donner le résultat du procès, qu'on me permette quelques réflexions.

La faute commise par le pharmacien provient d'une erreur partagée non seulement par certains pharmaciens, mais même par des médecins, à savoir que naphtaline et

rhumatismale peuvent avoir des accidents oculaires pour premières manifestations; en d'autres termes que la maladie de l'œil peut révéler la diathèse encore latente et non soupçonnée.

Je prends un exemple : Un individu a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans; il est pris subitement d'une iritis ou d'une sclérite. Interrogé sur ses antécédents goutteux ou rhumatismaux, il ne peut répondre que par des négations qui font hésiter le médecin sur la nature de la maladie oculaire jusqu'au jour où la cause s'en précise par l'apparition postérieure d'autres manifestations franches de la goutte ou du rhumatisme. Ce sont des faits de cet ordre qui ont induit en erreur quelques oculistes et leur ont fait nier l'origine goutteuse ou rhumatismale d'affections de l'œil ordinairement attribuables à ces diathèses. Ils sont utiles à connaître, car les accidents locaux peuvent faire prévoir des accidents généraux ou disséminés, ainsi le globe oculaire joue le rôle d'un précieux indicateur.

Etudions quelques faits cliniques plus instructifs que les vues spéculatives et examinons d'abord la part de la goutte.

Voici un des cas les plus caractéristiques :

M. L..., âgé de 32 ans, ayant toujours joui de la santé la plus florissante, vint me consulter il y a deux ans environ pour une sclérite de l'œil gauche des plus graves. Depuis dix-huit mois il n'a pas un instant de repos, les poussées succèdent aux poussées, malgré les médications les plus variées (salicylate de soude, de lithine, iodure de potassium, teinture de colchique).

La cornée est entièrement sclérosée; la vision est perdue de cet œil; le malade n'espère point la recouvrer, il sollicite seulement une rémission dans les poussées douloureuses. Je l'interroge sur ses antécédents : il n'a même pas souvenir d'une simple indisposition; ses ascendants, y compris les grands parents, n'ont jamais souffert de goutte ou de rhumatisme. Ses déclarations sont très précises et je dois les admettre, car il est fort intelligent, excellent observateur. Un examen minutieux ne me permit pas de dépister la moindre trace d'arthritisme, néanmoins je prescrivis la colchicine qui fut continuée sans succès pendant trois mois. Au bout de ce laps de temps, la situation

---

naphtol, c'est à peu près la même chose. Je me le suis laissé dire récemment par un pharmacien instruit, très consciencieux, qui tient très bien sa pharmacie, mais n'ayant évidemment pas d'expériences personnelles au sujet des effets comparés de ces deux médicaments. « Quand je n'ai plus de naphtol, me dit-il, je le remplace par de la naphtaline. »

Il importe donc d'attirer l'attention sur ce point et de bien faire savoir à ceux qui l'ignoreraient que naphtol et naphtaline ont, au point de vue thérapeutique, des propriétés entièrement différentes. L'exemple précité en est une preuve d'autant plus sérieuse que le malade est mort. L'erreur commise en est-elle la cause? Je ne sais, mais elle y a certainement contribué, à mon sens, bien que le tribunal ne l'ait probablement fait entrer suffisamment en ligne de compte.

Voici, en effet, le jugement rendu par le tribunal correctionnel de Grenoble, le 13 août 1890 : « Attendu qu'il est constant que le prévenu C... a substitué de la naphtaline au naphtol β, prescrit par des ordonnances du docteur en médecine traitant M. I..., de son vivant interne à l'hôpital; — attendu qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter aux moyens de défense invoqués par C..., qui dit que son élève a exécuté, seul, les ordonnances susvisées, car il est de jurisprudence que, seul, le pharmacien peut, en la matière, être responsable et que, d'autre part, l'inculpé ne peut arguer de sa bonne foi en cette cause; — considérant qu'il y a lieu de réprimer de semblables agissements qui sont de nature à porter de graves atteintes à la santé publique, etc. Par ces motifs, le tribunal condamne C... à 500 francs d'amende et aux dépens, et fixe au minimum la contrainte par corps. »

©BIU Santé

était aussi grave pour l'œil gauche, et, chose terrible, une poussée avec trouble cornéen se faisait sur l'œil droit.

J'abandonnai tout traitement interne et j'attaquai la maladie avec le galvano-cautère. Je fus assez heureux pour l'arrêter à droite après quatre cautérisations énergiques, à gauche je ne pus qu'espacer les poussées. Aussi, après trois autres mois, conseillé-je à mon malade une saison à Vichy. Après quelques jours de traitement à cette station, il fut pris par une violente attaque de goutte franche aiguë. C'était la signature de la diathèse enfin dépistée.

On eût été fort tenté, en l'absence d'antécédents et en présence de l'insuccès des médications générales, de nier l'origine goutteuse de la sclérite ; plus d'un eût exercé son esprit dans la recherche d'une étiologie moins vraisemblable.

Mon malade a fini par guérir de son affection oculaire avec une sclérose cornéenne complète à gauche, mais il est constitué goutteux ; cet état a, du reste, ses préférences.

Ce cas est un bel exemple d'une manifestation goutteuse d'emblée sur l'organe visuel.

Autre fait :

Une jeune dame anglaise de 25 ans, parfaitement portante, vint me voir il y a dix-huit mois à propos d'une iritis droite à hypohéma. Son père était goutteux ; elle n'a jamais souffert de même manière ; aussi, malgré le succès rapide du salicylate de soude, ne voulut-elle pas admettre l'origine goutteuse de son affection jusqu'au jour où elle y fut contrainte par une fluxion articulaire dans le gros orteil qui survint dix mois après sa guérison avec une nouvelle poussés d'iritis.

Encore un cas :

Un ecclésiastique de 41 ans se disant bien portant et sans antécédent personnel ou héréditaire se présente à moi en octobre dernier avec une irido-choroïdite droite de moyenne intensité, dont l'étiologie m'embarrassa fort et me fut révélée en février par de légères poussées goutteuses dans les articulations des doigts des deux côtés.

Des faits précédents je rapprocherais volontiers celui-ci :

Je soigne depuis trois ans un enfant de 13 ans, non syphilitique héréditaire, fils de père goutteux et de mère rhumatisante qui, de temps en temps, subit des poussées

---

Etant donnée la gravité d'une fièvre typhoïde, on ne peut certainement pas accuser le pharmacien d'avoir été la seule cause de la mort ; mais, étant donnés aussi les excellents effets du naphtol ? dans le traitement de cette affection, je crois que le tribunal aurait pu être plus sévère envers celui qui avait trouvé bon de remplacer le naphtol par la naphtaline, et, s'il n'osait frapper le pharmacien, frapper l'élève coupable, car, en somme, c'est lui qui a toute la responsabilité effective, sinon légale.

Encore un point à revoir dans les modifications à apporter dans l'exercice de la pharmacie.

* * *

Nos vieux abonnés n'ont pas oublié le récit dramatique des tentatives faites par les communards de 1871, parmi lesquels il y avait probablement plus d'aliénés que d'hommes politiques, pour mettre le feu à Notre-Dame, et le rôle important joué par les internes de l'Hôtel-Dieu dans la préservation de ce magnifique chef-d'œuvre architectural. L'*Union médicale* du 1er juin 1871 a raconté les péripéties de ce sauvetage, d'après le récit qui lui en avait été fait par M. Hanot, alors interne de M. Hérard, et actuellement médecin des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine.

Je dois ajouter, pour faire une compensation aux choses désagréables que je viens de dire de quelques pharmaciens, que la plus grande partie de ce sauvetage a été attribuée aux internes en pharmacie de l'Hôtel-Dieu.

Cette histoire vient de revenir sur l'eau à propos de la publication du *Journal des*

d'iritis torpide insidieuse, s'accompagnant de très légères douleurs et rougeur, mais présentant une grande tendance à former des synéchies. En l'absence de toute autre cause raisonnable, j'attribuerais volontiers cette iritis chronique à la diathèse urique, quoique je n'aie pas évidente confirmation de mes soupçons. Les Anglais nous ont appris que la goutte héréditaire est coutumière de ce genre de méfaits.

Les observations que je viens de rapporter me paraissent assez concluantes pour faire admettre que la goutte peut attaquer l'œil d'emblée avant tout autre organe; je vais maintenant citer celles qui se rapportent à la diathèse rhumatismale.

Mme V..., âgée de 38 ans avait depuis cinq ans, chaque année, en mars ou avril, une poussée de sclérite boutonneuse tantôt sur un œil, tantôt sur l'autre, tantôt sur les deux en même temps. A part cela, sa santé était restée parfaite; elle n'avait ni affection cutanée, ni douleurs articulaires, ni dyspepsie, ni antécédents douteux. Elle a suivi les traitements les plus variés sans résultat appréciable; on a donné à son affection les causes les plus diverses; on a même été jusqu'à la considérer comme syphilitique. Ce n'est qu'en janvier dernier, après une attaque d'influenza, que la malade a été prise de rhumatisme subaigu et que la lumière a pu se faire sur la nature de la sclérite.

Je possède encore quatre observations d'iritis ou d'irido-choroïdite dont l'étiologie est restée obscure jusqu'au jour où ont éclaté des accidents rhumatismaux. Il serait fastidieux de les reproduire en détail, tous les faits se ressemblant.

J'ajouterai que ces cas complets nous permettent d'attribuer avec quelque vraisemblance une origine rhumatismale à des affections oculaires comme celle que j'ai observée chez un jeune médecin. Celui-ci est de temps en temps pris d'une rougeur sclérale qui dure quatre à cinq jours, puis disparaît. Il n'a jamais eu de rhumatisme, mais il a des éruptions cutanées fréquentes, il est chauve et est issu d'un père rhumatisant. Ne peut-on le considérer comme en puissance d'une sclérite rhumatismale, malgré l'absence du réactif articulaire?

Goncourt, qui y a fait allusion dans des termes qui pouvaient prêter à la confusion. A ce propos, M. A. Cabanès, dans l'*Intermédiaire des chercheurs et des curieux*, a publié un article dans le but de savoir de quel côté est la vérité. L'erreur ne porte pas sur l'incendie en lui-même, mais sur son origine.

J'ai été quelque peu étonné, je l'avoue, dit M. Cabanès, en lisant, dans le très documenté *Journal des Goncourt*, le stupéfiant entrefilet suivant :

Jeudi 4 mai. — Le soir, Verlaine confesse une chose incroyable. Il déclare qu'il a dû combattre et empêcher une proposition qui voulait se produire : une proposition demandant la destruction de Notre-Dame de Paris. »

Très incroyable en vérité, le récit du *Pauvre Lélian!* M. de Goncourt serait-il mal servi par ses souvenirs, ou le *poète maudit* aurait-il voulu mystifier notre confrère? (Je suppose que *Pauvre Lélian* et *poète maudit* sont des surnoms donnés à Verlaine. Je ne suis plus assez au courant de l'histoire de cette époque pour pouvoir l'affirmer.) Autant de suppositions absurdes, sans aucun doute. N'y aurait-il pas là une simple confusion de noms avec un certain Verlain ou Varlin, auteur réel de cette motion conservatrice? Ou plutôt tout cela ne serait-il qu'un conte, alors que la vérité vraie serait consignée dans le feuilleton d'un journal médical, écrit presque au lendemain de l'évènement (*Union médicale* du 1er juin 1871)? Après tout, c'est un point d'histoire qu'il importerait d'élucider, et à ce titre nous avons cru de notre devoir de citer cette page oubliée presque *in extenso*. (De quoi Simplice, s'il vivait encore, serait très reconnaissant envers notre

©BIU Santé

Tous les malades cités plus haut avaient été, au moment des accidents oculaires, très soigneusement étudiés par moi ou par des confrères au point de vue rhumatismal; les conclusions des divers examens avaient toutes été négatives.

Je n'ai donc pas cru inutile d'insister sur ces points spéciaux, à savoir que la goutte et le rhumatisme peuvent d'emblée frapper l'œil avant toute autre manifestation articulaire, cutanée ou viscérale, qu'ainsi la constatation d'une affection oculaire isolée, mais qui coexiste souvent avec les manifestations franches des deux diathèses, doit à elle seule éveiller l'attention sur l'existence encore cachée de ces diathèses.

Il m'a semblé que les accidents oculaires primitifs étaient presque toujours suivis à brève échéance d'accidents articulaires qu'ils peuvent faire prévoir.

Dans la plupart des cas, le traitement général a peu modifié l'affection locale; il ne peut donc servir de pierre de touche et ne permet pas de juger la nature de la maladie.

Traitement précoce du pied-bot congénital

Par le docteur Bilhaut, de Paris (1).

Après avoir exposé quelques généralités sur le pied-bot congénital, sa pathogénie, ses lésions anatomo-pathologiques et son traitement chirurgical, l'auteur émet l'avis que la cure de cette malformation serait des plus simples, si l'on n'avait la fâcheuse habitude de laisser s'écouler plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années, avant de s'occuper de cette difformité.

Pour le docteur Bilhaut, tout pied-bot congénital devrait être soigné dès les premières semaines qui suivent la naissance. A cette époque, la réduction est facile, elle n'exige aucune opération sanglante, aucune manœuvre de force. Quand le pied a été convenablement réduit, il faut le laisser plusieurs semaines dans sa nouvelle attitude.

(1) *Congrès de Berlin.* (Section d'orthopédie.)

confrère.) Si ceci nous valait quelque communication authentique de témoins oculaires, nous estimerions que nous n'avons pas tout à fait perdu notre temps.

M. Cabanès donne ensuite le récit de l'*Union médicale*, et ajoute :

« Après la lecture de cet émouvant récit, notre conviction est faite. Mais enfin, devant l'affirmation de M. de Goncourt, il y a lieu peut-être de faire quelques réserves. M. Verlaine était, à l'époque, toujours d'après M. de Goncourt, chef du bureau de la presse à l'Hôtel de Ville, ce qui donnerait une certaine vraisemblance à son intervention. C'est là, en tout cas, une version inattendue de cet évènement si important, et nous désirerions fort, pour notre édification et surtout celle de nos lecteurs, que l'auteur des *Poèmes saturniens* et autres gracieux chefs-d'œuvre voulût bien prendre part à ce débat rétrospectif. S'il a été à la peine, nous serions tout heureux qu'il fût également à l'honneur.

« Jusqu'à plus ample informé, nous sommes autorisés à croire que c'est à nos collègues de l'Hôtel-Dieu, et à eux seuls, que nous devons la conservation de Notre-Dame de Paris. »

Si nos lecteurs peuvent nous donner quelques renseignements au sujet de la question présente, nous leur en serons très reconnaissants.

* * *

Les *Annales médico-psychologiques*, qui renferment toujours des faits très intéressants, viennent de donner un mémoire de M. Paul Moreau (de Tours) sur les suicides étranges,

Trente observations publiées en partie dans les *Annales d'orthopédie* ont permis à l'auteur de poser les conclusions suivantes :

1° Le traitement le plus efficace contre le pied-bot est le traitement précoce;

2° Il est absolument inoffensif;

3° Le redressement doit être complet, le pied doit être ramené à l'angle droit, et maintenu dans cette position jusqu'à guérison;

4° Quand on fait l'immobilisation, on doit placer le pied dans une situation exactement semblable à celle du pied sain et ne pas transformer une déviation en une autre;

5° Des divers appareils à employer, le plus utile, c'est le bandage roulé avec attelle contentive en gutta-percha;

6° Chez le nouveau-né, les opérations sanglantes sont inutiles, parfois dangereuses, et le redressement manuel suffit.

BIBLIOTHÈQUE

LES ÉPILEPSIES ET LES ÉPILEPTIQUES, par Ch. FÉRÉ. — Paris, Alcan, 1890.

L'auteur, mieux placé que personne pour un travail de ce genre, a publié sous ce titre un véritable traité de l'épilepsie qui restera certainement classique pendant longtemps.

Pour lui, l'épilepsie ne reconnaît pas pour cause une lésion spécifique précise, mais il est bien établi que ses diverses manifestations se produisent en conséquence de lésions ou d'altérations fonctionnelles très diverses; ce n'est pas une maladie, c'est un groupe de syndromes, les épilepsies, dans lequel il faut faire rentrer les éclampsies, véritables épilepsies aiguës et l'épilepsie partielle ou jacksonnienne.

D'après ce plan, M. Féré étudie d'abord les épilepsies partielles, puis l'épilepsie générale d'emblée. Il rapproche complètement l'épilepsie de l'éclampsie, car les deux maladies ont les analogies cliniques les plus grandes et la même pathogénie.

Nous ne pouvons que recommander la lecture de l'ouvrage de M. Féré, qui joint à une érudition étendue une expérience clinique qui lui a permis d'écrire son livre à l'aide d'un grand nombre d'observations originales.

Douze photographies hors texte reproduisent des types intéressants de déformations partielles ou générales précédant les épilepsies ou leur étant consécutives. — P. Ch.

qui nous a paru digne d'une mention spéciale. C'est étonnant, quand on veut se suicider, tout ce qu'on peut déployer d'énergie pour arriver à.... sa fin. Par exemple ceux qui se tuent pour éviter le déshonneur du bagne ou de l'échafaud. Autrefois, bien des prisonniers, des esclaves, se sont suicidés pour éviter de combattre contre des bêtes ou d'autres prisonniers. Sénèque rapporte qu'au combat des bêtes, un Germain, destiné au spectacle du matin, feignant un besoin naturel, se retira dans le seul endroit où il pût aller sans garde. N'y ayant trouvé qu'un bâton, à l'extrémité duquel se trouvait une éponge et destiné à entretenir la propreté de ces lieux, il se l'enfonça assez avant dans le gosier pour s'étouffer. Avouez qu'il fallait une assez forte dose de courage pour aller jusqu'au bout.

Le même auteur dit aussi qu'un malheureux conduit au combat dans un chariot feignit de s'endormir, laissa tomber sa tête, s'allongea suffisamment pour la faire passer entre les rayons des roues de la voiture, puis se tint ferme sur son siège jusqu'à ce que la révolution de la roue lui eût brisé les vertèbres du cou. De cette façon le chariot qui le conduisait au supplice servit à l'y soustraire.

Passons sur les suicides des Girondins. Plus près de nous, il y en a de plus bizarres. Tel est cet anarchiste qui s'est suicidé dans la prison de Chicago en se mettant dans la bouche une cartouche de dynamite qu'il fit éclater. C'était de la dynamite bien placée. A Liverpool un prisonnier s'est suicidé dans sa cellule en pratiquant une entaille aux conduites de gaz. Il est mort asphyxié. Un Chinois s'est suicidé en se pendant par les pieds et se faisant attacher ensuite un poids très lourd à sa natte.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Le café vert dans les affections du foie, les coliques hépatiques et le diabète (*Lyon médical*, 1890, 17). — Un médecin de Buboste, le docteur Landarrabilco, a publié, dans le *Montpellier médical*, un travail intéressant sur le café vert. Dès 1886, il avait attiré l'attention sur ce café, envisagé au point de vue de ses applications thérapeutiques dans la goutte, la gravelle, les coliques hépatiques et la migraine. Depuis cette époque, il a employé le café vert assez fréquemment et avec assez de succès pour l'engager à faire connaître le résultat de sa pratique. Le café qu'il emploie est un mélange ainsi composé :

Martinique	1 demi.
Moka	1 quart.
Bourbon	1 —

On mèle le mieux possible les trois espèces de café et on en fait des paquets de 25 grammes chacun. On met le soir, dans un verre rempli d'eau, ces 25 grammes de café mélangé, on couvre le verre le mieux possible et on laisse macérer pendant dix à douze heures au plus.

Le matin, remuez le contenu du verre, passez le liquide pour le débarrasser des grains de café et faites boire à jeun, froid et sans sucre, le produit de la macération. On peut manger peu de temps après. — P. N.

Des affections oculaires observées pendant l'influenza (*Congrès de l'Association ophthalmologique italienne* et *Annales d'oculistique*, 1890, p. 90). — Le docteur R. Rampoldi en distingue deux formes : la nerveuse et l'inflammatoire. A la première forme appartiennent des douleurs dans les bulbes au moindre mouvement, de vraies ophthalmodynies, des névralgies sourciliaires accompagnées ou non d'hyperémie de la conjonctive ou d'infiltration de la cornée, la paralysie de l'accommodation, les asthénopies accommodatives, le blépharospasme. Parmi les formes inflammatoires, Rampoldi a observé une hyperémie violente de la conjonctive, des orgelets, des furoncles, deux fois la panophthalmie, trois fois la cyclite glaucomateuse, l'hypopion, etc. — P. N.

Les tubercules quadrijumeaux, centre d'action réflexe des mouvements oculaires, par V. Basévi (*Annales d'oculistique*, 1890, t. CIV). — Observations et expé-

---

A Cattaro, en Dalmatie, un lieutenant d'artillerie de forteresse s'est tué d'un coup de canon qu'il avait chargé d'un obus et auquel il a mis le feu au moyen d'une règle munie d'une mèche. Un sous-officier d'artillerie s'est tué de la même manière. Est-ce par imitation? C'est en tout cas une sorte de suicide professionnel, comme les perruquiers se coupent la gorge avec leur rasoir, les cordonniers s'ouvrent le ventre avec leur tranchet, les graveurs avec le burin, les blanchisseuses s'empoisonnent avec la potasse ou le bleu de Prusse, ou s'asphyxient avec le charbon.

L'esprit d'imitation est entré évidemment en jeu dans le second des faits suivants :

Il y a quelques années, un ouvrier se tuait dans les ateliers de Mme C..., fabricante de petits canons en cuivre, en se tirant dans la tête un coup de ces petits canons qu'il fabriquait.

Peu de temps après, un enfant de 12 ans, qui avait entendu parler de ce fait par ses parents, dit : « Tiens, c'est une idée, je ferai comme lui. » On n'attacha aucune importance à ces paroles. Un jour, on le trouva mort au pied d'une table sur laquelle était un de ces canons. Pour que le doute ne fût pas possible, il avait laissé un papier avec ces mots : « Je me suis brûlé la cervelle exprès. » Aucune raison ne pouvait expliquer cette fatale décision; c'est alors que les parents se rappelèrent ce que leur enfant leur avait dit.

Il y en a bien d'autres de ce genre dans cet intéressant article, mais il ne faut pas insister sur les choses tristes. Ceux qui voudront avaler la potion jusqu'à la lie, pourront remonter à la source.

Simplissime.

riences prouvant que, si le cerveau peut, par volonté, mettre en action, au besoin, l'appareil moteur des yeux, et s'il existe, dans la moelle allongée, des noyaux pour les différents mouvement des yeux, il y a aussi un organe anatomiquement et physiologiquement intermédiaire, servant, d'une manière automatique, de centre réflexe et coordinateur desdits mouvements. Cet organe est représenté par les tubercules quadrijumeaux. — P. N.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LYON (1er SEMESTRE 1890) (1).

SOMMAIRE : Lavage de la vessie. — Difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale. Amputation de la jambe.

M. CHASSAGNY a indiqué le moyen de pratiquer le *lavage de la vessie* dans les meilleures conditions et avec des appareils d'une extrême simplicité. Un récipient quelconque, une bouteille, une carafe, est placé près du lit du malade, à une hauteur de 1 mètre environ au-dessus de lui. Ce récipient contient le liquide destiné au lavage; on y fait plonger un siphon que l'on amorce et dont on ferme le robinet. Le tube de caoutchouc constituant le siphon est relié à un autre tube placé à une des branches du tube en Y; c'est par là que le liquide va pénétrer dans la vessie; un autre tube placé à la seconde branche du tube en Y permettra l'évacuation des liquides.

Tout en étant ainsi disposé, on fait, avec une sonde quelconque, le cathétérisme de la vessie; l'extrémité inférieure de la sonde est munie d'un tube de caoutchouc avec lequel on raccorde la branche unique du tube en Y. Ouvrant alors le robinet du siphon, le liquide arrive dans la vessie, qu'il remplit bientôt complètement si l'on a soin de s'opposer à l'écoulement en pinçant le tube évacuateur.

Lorsque cette plénitude se traduit par un sentiment de gêne qu'éprouve le malade, on permet l'évacuation du liquide et on peut la rendre plus rapide en suspendant l'arrivée par le pincement du tube du siphon.

On peut ainsi faire passer en très peu de temps une notable quantité de liquide, et ce résultat est obtenu avec un simple siphon, un tube en Y, que l'on peut emprunter au thermo-cautère de Paquelin, et qui peut être en métal, en verre ou en caoutchouc, et enfin, avec une simple sonde en gomme, en métal ou en caoutchouc rouge, on a ainsi tous les avantages d'une sonde à double courant sans avoir aucun de ses inconvénients constitués par la rigidité des sondes métalliques, l'absence de perméabilité des sondes de gomme et la difficulté de leur entretien, sans compter l'élévation de leur prix.

Ce avage ainsi pratiqué a, sur les injections simples, dont on se contente généralement aujourd'hui, l'avantage de faire un lavage beaucoup plus complet. En effet, lorsqu'on distend la vessie, le liquide la déplisse, pénètre dans ses moindres replis; cette distension doit avoir pour résultat d'entr'ouvrir l'ouverture des vaisseaux absorbants et de favoriser par là la pénétration des liquides dans l'économie. On a ainsi un lavage par mbibition; lorsque, au contraire, après avoir vidé la vessie, on laisse de nouveau arriver le liquide, on a une espèce de rinçage avec projection contre les parois, qui sont ainsi complètement détergées et débarrassées des mucosités qui peuvent les tapisser.

Depuis que M. Chassagny emploie cette méthode, c'est-à-dire depuis près de trois ans, il en a toujours obtenu des effets plus marqués qu'avec la simple injection; c'est ainsi que, dans la première séance, on amène rapidement la vessie à contenir une plus grande quantité de liquide; ce qui se produit pour le liquide du lavage se produit également pour l'urine qui peut s'accumuler en plus grande quantité sans éveiller l'intolérance de l'organe. Dans le catarrhe vésical, l'odeur ammoniacale se dissipe rapidement, les écoulements muco-purulents se tarissent et un mieux notable ne tarde pas à se produire.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 23 et 25 septembre.

©BIU Santé

— MM. Taty et Belons ont montré les *difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale* en communiquant quelques observations dans lesquelles le syndrome paralytique était si complet que l'on pouvait croire à l'existence de la paralysie générale vraie, alors qu'il ne s'agissait que des variétés de paralysie générale qui méritent par leur début, leur marche et leur évolution d'être nettement séparées de la forme de Bayle. Il ne manquait, dans ces cas, aucun des symptômes classiques de la méningo-encéphalite : troubles de la parole, inégalité pupillaire, tremblements fibrillaires de la langue, tremblement des lèvres avant l'émission des mots, tremblement des extrémités; du côté de l'intelligence : délire mégalomaniaque ou micromaniaque, délire hypochondriaque caractéristique; et cependant le diagnostic et le pronostic furent réservés. Certaines circonstances relevées dans les antécédents héréditaires ou personnels, la constatation rigoureuse de tous les symptômes morbides présentés par les malades motivèrent cette réserve qui fut justifiée, du reste, par l'évolution de la maladie. Aussi concluent-ils de leurs observations que le syndrome paralytique, même très franc, doit inspirer une certaine prudence au point de vue du pronostic quand il apparaît chez un héréditaire vésanique ou accompagné des symptômes d'un autre état morbide, tel que, par exemple l'hystérie, le tabès, l'alcoolisme, la syphilis, etc.

L'examen clinique minutieux, complet et suffisamment prolongé d'un paralytique général, en faisant soupçonner la nature de la cause souvent par un signe que l'on serait tenté de négliger parce qu'il n'entre pas dans le cadre des symptômes classiques, permettra d'établir la variété de paralysie générale dont le malade est atteint, fera naître des indications thérapeutiques précieuses et mettra sur la voie du pronostic.

— M. Ollier a présenté un malade qui a subi, il y a quatre mois et demi, l'*amputation de la jambe* pour des lésions tuberculeuses du pied. Le procédé opératoire qu'il a suivi est celui-ci : la jambe a été sciée à 7 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, mais M. Ollier, malgré le mauvais état de la peau, a conservé les tissus mous du talon doublés en dedans de la gaine périostique de calcanéum. Il a remonté le talon désossé contre la surface de section des os de la jambe, et déjà on peut constater dans l'intérieur du périoste calcanéen la présence d'un coussinet ostéo-fibreux résistant. Le talon est mobile, son malade salue du talon. Cette mobilité tient à ce que le tendon d'Achille a été sectionné au-dessous de sa portion musculaire et que son bout inférieur a été fixé aux tendons des muscles inférieurs de la jambe, de façon à faire une anse contractile. La plaie est cicatrisée; ce malade peut s'appuyer et se soutenir sur son moignon; un pilon convenable permettra de corriger le raccourcissement.

M. Ollier a rappelé que c'est dans la thèse du docteur Masson, de Mirecourt (*Des amputations sous-périostées*, Montpellier, 1868), qu'a été exposée pour la première fois la méthode articulaire de désarticulation du pied (tibio-tarsienne et sous-astragalienne) avec conservation du périoste calcanéen. Depuis lors, il a, toutes les fois que la peau est saine, pratiqué le procédé dont il a parlé à propos de la présentation de ce malade.

Il attache une telle importance à la conservation du talon que, lorsque cette conservation est possible, il croit qu'il faudra songer à conserver le talon antérieur au métatarsien. Ce talon sert, en effet, à créer un point d'appui stable.

C'est cette question du point d'appui qui a beaucoup préoccupé les chirurgiens qui ont pratiqué l'opération sus-malléolaire. Pour l'obtenir, on a d'abord eu l'idée de conserver le tendon d'Achille; mais celui-ci, toujours étiré en haut, ne tardait pas à porter en arrière la cicatrice jadis antérieure. Pour en empêcher l'ascension, on l'a sectionné et suturé.

Le talon désossé peut être remonté contre la surface de section des os de la jambe, non pas seulement dans la section du plateau tibial, mais dans des amputations au quart inférieur, à 7, 8, 10 centimètres de la ligne malléolaire. On pourrait même le remonter plus haut, mais alors le malade présenterait un tel raccourcissement qu'il n'y aurait pas grand avantage à le faire marcher sur son moignon.

Quant à la mobilité du talon, M. Ollier n'y tient pas spécialement. Il est d'avis, chez les adultes, d'exciser légèrement les malléoles, surtout qnand elles sont saillantes; chez les enfants, si, bien entendu, elles sont saines, leur excision est inutile, car les malléoles ne donneront pas lieu à des pressions douloureuses.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890

M. Cardeilhac : Des déchirures du col de l'utérus et de la trachélorraphie. — M. Nègre : Contribution à l'étude du mouvement de désassimilation chez le vieillard. — M. Brouillon : De l'avortement rhumatismal. — M. Mignosse : Considérations sur les arthropathies dysentériques. — M. Glorget : Contribution à l'étude de la contagiosité de la lèpre. — M. Sabathier : Des rétrécissements congénitaux de la partie supérieure du rectum. — M. Merlat : Etude critique du traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire inguinale. — M. Démery : L'ophtalmie granuleuse à Montpellier. — M. Durand : De quelques troubles symptomatiques et sympathiques des affections de l'utérus. — M. Barrau : Contribution à l'étude de l'aphasie suite de fièvre typhoïde malarienne. — M. Olympitis : Des rapports de l'adénopathie de l'aisselle avec la tuberculose pulmonaire. — M. Lapeyre : Etude sur les relations des lésions organiques du cœur gauche avec la tuberculose pulmonaire. — M. Dorte : Du traitement de la bartolinite par l'incision antiseptique et la thermo-cautérisation. — M. Lombard : Des troubles de la sensibilité générale dans le mal de Bright. — M. Faraut : Un cas d'érythème polymorphe infectieux grave. — M. Aussoleil : Quelques observations d'épilepsie larvée. — M. Tagent : De quelques complications de la grippe, observées pendant l'épidémie de 1889-90. — M. Cotton : Contribution à l'étude des amyotrophies progressives primitives. — M. Bourguet : Du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. — M. Prat-Flottes : De la réunion immédiate totale à la suite des grandes opérations. — M. Marquehosse : De la suspension dans le traitement du tabes dorsalis. — M. Pujol : Rôle de l'hygiène dans la prophylaxie des maladies infectieuses. — M. Bouyssan : De la phlegmatia alba dolens chez les tuberculeux. — M. Soleville : Contribution à l'étude des abcès du sinus maxillaire. — M. Huot : Des injections mercurielles massives dans le traitement de la syphilis. — M. Christowitz : Du traitement des ulcères simples de jambe à l'état actuel. — M. Adamidès : Contribution à l'étude de la fièvre dengue. Parallèle avec la grippe. — M. Banal : Recherches biologiques sur l'excrétion urinaire aux différents âges de la vie. Etude de la toxicité urinaire. — M. Jourdan : Essai sur les sarcomes de l'antre d'Hyghmore. — M. Rey : De l'antisepsie des voies urinaires. — M. Soulagnes : Contribution à l'étude du traitement des fractures para-articulaires par le massage. — M. Bichon : Diagnostic et traitement de l'abcès du oie. — M. Chevalié : Contribution à l'étude des troubles de la motilité et de la pathogénie du goître exophtalmique. — M. Franseschi : Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chloralamide. — M. Duranton : De la suture primitive et secondaire de l'urèthre. — M. Bertès : Contribution à l'étude de l'aristol et ses applications thérapeutiques. — M. Dore : Des troubles psychiques tributaires de la grippe. — M. Villebrun : Des kystes de la paroi antérieure du vagin. — M. Noguès : Quelques considérations sur les idées de grandeur chez les persécutés génitaux. — M. Gubernatis (de) : Contribution à l'étude de la période préataxique de l'ataxie locomotrice progressive. — M. Castelnau : Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses de l'ovaire. — M. Dubois : Contribution à l'histoire de la grippe épidémique principalement observée à Toulon (hiver 1889-1890). — M. Menard : Contribution à l'étude de l'oto-méningite aiguë. — M. De Bonniot : Du bromure de potassium. Son action comparée à celle des autres bromures dans le traitement de l'épilepsie. — M. Guy : De la pleurésie purulente. Etiologie et nature. Traitement par la pleurotomie antiseptique précoce. Indications et contre-indications des lavages. — M. Castriotis : De l'influence des traumatismes et des maladies incidentes dans la paralysie générale et la folie.

FORMULAIRE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU GOÎTRE. — Terrillon.

On se munit d'une seringue de Pravaz rendue bien aseptique, et on enfonce l'aiguille dans le corps thyroïde, à la profondeur de deux à trois centimètres. On retire la seringue,

©BIU Santé

pour s'assurer qu'il ne coule pas de sang par la canule, puis, après l'avoir rajustée, on injecte dans la tumeur la moitié du contenu de la seringue de teinture d'iode fraîche et pure. On ne retire pas immédiatement la canule ; mais on attend quelques secondes, afin que la teinture ne puisse s'écouler dans le tissu cellulaire sous-cutané. Si la première injection n'a provoqué qu'une légère douleur, avec un peu de gonflement, on peut dorénavant injecter une seringue entière. — Les opérations doivent être espacées de quatre ou cinq jours, afin d'éviter les accidents d'iodisme qui pourraient survenir ; de plus, les injections ne seront pas poussées dans les mêmes points de la tumeur. — On a vu des goitres guérir par l'injection d'une seule seringue de teinture d'iode ; mais il en faut quelquefois une vingtaine pour ramener le corps thyroïde à son volume normal. — Au lieu de teinture d'iode, on peut injecter également de l'éther iodoformé au dixième.

N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 16 septembre 1890, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Ecoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 27 octobre 1890.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 octobre, à quatre heures.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions, qui auront subi avec la note *bien* les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel ;

2° Les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieur.

Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la note *bien*, peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Corne, médecin principal des armées en retraite.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur**. Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels ; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

Bulletin bibliographique.

Le crin de Florence et sa valeur thérapeutique, par les docteurs Guermonprez et Bigo.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. Bibliothèque : Sur les contagieuses et maudites Bubas; histoire et médecine. — III. Sociétés et Congrès. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Chancre mixte.

Messieurs,

Les deux chancres syphilitique et simple, que nous avons étudiés dans les précédentes leçons, ne vivent pas toujours isolés; on les voit chez quelques malades se développer simultanément sur un même point de l'économie et confondre leurs actions et leurs symptômes.

C'est à Rollet que revient l'honneur d'avoir établi qu'à la suite d'une double inoculation simultanée ou rapprochée, le virus chancrelleux et le virus syphilitique peuvent évoluer en même temps sur un même point de l'économie et fusionner leurs processus pathologiques, donnant ainsi naissance à des chancres en partie double dans lesquels les propriétés, les caractères de l'un et l'autre chancre se trouvent combinés, confondus, c'est à ces chancres en partie double que Rollet a donné le nom de *chancres mixtes*, aujourd'hui universellement adopté. Le professeur Rollet n'a pas seulement fait œuvre de clinicien sagace en dissociant les éléments complexes de tels chancres; il a, comme nous le rêvions, enlevé au défenseurs de la théorie de l'unité des virus vénériens un de leurs derniers retranchements et permis aux partisans de la doctrine de l'unité de comprendre ces faits dont l'explication les avait jetés dans l'embarras jusqu'à la découverte du savant lyonnais.

La double inoculation, chancrelleuse et syphilitique, nécessaire au développement du chancre mixte, peut s'effectuer dans des conditions différentes; les deux virus peuvent être inoculés simultanément au moment d'un même rapprochement; ils peuvent être inoculés à des époques successives; le développement de la maladie variera suivant que l'inoculation se sera faite dans l'une ou l'autre condition.

Les inoculations simultanées peuvent se faire par le contact d'un sujet possédant à la fois un chancre syphilitique et une chancrelle; elles peuvent être dues à l'inoculation du pus formé à la surface d'un chancre mixte, puisque ce pus renferme naturellement réunis les deux virus chancrelleux et syphilitique. Mais là ne sont pas les sources uniques du chancre mixte; le pus, recueilli à la surface d'une chancrelle développée chez un sujet en

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 14, 26 août, 4, 11, 16 et 25 septembre 1890.

©BIU Santé

puissance de syphilis, pourra agir d'une façon identique ; je m'explique : c'est un fait connu que la plupart des humeurs et des sécrétions recueillies sur un malade atteint de syphilis peuvent renfermer une part de virus vénérien et devenir par le fait même infectants ; le pus d'un chancre simple survenu chez un syphilitique rentrera dans cette loi; ce pus chancrelleux puisera son action chancrelleuse dans le foyer même de l'ulcération où il est recueilli ; il empruntera son action syphilitique à l'altération générale des humeurs ; la production des deux virus se ferait dans des points différents de l'économie ; leur mélange seul, et non leur production, aurait lieu au niveau de l'ulcération chancreuse.

Certains auteurs ont admis qu'en pareil cas, pour produire l'effet double, le mélange du sang au pus était nécessaire; le pus pur, recueilli à la surface de la chancrelle, ne posséderait pas le double pouvoir infectieux, il ne l'acquerrait que dans les cas où une certaine quantité de sang viendrait se mélanger à lui et lui apporterait le pouvoir infectieux syphilitique qu'il ne possède pas par lui-même; il se passerait ici ce qui se passe pour la lymphe vaccinale dont le pouvoir infectant est au moins fort restreint, si elle n'est mélangée accidentellement avec le sang ou si elle n'emprunte son action nocive à une lésion syphilitique contiguë à la pustule vaccinale. Il est, en tout cas, admis par la plupart des syphiligraphes que le chancre mou des syphilitiques est moins actif et expose moins à la contagion double que le chancre mixte syphilitico-chancrelleux dans lequel le virus syphilitique et le virus chancrelleux s'élaborent incessamment d'une façon simultanée.

Notons, avant de quitter cette question de la double infection contemporaine, qu'un syphilitique auquel on inoculerait le pus d'un chancre syphilitique chancrelleux sortirait de cette épreuve porteur d'une vulgaire chancrelle; en sa qualité d'ancien syphilitique, il se montrerait rebelle à à l'action du virus vénérien, et le virus chancrelleux seul exercerait sur lui son action.

Des faits de ce genre paraissent avoir été observés par Ricord, Clerc, qu'ils ont conduits à des conclusions erronées; ces deux éminents syphiligraphes, au moment où la question de la dualité chancreuse était encore à l'étude, virent, dans quelques cas, des chancres mous survenir chez d'anciens syphilitiques ayant été en rapport avec des sujets entachés de lésions de syphilis jeunes; ils en conclurent que, si l'inoculation du virus syphilitique à d'anciens vérolés reste souvent sans résultats, elle peut quelquefois conduire à la production de chancres simples; Rollet pense, et son opinion paraît fort admissible, que les sujets qui auraient pu donner des chancres simples aux anciens syphilitiques de Ricord et de Clerc n'étaient pas de simples vérolés, mais bien des malades atteints de chancres mixtes.

En cas d'inoculations successives, il est habituel que le chancre syphilitique soit inoculé le premier, et cet ordre de succession se comprend aisément; après l'inoculation de l'un ou l'autre virus, un certain temps s'écoule avant l'apparition du chancre, temps pendant lequel le malade en incubation s'expose, sans appréhension pour lui ou le prochain, à de nouvelles contaminations ; or, ce temps, de quelques jours à peine de durée pour le malade en inoculation de chancrelle, peut devenir et devient ordinairement des semaines pour le malade en incubation de syphilis; celui-ci, par là même, disposant d'un temps beaucoup plus long pour courir de nou-

veaux dangers, pourra rencontrer de plus nombreuses occasions de doubler ses inoculations virulentes; après l'apparition de l'ulcération vénérienne, la chancrelle, douloureuse spontanément et au contact, ne permet guère au porteur de continuer ses prouesses amoureuses et de courir après une nouvelle inoculation; le chancre syphilitique, au contraire, absolument indolore, permet encore aux malades peu scrupuleux de courir de nouvelles aventures et de nouveaux dangers; pendant la période silencieuse de l'incubation, comme après l'apparition du chancre, le syphilitique a, vous le voyez, plus de facilité et plus de chances de subir une seconde inoculation que le chancrelleux; rien d'étonnant donc que le chancre huntérien soit plus souvent inoculé le premier que la chancrelle; et cependant les phénomènes commencent habituellement par ceux du chancre simple.

Le chancre mixte n'est, en effet, pour ainsi dire, jamais mixte d'emblée et n'offre pas à ses débuts les caractères combinés des deux chancres; le plus souvent, pendant une période de temps plus ou moins longue, l'observateur se trouve en présence d'un chancre simple, et ce n'est qu'après quelques jours ou quelques semaines d'existence que celui-ci commence à prendre les caractères du chancre syphilitique; son fond s'élève et devient moins déprimé, sa surface moins inégale, sa suppuration moins abondante; la couleur passe du jaune au rouge; les tissus voisins de l'ulcération s'indurent et deviennent chancroïdes; l'adénopathie inguinale se développe. Cette apparition habituelle des phénomènes de la chancrelle avant ceux du chancre syphilitique trouve son explication dans l'inoculation souvent simultanée des deux virus et dans l'inégale durée de leur incubation; le chancre mou se montre quelques jours à peine après l'inoculation, l'apparition du chancre syphilitique ne se fait au contraire que plusieurs semaines après celle-ci; en cas d'inoculation simultanée, le second n'apparaîtra donc que plusieurs semaines après le premier, alors que celui-ci approche du moment de sa cicatrisation.

Dans le cas d'inoculation successive, la chancrelle, bien que inoculée la dernière, peut encore, en vertu de sa courte incubation, faire apparition avant les signes caractéristiques de la syphilis; mais l'apparition de ceux-ci suivent le développement de celle-là, de plus près que dans le cas d'inoculation simultanée, d'autant plus près que l'inoculation de la chancrelle a eu lieu à une époque plus ultérieure à celle de la syphilis. L'apparition des symptômes chancrelleux et celle des syphilitiques pourraient être simultanées si la chancrelle avait été contractée dans les derniers jours de l'incubation de la syphilis, juste le temps nécessaire à sa propre incubation; mais si une telle coïncidence de faits n'est pas impossible, elle doit au moins se présenter bien rarement.

La marche générale du chancre mixte est nettement résumée par ces quelques paroles de M. Rollet : « Les chancres indurés développés sans incubation et dans lesquels l'induration n'apparaît qu'assez longtemps après l'ulcération et même quand celle-ci est cicatrisée, sont les chancres mixtes contractés à la suite d'une contagion unique, dans laquelle les deux virus se sont inoculés sur le même point. »

Diday a montré que, dans le cas de chancre mixte, l'apparition des accidents secondaires se fait tardivement, relativement à la date d'apparition première de l'ulcération chancreuse; les accidents secondaires se montrent en retard de vingt à vingt-cinq jours sur la date d'apparition du chancre, sur la date à laquelle ils auraient dû se montrer s'il s'était agi d'un chancre

©BIU Santé

simple; ce temps de retard égale sensiblement celui qui sépare la durée de l'incubation de la chancrelle d'avec celle du chancre syphilitique. L'observation de Diday montre indirectement ce que l'observation directe du chancre mixte montre quelquefois d'une façon très nette; les deux virus ayant été inoculés en même temps, il y a dans la vie du malade atteint de chancre mixte deux périodes fort différentes : une première, de trois semaines environ de durée, pendant laquelle le malade n'est que chancrelleux, pendant laquelle l'ulcération ne présente que les caractères de la chancrelle; une seconde, débutant trois semaines environ plus tard, au moment où la chancrelle commence à prendre les caractères syphilitiques; c'est à partir de ce moment que le malade devient véritablement syphilitique; c'est en faisant partir de cette seconde époque le début de la vérole qu'on verra les différents accidents de cette dernière se montrer à leur moment normal et leur chronologie respectée.

Le chancre syphilitique apparaît quelquefois le premier, devançant la chancrelle de plusieurs jours, de plusieurs semaines; mais cet ordre de succession s'observe beaucoup plus rarement que l'ordre inverse, pour les motifs que je vous ai déjà exposés; cette série des accidents s'est rencontrée chez des malades atteints à la fois de chancrelles et de chancres syphilitiques, chez lesquels le pus des uns est venu en contact avec la surface des autres; dans un pareil ordre de succession des chancres, le centre du chancre induré se dépolit, se creuse, perd sa couleur spéciale; le fond devient irrégulier, tomenteux, jaunâtre, profondément déprimé; les bords peuvent se décoller; la suppuration s'établit abondante; le noyau d'induration est détruit dans une plus ou moins grande profondeur; on l'a vu disparaître en totalité; les caractères chancrelleux se substituent aux caractères syphilitiques de l'ulcération; le pus recueilli à la surface de la lésion est devenu inoculable au porteur, et de petits chancres secondaires peuvent se produire aux environs du chancre primitif par suite de l'inoculation spontanée de ce pus.

Le chancre mixte sème généralement autour de lui un certain nombre de chancrelles secondaires dont la production donne facilement l'éveil sur la nature complexe de l'accident en présence duquel on se trouve.

L'adénopathie ganglionnaire multiple, caractéristique de la vérole, n'apparaît qu'après que l'ulcération a commencé à s'indurer; elle a la multiplicité des glandes envahies, l'indolence; mais quelquefois avant, en même temps ou après son apparition, on peut voir un ganglion devenir douloureux et suppurer sous l'influence du processus chancrelleux.

Le chancre mixte, après avoir pris naissance et après avoir vécu quelques semaines sous forme de chancrelle, après avoir présenté ensuite pendant quelque temps la combinaison complexe des symptômes des deux chancres auxquels il emprunte ses caractères, finit ordinairement sous la forme d'un chancre syphilitique simple; le virus chancrelleux, ayant commencé plutôt son action, ayant naturellement une existence plus courte et parcourant plus rapidement les différentes phases de son évolution, arrive au terme normal de sa durée, cesse son travail destructeur et guérit alors que le syphilome primitif est encore en activité et en pleine évolution; l'induration persiste alors avec un chancre nettoyé, uni, lisse, rouge, qui a perdu toute virulence chancrelleuse à l'inoculation, qui bientôt se ferme, laissant après lui un noyau chondroïde à résolution lente et l'adénopathie syphilitique.

Maintenant que vous connaissez le chancre mixte, vous comprenez, Messieurs, combien une pareille affection dut jeter le trouble dans les esprits à l'époque où Ricord et ses élèves s'efforçaient d'établir la dualité chancreuse, l'indépendance absolue des virus chancrelleux et syphilitique. Les unicistes ne manquèrent pas de lui objecter ces faits dans lesquels tous les accidents de la syphilis se développaient à la suite d'un chancre ayant présenté à ses débuts tous les caractères du chancre simple, — et l'objection était, il faut l'avouer, difficile à réfuter, — dans lesquels accidents syphilitiques et chancrelleux sont intimement confondus. Rollet, en démontrant que les deux virus peuvent exister associés dans la même ulcération, nous a fait comprendre la raison de pareils faits capables de jeter le trouble dans l'esprit de nos devanciers; nous devons lui être profondément reconnaissants d'avoir démontré que les médecins qui croyaient avoir obtenu des auto-inoculations positives du chancre syphilitique n'avaient probablement réinoculé autre chose qu'un chancre simple accidentellement greffé sur le premier; d'avoir montré que, pour rendre un chancre syphilitique indéfiniment réinoculable, il suffit de déposer à sa surface le pus d'un chancre simple; en découvrant cette donnée, le professeur lyonnais a fait rentrer dans la doctrine de la dualité une série de faits autrefois inexplicables. *(A suivre.)*

BIBLIOTHÈQUE

SUR LES CONTAGIEUSES ET MAUDITES BUBAS; HISTOIRE ET MÉDECINE, par Francisco-Lopez de VILLALOBOS. Traduction et commentaires par le docteur E. LANQUETIN. — Paris, G. Masson, 1890.

Cet ouvrage fait partie de la collection choisie des anciens syphiligraphes qui contient déjà Fracastor, Jacque de Bethencourt et de Vigo publiés, par M. Fournier; Jean Fernel, traduit par M. Le Pileur, et Grunbeck, traduit par M. Corlieu.

Le petit traité de Villalobos est en vers et a été imprimé en 1498 à Salamanque. C'est le premier ouvrage publié en Espagne sur les maladies vénériennes et les observations cliniques de l'auteur ont réellement un grand degré d'exactitude. C'est ainsi que la Buba, qui apparaît par l'organe qui a commis le péché de luxure, est une petite plaie dure, non douloureuse, noirâtre, et, le plus souvent, accompagnée d'un engorgement des ganglions inguinaux. L'auteur indique les symptômes généraux, les syphilides, les douleurs ostéocopes, les lésions articulaires et osseuses, etc. Ce sont les parties étiologiques et thérapeutiques qui s'éloignent naturellement le plus de nos idées actuelles, mais on ne peut demander à l'auteur d'avoir pensé autrement que les médecins de son temps. — P. Ch.

L'HYGIÈNE DE L'EXERCICE CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES GENS, par le docteur Fernand LAGRANGE. — Paris, F. Alcan, 1890.

Ce volume a pour but d'établir, parmi les effets des exercices musculaires, ceux qui sont d'accord avec l'hygiène et ceux qui s'écartent de ses lois.

L'auteur, dont nous résumons l'Introduction, ne croit pas que toutes les méthodes de gymnastique soient bonnes et qu'il suffise, pour être utile, de recommander l'exercice du corps. Il faut que cet exercice soit soumis à des règles rationnelles, à un contrôle scientifique, et tous les exercices ne sont pas également bons.

M. Lagrange s'élève contre les méthodes artificielles d'exercice. Un peu plus de la moitié des enfants, d'après les chiffres qu'il a recueillis, quittent le collège sans avoir profité de l'éducation physique qu'on leur a donnée. Avec les exercices naturels, au contraire, il n'y a pas de fruits secs, parce que, du premier coup, tous les enfants peuvent

©BIU Santé

y prendre part. Les méthodes artificielles sont des méthodes athlétiques et non pas des méthodes hygiéniques. Une bonne hygiène doit se préoccuper des sujets faibles pour en faire des sujets forts et non des sujets forts pour en faire des sujets d'élite. La gymnastique savante ne doit être considérée, au point de vue hygiénique, que comme un pis-aller.

L'auteur vante donc surtout les jeux naturels, la paume, le *cricket*, les courses à pied avec obstacles, etc.

La deuxième partie traite des indications de l'exercice, et, la troisième, de l'application de l'exercice et des précautions qu'il faut avoir soin de prendre. Le physique et le moral, et enfin les conséquences pédagogiques, sont les titres des dernières parties.

Nous ne pouvons malheureusement qu'indiquer cet excellent livre qui devrait être dans les mains de tous ceux appelés à diriger ou conseiller la jeunesse. — P. Ch.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER (1er SEMESTRE 1890).

SOMMAIRE : Chancres infectants de la face. — Vers intestinaux multiples chez un seul sujet. Toxicité des urines dans la fièvre intermittente.

M. BROUSSE a rapporté une observation de *sept chancres infectants de la face*. Il s'agissait d'un homme de 32 ans, entré à la Clinique dermatologique le 5 juin, porteur de sept boutons saillants recouverts d'une épaisse couche grisâtre, de dimension variant de 1 1/2 centimètre à 1 centimètre 1/2 de diamètre, siégeant l'un au bord libre de la lèvre supérieure, les six autres sur les parties antérieures et latérales du menton; ces boutons, limités par un bord arrondi, reposaient sur une base nettement indurée. Ils avaient débuté à peu près tous en même temps, ou à peu d'intervalle l'un de l'autre.

En même temps, engorgement ganglionnaire très considérable de toute la région sous-maxillaire, au point même de rendre la mastication pénible.

Pas d'autre éruption sur le corps, mais engorgement très net des ganglions inguinaux.

Le malade n'accusait aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel et, en particulier, niait toute syphilis antérieure. Les croûtes qui les recouvraient ayant été détachées à l'aide de cataplasmes de fécule, les boutons présentèrent alors une surface rouge cuivrée, légèrement excavée en godet, qui, avec leur base indurée, leur donnait l'aspect de chancres syphilitiques.

Quelques jours après, ce diagnostic se trouvait confirmé par l'apparition d'une plaque muqueuse sur l'amygdale gauche, bientôt suivie d'un léger état fébrile avec poussée de papules discrètes sur la surface du corps. Enfin, peu après apparaissaient de nouvelles plaques muqueuses à la pointe de la langue et à la face interne de la lèvre inférieure.

Le malade, soumis à un traitement général par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, et à un traitement local par le salol, vit son état s'améliorer rapidement : l'engorgement ganglionnaire diminua considérablement, les boutons marchèrent rapidement vers la cicatrisation, tout en restant encore proéminents.

En résumé, il s'agissait, dans ce cas, d'un exemple de sept chancres infectants de la face.

Cette observation est intéressante tout d'abord par les difficultés présentées par le diagnostic.

Au début, en effet, avec les croûtes épaisses qui recouvraient ces boutons, il était difficile de se prononcer sur leur nature. Mais l'aspect particulier qu'ils présentèrent après la chute des croûtes, l'engorgement ganglionnaire qui les accompagnait, et surtout l'apparition ultérieure d'accidents secondaires parfaitement caractérisés, vinrent lever tous les doutes. Il s'agissait bien d'accidents spéciaux de la syphilis, de cette forme de chancres particuliers à la peau, qu'on a désignés sous le nom de chancres croûteux, et qui s'accompagne d'une induration très accentuée.

Restait la multiplicité des chancres. Assurément, il n'est pas commun d'observer

sept chancres indurés. Mais nous ne sommes plus au temps où l'on faisait de l'unicité un des ceractères du chancre infectant; on sait aujourd'hui que les chancres infectants multiples ne sont pas rares; d'après Mauriac, ils seraient même aussi communs que les chancres uniques.

Plus difficile était d'en découvrir l'origine. Le malade niant tout coït *ab ore*, c'est au rasoir que l'on a dû songer, et la multiplicité même des chancres paraît en faveur d'une pareille source de contagion.

Quant au pronostic, on pouvait se demander s'il ne comporterait pas ici une gravité particulière, d'abord à cause de la multiplicité des portes d'entrée du virus, mais surtout à cause de leur siège, la plupart des syphiligraphes attribuant aux chancres extra-génitaux une évolution syphilitique habituellement plus sévère.

— M. Baumel a rapporté l'observation d'un malade de son service, entré à la Clinique des enfants le 14 décembre 1889, et qui rendait depuis longtemps des *lombrics* dans les selles, jusqu'à dix-huit dans une journée, à ce que disait le malade.

Cet enfant, âgé de 11 ans au moment où il entra, avait le visage bouffi, les yeux cernés et une toux sèche intermittente se produisant exclusivement à cinq ou six heures du soir, des nausées principalement le soir à la même heure, des sternutations fréquentes et de l'anorexie. Pendant les quelques jours qui suivirent son entrée, le malade rendit cinq lombrics par le haut ou par le bas; pendant trois jours, 0 gr. 10 centigr. de santonine lui furent administrés, suivis de 15 grammes d'huile de ricin.

Bientôt, le malade expulsa sous cette influence trois ascarides vivants dans une selle; la toux disparut.

L'examen microscopique des fèces, fait par M. Arrivat, aide de clinique, dénota l'existence de nombreux œufs d'ascaride et tricocéphale.

Quelques jours après, on trouva avec les œufs précédents des œufs de ténia armé, mais ni tricocéphale, ni fragments de ténia avec l'examen même le plus attentif.

M. Baumel a attiré l'attention des membres de la Société sur le polyparasitisme présenté par son malade. Il en a trouvé les raisons dans une dilatation de l'estomac et du cæcum, dans la polyphagie de cet enfant, dans les selles duquel on trouvait de gros morceaux de peau d'orange, avalés sans avoir été mâchés. Il a rappelé les symptômes nerveux réflexes présentés par le malade, qui sentait remuer ses vers au niveau de l'estomac ou de l'œsophage.

Comme conclusion, M. Baumel, tout en reconnaissant que les œufs sont indispensables pour que les parasites se développent, a attribué un rôle considérable au milieu dans lequel ces œufs tombaient et d'où ils étaient assez souvent expulsés. Il a cité plusieurs cas (carreau-méningite; corps étranger du vagin), à l'appui de sa manière de voir, au point de vue de la prédisposition individuelle.

— Chargé de la suppléance de M. le professeur Grasset à la Clinique médicale, M. Broussse a profité de la présence à cette époque, dans les salles de la Clinique, d'un grand nombre de *paludéens* pour faire quelques expériences sur le paludisme.

Prenant pour point de départ les importants travaux de M. le professeur Bouchard sur la toxicité urinaire à l'état physiologique, il s'est proposé de rechercher :

1° Les modifications imprimées à la toxicité urinaire par les accès de fièvre paludéenne;

2° Les rapports entre la toxicité urinaire de la période d'accès et la toxicité urinaire de la période de convalescence consécutive à leur cessation.

Dans ce but, il a fait sur les lapins un assez grand nombre d'injections intra-veineuses d'urine de paludéens.

C'est le résultat de ces expériences qu'il désirait exposer à la Société, il en a donné simplement le résumé général, croyant inutile d'entrer dans les détails.

1° Dans tous les cas, l'urine recueillie pendant l'accès a donné une toxicité notablement supérieure à la toxicité normale (celle-ci étant calculée théoriquement d'après la formule de M. Bouchard, en prenant 0,464 comme coefficient urotoxique physiologique).

Les effets physiologiques déterminés par l'injection intra-veineuse d'urine d'accès ont

©BIU Santé

été les mêmes que ceux habituellement observés : dyspnée, myosis, abaissement thermique, exophthalmie ; mais, en outre, il y a eu toujours des convulsions, souvent même très accentuées.

L'auteur a cité, à titre d'exemple, l'expérience suivante :

L'urine, recueillie pendant les vingt-quatre heures correspondant à un accès de fièvre tierce chez un jeune homme du poids de 51 kil. 500, injectée dans les veines d'un lapin, le tue à la dose de 17cc,5 par kilog. ; ce qui donne une toxicité totale, pour les vingt-quatre heures, de 53 kilog., tandis que, chez ce sujet, la toxicité normale (théorique), serait seulement de 23 kil. 89. Donc, dans ce cas, toxicité urinaire plus que doublée sous l'influence de l'accès de fièvre intermittente.

2° La comparaison entre la toxicité urinaire de la période d'accès et celle de la période de convalescence, consécutive à leur cessation, n'a pu être recherchée que dans un seul cas. Mais les résultats obtenus ont été tellement péremptoires qu'ils donnent à ce fait, bien qu'unique, une grande valeur.

Il s'agit, dans ce cas, d'un homme adulte, du poids de 65 kil. 500, atteint d'accès très violents à type quotidien.

L'urine, recueillie pendant la période d'accès, présentait les caractères suivants : Q = 700 c. c. ; D = 1,029 ; urée, 29 gr. 4 par litre ; chlorures, 5 gr. 7 ; albumine, 0 ; sucre, 0.

Cette urine, injectée dans les veines d'un lapin, le tue à la dose de 16 c. c. par kilog., ce qui donne une toxicité totale, pour les vingt-quatre heures, de 43 kil. 75, alors que la toxicité normale (théorique) serait seulement de 30 kil. 39.

L'urine du même sujet, prise cinq jours après la cessation des accès, offrait les caractères suivants : Q = 2,550 c. c. ; D = 1.011 ; urée, 8 gr. 63 par litre, soit 22 grammes par vingt-quatre heures ; chlorures, 8 gr. 9 par litre, soit 22 gr. 69 par vingt-quatre heures ; albumine, 0 ; sucre, 0.

A un lapin pesant 2,001 grammes, on peut injecter la dose énorme de 460 c. c. de cette urine, dans l'espace d'une heure un quart, sans occasionner d'autres accidents qu'un léger myosis, de la dyspnée et quelques convulsions légères ; ce lapin n'est mort que deux jours après l'expérience. De sorte que cet animal a pu supporter, sans succomber immédiatement, l'injection de 230 c. c. d'urine par kilog.

M. Brousse a attribué ce phénomène à l'hyperchlorurie présentée par l'urine injectée, hyperchlorurie qui d'ailleurs, M. Mossé l'a montré, est fréquente dans la convalescence des fièvres intermittentes et est en rapport avec la polyurie habituelle dans ces cas.

L'urine constitue alors une sorte de sérum artificiel, analogue à celui de M. Bouchard, contenant 7 grammes de chlorure de sodium pour 1,000, qui, pour arriver à provoquer la mort de l'animal, doit être injecté à la dose de 396 c. c. par kilog.

De là résulte que la toxicité urinaire est notablement diminuée dans la période de convalescence des fièvres intermittentes et qu'elle est très inférieure à la toxicité de la période d'accès.

De ces expériences ont peut donc tirer les conclusions suivantes :

1° L'urine d'accès à une toxicité supérieure à la normale ; elle est toujours convulsivante ;

2° L'urine de la convalescence à une toxicité inférieure à celle d'accès et même à la normale.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 septembre — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

Fractures du calcanéum. — M. Chauveau lit un rapport sur un travail de M. Guermonprez, relatif à cette question. Les fractures par écrasement sont souvent méconnues et confondues avec l'entorse qui existe en même temps. C'est en explorant les membres

inférieurs dans la position à genoux que l'on peut facilement les reconnaître. Les signes sont l'effacement du mollet, la disparition de la saillie du tendon d'Achille et des gouttières rétro-malléolaire, l'abaissement des malléoles, etc. La fracture méconnue est grave et peut laisser après elle des déformations douloureuses, empêchant le travail. Comme traitement, on force la co-aptation à l'aide des mouvements obliques et du massage, des émissions sanguines et des applications chaudes, plus tard des pointes de feu. C'est surtout le rétablissement de la fonction que l'on doit chercher à obtenir.

Pour diagnostiquer après plusieurs mois la fracture du calcanéum, M. Baquardel fait marcher les malades, dont il a noirci la plante des pieds, sur une feuille de papier blanc; l'empreinte est caractéristique et ne peut être simulée : on constate l'élargissement du calcanéum et l'affaissement de la voûte plantaire.

Le traitement de la paramétrite puerpérale par le curettage. — Le travail de M. Riffa, sur lequel M. Guéniot fait un rapport, est basé sur trois observations. Actuellement, par suite des progrès de l'antisepsie, on peut faire des opérations sur l'utérus chez les femmes atteintes de paramétrite; ces opérations, le curettage, par exemple, ont souvent pour but de faire disparaître l'infection de l'utérus. Cependant, dans les cas de M. Riffa, les injections intra-utérines auraient probablement suffi et elles sont bien plus faciles à faire que le curettage.

Sur la dépopulation de la France. — Il semble à M. Javal que l'Académie s'engagerait dans une mauvaise voie, si elle discutait une à une les conclusions par lesquelles se termine le mémoire de M. Lagneau. Il propose de leur substituer la rédaction suivante :

« L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du rapport de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population reconnaît pour cause principale la diminution volontaire de la natalité — diminution causée par la situation faite aux familles nombreuses par les lois civiles, fiscales et militaires. »

On a dit qu'il était impossible de relever la natalité et qu'il fallait chercher uniquement à diminuer la mortalité, surtout celle des nourrissons. Cependant il a fallu bien des années d'étude pour que la loi Roussel fût votée et on peut craindre qu'il y ait quelque lenteur dans l'application des mesures proposées par M. Lagneau. Aussi, M. Javal s'occupe-t-il surtout des moyens propres à accroître la natalité.

Il faut en finir tout d'abord avec cette objection, partout ressassée, que la législation est impuissante à agir sur les mœurs, et qu'aucune loi ne saurait forcer les Français à se multiplier. Pour peu qu'on y réfléchisse, on voit que ce sont précisément les lois qui ont eu pour effet d'entraver la natalité dans notre pays. On dirait que, depuis cent ans, un génie malfaisant se soit appliqué à disposer notre législation comme à plaisir pour écraser les malheureux pères de famille, et cette législation a graduellement influé sur les mœurs.

Les auteurs du Code civil ont voulu briser le pouvoir des vieilles familles nobles en édictant l'égalité des partages. Souvent le but a été atteint, mais souvent aussi, devant l'interdiction d'avoir un *aîné*, le châtelain s'est borné à un fils *unique*. S'ils vivaient de nos jours, les auteurs du Code seraient les premiers à modifier leur œuvre pour l'approprier aux circonstances actuelles. Ils comprendraient que c'est un supplice de tous les jours pour le cultivateur qui a constitué un domaine, comme pour l'industriel, créateur d'une maison de commerce, de penser qu'à sa mort son œuvre risque fort d'être réduite en miettes, s'il est permis d'avoir de nombreux enfants. Au lieu d'appliquer tous ses efforts à la prospérité de son entreprise, il tâche d'en distraire de quoi satisfaire à la loi en léguant des valeurs mobilières à ceux de ses enfants qui ne la continueront pas : heureux si l'héritier du principal établissement, qui a été favorisé en apparence, ne compromet pas, faute de fonds de roulement, le fruit du travail paternel.

La répartition des impôts contribue, en effet, sous toutes les formes, à rendre plus lourde la charge d'une famille nombreuse. Du principe de 89, d'après lequel « la contribution » devrait être proportionnelle aux ressources, et inversement proportionnelle aux charges de chaque citoyen, la seconde partie a disparu de la pratique. Bien plus, les impôts de consommation atteignent ce but, contraire à toute justice distributive, de frapper les pères de famille proportionnellement aux bouches qu'ils ont à nourrir; sur

©BIU Santé

les trois milliards d'impôts que perçoit l'Etat, deux milliards et demi sont une amende infligée aux gens qui ont des enfants. Les contributions directes elles-mêmes sont pour une forte part une taxe sur les enfants. La fiscalité et les difficultés en matière de succession aggravent encore la situation.

La réduction du service à cinq ans, puis à trois ans fait qu'un frère sous les drapeaux n'exempte plus son frère cadet.

En France, les réglements conspirent avec les lois pour écraser les familles nombreuses. Aucun compte n'est tenu du nombre de ses enfants à l'officier qui doit se déplacer d'un bout à l'autre du territoire; sa veuve reçoit la même pension, quel que soit le nombre de ses enfants mineurs.

Il n'est pas du tout indifférent que des enfants nombreux naissent de parents riches ou de parents pauvres.

Invoquons, en effet, un peuple ou les indigents n'auraient pas d'enfants, et où les citoyens les plus riches et les plus instruits auraient seuls la charge d'élever et d'instruire de nombreux rejetons, il est clair qu'après bien peu de temps ce peuple serait le maître de l'univers. L'éducation libérale donnée à toute la jeunesse, qui ne pourrait pas compter sur de gros héritages, créerait une telle surabondance d'agriculteurs compétents, d'ingénieurs, de médecins, d'artistes, de savants, d'industriels, de négociants, de financiers, qu'il faudrait bien trouver à toutes ces capacités un débouché au dehors, sans compter que, à l'intérieur, l'administration, les sciences, les arts, l'industrie, le commerce se recruteraient dans un personnel d'élite, soutenu par le besoin de réussir. D'autre part, il n'y aurait plus guère de misère, puisque les prolétaires n'auraient à subvenir qu'à leurs propres besoins.

Cette utopie fait ressortir les inconvénients du mécanisme social qui a pour effet précisément de faire naître de nombreux enfants dans les ménages qui sont hors d'état de les élever. — C'est contre cet inconvénient que s'était élevé Malthus lorsqu'il engageait avec juste raison les jeunes gens à ne pas se marier avant de s'être assuré les moyens de subvenir aux besoins d'une famille, et c'est une injustice faite à sa mémoire que d'appliquer à tout autre chose l'expression de *malthusianisme*.

On a dit et répété que c'est par égoïsme et par désir du bien-être que les Français ne veulent pas avoir de grandes charges de famille. Il semble à M. Javal que leur motif est plus désintéressé. Chacun désire avoir un enfant dans une position sociale égale, sinon préférable à la sienne.

Dans les professions, où le revenu à peine suffisant ne peut pas être notablement augmenté par l'activité de l'homme, le moyen choisi pour améliorer le sort des enfants est de restreindre leur nombre et il est difficile de blâmer les parents d'agir ainsi. Sauf dans certains départements où la tradition religieuse n'a pas entièrement perdu sa force, les cultivateurs suivent l'exemple des fonctionnaires et des rentiers.

C'est tout à fait aux deux extrémités de l'échelle sociale que nous voyons encore surgir des familles nombreuses.

D'une part, les *prolétaires* continuent à justifier leur nom. Qu'importe en effet à l'ouvrier, mineur ou tisserand, de se mettre une nombreuse famille sur les bras. Il n'a pas conçu l'espoir de voir ses enfants atteindre un sort meilleur que le sien; il n'a pas hérité de ses parents; il ne prétend pas laisser d'héritage à ses enfants. Ils vivront en travaillant, comme il a fait lui-même.

Quand viendra l'âge ou la maladie, le patron, les sociétés mutuelles, l'hôpital sont là pour empêcher les uns et les autres de mourir dans la rue. Tout au plus la société peut-elle le gêner par les lois protectrices de la femme et de l'enfant, qui diminuent les ressources du ménage, ou par les droits protecteurs, qui renchérissent les aliments de première nécessité. Celui qui n'a rien hérité ne craint pas de donner à ses enfants moins qu'il n'a reçu, et pour peu qu'il puisse les nourrir quand ils sont petits, il n'en limite pas le nombre. Souvent ces enfants, élevés dans la misère, seront chétifs et tomberont plus ou moins à la charge de la communauté, et on peut se demander s'il y a vraiment profit pour le pays à en voir croître la quantité au delà d'une certaine mesure.

Tout à fait à l'autre extrémité de l'échelle sociale, nous voyons des familles riches et nombreuses. Il y en a en France quelques milliers et ce sont celles-là qui méritent à

tous égards d'être encouragées. C'est souvent parmi les croyants sincères, quelle que soit leur religion, qu'on voit des hommes d'action, artisans de leur fortune, se donner la joie d'une nombreuse postérité. Partis eux-mêmes de rien, ils considèrent que le travail est la loi de l'humanité, la meilleure sauvegarde contre les vices et ils pensent avec raison rendre meilleur service à leurs enfants en les armant de toutes façons, moralement et intellectuellement, qu'en leur léguant un capital qui leur permette de déshonorer par leurs vices ou par l'oisiveté le nom que le père de famille a rendu respectable.

Les enfants uniques sont inférieurs sous le rapport moral et sous le rapport physique. Ils sont souvent pusillanimes, inutiles, sans défense contre l'adversité. Les nombreuses familles prospèrent davantage et les enfants ont en réalité de meilleures chances pour eux.

M. Javal communique à l'Académie un tableau très intéressant d'après lequel :

2.073.000	familles n'ont pas d'enfants.	
2.542.000	—	en ont 1
2.665.000	—	2
1.512 000	—	3
937.000	—	4
550.000	—	5
313.000	—	6
232.000	—	7 ou plus.

M. Lagneau propose une série de mesures destinées à restreindre le célibat et la natalité illégitime.

M. Javal observe tout d'abord que le célibat n'est pas plus fréquent en France qu'ailleurs; il a eu l'occasion, en 1870, comme médecin militaire, d'examiner plusieurs milliers de ceux qu'on appelait *les vieux garçons*; pour lui les célibataires de vingt-cinq à quarante ans avaient pour la plupart une tare : il aime autant les voir rester célibataires, et s'il existait quelque part pour les filles une institution analogue au conseil de revision, il s'imagine que la plupart de celles qui ne se marieut pas ont été désignées pour le célibat par une sélection assez judicieuse.

Quant aux mesures proposées par M. Lagneau pour restreindre la natalité illégitime, elles n'ont rien à voir ici, puisque c'est une augmentation de natalité que nous désirons.

M. Lagneau propose ensuite une série de dispositions *pour restreindre la morbidité, la mortinatalité et la mortalité*. M. Javal ne veut pas discuter point par point les neuf propositions réunies sous ce titre. Il se bornera à réfuter la première, qui est ainsi conçue :

« Créer des maternités-ouvroirs où les femmes indigentes, épouses ou filles-mères, privées de leurs emplois par suite de leur grossesse, plusieurs mois avant leur accouchement, en ne travaillant que proportionnellement à leur peu de validité, trouveraient asile et soins; où, après leur accouchement, elles pourraient rester plusieurs mois en allaitant leurs enfants. »

Evidemment ces ouvroirs devraient être établis dans des cantons ruraux et il faudrait y donner asile à bien des parturientes. La dépense serait donc excessive.

M. Rochard évalue à 250 millions la dépense annuelle qu'il faudrait faire « pour élever les enfants que l'hygiène peut arracher à la mort et les conduire jusqu'à leur quinzième année ». Il croit qu'on pourrait conserver ainsi plus de cent mille enfants par an.

On oublie trop que les frais de toute dépense d'assistance sont supportés par l'impôt et que, pour l'immense majorité des contribuables, une augmentation d'impôt est une diminution de nourriture. L'Assistance publique, qu'il faut maintenir dans une certaine mesure, n'est pas sans présenter de graves inconvénients. Quand elle est trop bien organisée, elle est un puissant encouragement à la paresse et à l'imprévoyance, et il est immoral de la subventionner par les produits d'impôts qui frappent la partie laborieuse et prévoyante de la population.

M. Javal ne voit pas sans appréhension les progrès de l'Assistance publique, qui enlève le pain de la bouche des travailleurs pour entretenir à grands frais des milliers de non-valeurs dans les hospices.

Enfin, la troisième partie des conclusions de M. Lagneau indique les moyens qu'il croit

©BIU Santé

propres à *favoriser l'accroissement de notre population.* Il propose à cet effet d'augmenter la prospérité de notre industrie et de notre commerce et de naturaliser aussi promptement que possible les étrangers qui viennent résider en France.

Cette conclusion ne peut qu'être approuvée par tout le monde (1).

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE L'ECZÉMA DE DENTITION. — E. Besnier.

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 10 centigr.
Bromure de potassium.....	1 gramme.
Glycérine pure et eau distillée.....	àà 20 grammes.

Faites dissoudre. — Pour calmer le prurit gingival, on touche fréquemment les gencives, avec la pulpe du doigt trempée dans cette solution. — En cas d'insomnie, on administre à l'enfant une cuillerée à soupe du sirop suivant : Bromure de potassium 50 centigrammes. Sirop de fleur d'oranger 60 grammes. — Quant aux plaques eczémateuses, on les panse avec une pommade composée de : Oxyde de zinc, 5 grammes. Vaseline, 15 grammes. — N. G.

COURRIER

Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, à Lille, à Nancy, à Bordeaux et à Montpellier, dans les derniers jours du mois d'octobre ou dans le courant du mois de novembre prochain.

Un concours sera organisé également à Lyon si, avant cette époque, il s'est produit, dans un des asiles publics d'aliénés de la région, une vacance qui permette de pourvoir un des deux candidats déclarés admissibles à la suite du concours du mois de décembre 1888.

Un avis ultérieur, publié au *Journal officiel* et dans le *Recueil des actes administratifs* de la préfecture du chef-lieu de chaque région, fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours, ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au ministère de l'intérieur les demandes des candidats qui solliciteront l'autorisation de concourir.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

PHTHISIE, *Bronchites, Catarrhes.* — **L'Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

(1) Nous avons cru, à cause de l'intérêt général qu'il présente, devoir publier presque *in extenso* le travail de M. Javal. La longueur nous force à n'en donner la seconde partie qu'avec la prochaine séance de l'Académie.

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Canal de Nück et hydrocèle congénitale. — II. Revue des cliniques. — III. Sociétés et Congrès. — IV. De quelques nouvelles médications. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Canal de Nück et hydrocèle congénitale.

Par L.-G. Richelot.

Au nombre des cures radicales de hernies ou d'hydrocèles congénitales que j'ai faites depuis quelques années, figure l'observation d'une jeune fille chez qui la persistance du canal de Nück me conduisit à une intervention dont les résultats sont dignes d'être notés au passage.

Ce qui m'engage à publier ce fait, sur lequel M. Tillaux a bien voulu appeler l'attention de l'Académie dans la séance du 16 septembre 1890, c'est d'abord que l'hydrocèle congénitale de la femme est extrêmement rare, si bien que son existence même est un sujet de controverse. En outre, elle était, dans ce cas particulier, aussi bien que chez l'homme, une cause éventuelle de hernie, et sa guérison présentait un intérêt de même ordre. Enfin, elle me fournit l'occasion de plaider une cause à laquelle je tiens, avec plusieurs de mes collègues : l'indication de la cure radicale dans une affection bénigne et ne compromettant ni la vie, ni aucune fonction importante.

Une jeune fille de 19 ans, Sophie V..., se présente le 10 octobre 1887 et me montre une petite tumeur inguinale du côté droit qui dure depuis quatre ans, qui dans la station verticale vient faire saillie au sommet de la grande lèvre, se laisse réduire avec les doigts et disparaît complètement quand la jeune fille est couchée. A première vue, j'admets une hernie inguinale, et je cède aux prières de Sophie V..., qui est venue avec la volonté bien arrêtée de subir une opération. Elle me raconte, en effet, qu'elle a dû se marier récemment, et qu'ayant fait à son fiancé l'aveu de cette infirmité légère, le mariage a été rompu. Elle veut être guérie et me prie avec instances d'intervenir ; je dirai tout à l'heure plus longuement les raisons qui m'ont empêché de lui refuser la satisfaction qu'elle demandait.

L'opération est faite le 15 octobre. La malade étant couchée et la tumeur spontanément réduite, j'incise la peau et je mets à nu un cordon fibreux qui ressemble à un sac étroit bien plus qu'au ligament rond, et qui va s'insérer vers le sommet de la grande lèvre. Je croyais tomber sur un sac inguinal ordinaire, mais cette prolongation me fait penser au canal de Nück ; il s'agit probablement d'une hernie congénitale.

Je lie le cordon fibreux au-dessus de la grande lèvre, je le coupe au-dessus du fil et je dissèque le bout supérieur, sans difficulté, jusque dans la profondeur du trajet inguinal. Ce bout supérieur est un canal communiquant avec le péritoine, et de singulière conformation : en y mettant un stylet, je touche d'abord à un cul-de-sac peu éloigné, comme si la communication n'existait pas. L'ayant fendu avec des ciseaux, je trouve plusieurs

©BIU Santé

diverticules et des cloisons incomplètes, qui me rappellent la description du conduit vagino péritonéal chez l'homme, et ne me laissent aucun doute sur la persistance du canal de Nück. Enfin, le stylet rencontre un fin pertuis et pénètre à toute profondeur ; il est évident qu'un trajet si étroit n'a jamais donné passage à l'intestin ni à l'épiploon, et que la tumeur inguinale, qui rentrait si promptement et se dérobait à l'examen, était une hydrocèle réductible.

L'isolement terminé, je place une ligature le plus haut possible et j'enlève le sac tout entier. Sur la tranche, en arrière, on voit des orifices vasculaires : dans la paroi postérieure du conduit se fondent les éléments du ligament rond. Je rapproche, avec un fil de catgut, les parois du trajet inguinal, complément opératoire sans grande importance, car ce trajet n'est pas élargi. Suture des téguments au crin de Florence; drainage par quelques fils de tendon de kanguroo, qui doivent se résorber. Le pansement iodoformé reste huit jours en place; au bout de ce temps, j'enlève les crins de Florence, la réunion est parfaite et les fils de kanguroo disparus. Sophie V... se lève le dixième jour.

Je résumerai en quelques mots les questions diverses que soulève cette observation.

Et d'abord, elle me paraît établir la persistance, chez certaines femmes, du canal de Nück, dont l'existence même est niée par quelques auteurs. En 1883, Rabère, élève du professeur Duplay, a réuni dans sa thèse les arguments et les faits qui semblent confirmer cette opinion négative (1). Les hydrocèles congénitales de la femme, développées dans un prétendu canal de Nück, ne seraient autres que des hydrocèles herniaires ou des kystes simples des grandes lèvres. L'auteur de ce travail, comme Duplay l'avait fait jadis (2), affirme, non sans raison, qu'en présence d'une tumeur kystique de cette région, il est impossible de démontrer qu'elle ait pris naissance dans un vestige de prolongement péritonéal plutôt que dans le tissu cellulaire ou dans un sac déshabité. En effet, la preuve est impossible pour les *tumeurs liquides enkystées;* le premier point, pour établir l'existence du canal de Nück, c'est de montrer une *hydrocèle réductible,* et encore faut-il que la conformation de la poche ou celle du canal de communication excluent l'idée d'un sac de hernie.

Or, j'ai cherché dans la thèse de Rabère s'il y avait des cas d'hydrocèles réductibles, et j'ai trouvé : d'une part, des classifications établies par les auteurs, celle de Regnoli par exemple, et admettant cette catégorie, mais sans preuves; d'autre part, deux observations contestables. La première est de Paletta : la poche communiquait avec le péritoine par un large orifice et pouvait être aussi bien considérée comme un sac de hernie; dans la seconde (Schrœder), le contenu séreux pouvait être réduit dans l'abdomen, mais il n'y a pas eu d'opération, et j'ignore s'il ne s'agissait pas d'une mince épiplocèle facilement réductible et simulant une collection liquide, comme j'en ai vu et opéré plusieurs.

A part ces faits plus que douteux, les auteurs ne discutent que sur des collections enkystées; aussi la question reste-t-elle insoluble. Dans mon

(1) Rabère, *Essai sur la pathogénie des kystes séreux dits hydrocèles chez la femme,* Paris, 1883.

(2) Duplay, *Des collections séreuses et hydatiques de l'aine,* Paris, 1865.

©BIU Santé

exemple, au contraire, il n'y a place à aucun doute : l'absence d'antécédents herniaires chez cette jeune fille de 19 ans, le prolongement du conduit séreux et son insertion au sommet de la grande lèvre, les éléments vasculaires confondus avec sa paroi, sa conformation intérieure tout à fait analogue à celle du conduit vagino-péritonéal chez l'homme, enfin l'étroitesse extrême du canal de communication, qui ne pouvait donner passage ni à l'intestin ni à l'épiploon, démontrent bien qu'il s'agit d'une collection liquide développée dans un canal de Nück persistant.

J'ignore quelle peut être la fréquence de cette disposition congénitale; mais un fait aussi probant me paraît suffire, à lui seul, pour nous faire admettre l'existence du canal de Nück.

Deuxième point : j'ai cru d'abord qu'il s'agissait d'une hernie, et, malgré l'absence d'accidents, j'ai proposé la cure radicale. Ai-je eu tort d'y songer si vite, et faut-il encore se voiler la face à l'idée de porter la main sur une hernie compatible avec l'existence? La hernie est plus souvent pénible et dangereuse qu'on ne veut bien le dire; pour un chirurgien vraiment aseptique, l'innocuité de l'opération est absolue dans les cas simples, et nous avons le droit de mettre en balance nos résultats constamment heureux avec les inconvénients de la hernie, l'infirmité qu'elle produit et les morts qu'elle amène.

Quand j'ai vu qu'il s'agissait d'une hydrocèle, me suis-je repenti d'être intervenu? En aucune façon. Il y a tout intérêt à supprimer le conduit séreux, dont la présence est une amorce pour la hernie future. La dissection est d'autant plus facile que les tissus sont plus jeunes, et l'opération radicale n'en est que plus bénigne. J'ajoute qu'elle est vraiment et sûrement radicale : la persistance du conduit séreux est la seule tare anatomique, la paroi abdominale est ferme et résistante, le sujet n'est pas encore un « hernieux ». Impossible d'en dire autant des hernies acquises ou des congénitales anciennes. Toutes celles que j'ai opérées avant l'âge adulte ont guéri parfaitement, sans récidive et sans bandage; et plus d'une fois j'ai été désolé de voir des parents monter la garde autour de leur enfant pour le préserver d'une guérison certaine, et le lancer inconsciemment dans la vie, porteur d'une infirmité dangereuse et n'ayant plus à espérer que des palliatifs et des demi-mesures.

Enfin, si on me demandait pourquoi j'ai opéré sans hésitation une jeune fille bien portante, pour un mal peu gênant et n'offrant aucun péril immédiat, je rappellerais la grave déception qu'elle avait éprouvée récemment et la ferme volonté qu'elle montrait de ne plus s'exposer à pareille mésaventure. Sans doute cette minime collection séreuse ne menaçait pas son existence et n'empêchait aucun travail; mais n'était-ce donc rien pour elle, d'avoir au pli de l'aine une tumeur qui déformait la région, l'inquiétait, l'obligeait à des aveux pénibles et compromettait son avenir? Etait-ce une complaisance coupable de la délivrer de cette obsession au prix d'une opération inoffensive? Je pense que, l'antisepsie annulant bien des raisonnements subtiles, bien des responsabilités imaginaires, la définition des « opérations de complaisance » n'est plus aujourd'hui ce qu'elle était jadis. Si, en présence d'un malade, nous comparons l'importance qu'il attache à l'opération demandée avec le peu de souci qu'elle donne au chirurgien fidèle observateur des procédés modernes, alors nous netrouvons plus scandaleux d'obéir à certaines « convenances sociales », et nous sommes heureux de pouvoir faire, en toute conscience, un peu plus de bien qu'autrefois.

©BIU Santé

REVUE DES CLINIQUES

Sommaire : Le salpingite blennorrhagique et son traitement médical. — Diagnostic et traitement des collections tubaires.

1° *De la salpingite blennorrhagique,* par M. le docteur Terrillon (1). — Le mode de développement de la salpingite blennorrhagique présente d'assez grandes variétés suivant les cas.

Le plus fréquemment, la malade est d'abord atteinte de vaginite blennorrhagique aiguë classique, puis apparaissent quelques phénomènes d'endométrite, et enfin, vers la troisième ou la quatrième semaine, des douleurs violentes dans le bas ventre. A ce moment, la patiente prend le lit, la fièvre s'allume, il y a du ballonnement du ventre, des vomissements, bref une pelvi-péritonite. A l'examen, on trouve les signes d'une salpingite au début. Parfois les phénomènes réactionnels sont beaucoup moins accentués et tout se borne à uue douleur plus ou moins localisée dans un des côtés du bas-ventre.

Dans une autre catégorie de faits, les femmes sont atténuées d'une blennorrhagie avee vaginite très légère, puis, après quelque temps, les règles deviennent irrégulières, douloureuses, et, vers la cinquième ou la sixième semaine après le début de la blennorrhagie, apparaissent des symptômes bruyants de pelvi-péritonite qui durent cinq à six jours. Tout rentre alors dans le calme, mais il reste un salpingite.

Dans un dernier ordre de faits, on se trouve en présence de jeunes femmes nouvellement mariées qui ont, soit des phénomènes atténués de pelvi-péritonite, soit des signes de salpingite. A l'examen, on ne trouve aucune trace de blennorrhagie, mais la malade raconte qu'elle a quelques pertes blanches, que son linge présente de larges taches jaunes; et on peut constater que l'orifice du col laisse couler du muco-pus de couleur jaunâtre. Le mari ne présente aucun signe d'infection; mais, si on l'interroge, on apprend qu'il a été atteint, il y a deux ans, trois ans au plus, d'une blennorrhagie dont il ne reste pas de trace, ou bien on constate qu'il y a, le matin, un léger suintement uréthral.

M. Terrillon pense qu'il faut rechercher la cause de la salpingite de la femme dans la blennorrhagie ancienne du mari. En effet, il a constaté que le sperme d'individus qui ont été atteints anciennement de blennorrhagie présente une notable quantité de globules de pus, surtout quand il y a de l'épididymite; au moment de l'éjaculation, il a alors une couleur jaune. Ce sperme injecté à virulence atténuée déterminerait une blennorrhagie utérine et tubaire sans avoir de prise sur la muqueuse vaginale.

Ce qu'il y a le plus à remarquer au point de vue anatomique dans ls salpingite blennorrhagique, c'est l'hypertrophie des villosités qui ont l'aspect de petits bourgeons saillants dans le cavité; il y a aussi hypertrophie de la musculeuse. La cavité contient du muco-pus qui renferme au début le gonocoque; plus tard, il disparaît. Presque toujours l'orifice péritonéal de la trompe est obturé, d'où la fréquence du la pyosalpinx. Si le pus arrive par l'utérus, il donne lieu à un écoulement interminable; dans le cas contraire, la malade est exposée à la rupture. L'ovaire n'est que légèrement atteint.

Dans la forme blennorrhagique de la salpingite, les métrorrhagies et les ménorrhagies sont très abondantes. Mais la vraie caractéristique est dans le mode de début.

Quand la salpingite consiste en un simple catarrhe de la muqueuse, la malade a une infirmité pénible qui guérit au moment de la ménopause. Cependant de graves accidents de péritonite peuvent toujours survenir.

Lorsqu'il se forme du pus et que ce dernier s'enkyste, la rupture est à craindre. Elle se fait, soit dans l'utérus ou le rectum, soit dans le péritoine. L'accident arrive brusquement, sans que rien vienne avertir la malade de son imminence. Quelquefois les symptômes de péritonite suraiguë généralisée apparaissent au début même de la salpingite, alors qu'il n'y a pas de collection purulente, mais le plus habituellement il ne se produit que de la pelvi-péritonite entraînant la formation de fausses membranes;

(1) *Bulletin médical,* 1879, 74.

©BIU Santé

ces fausses membranes peuvent se rompre, une nouvelle quantité de pus contamine la partie voisine de la séreuse, et ainsi de suite ; il peut ainsi survenir de nombreuses poussées dans le petit bassin. Fatalement, la femme atteinte de blennorrhagie tubaire est stérile, car la maladie est presque toujours double.

Pour M. Terrillon, le grattage ne peut que modifier la muqueuse utérine qui est malade en même temps et soulage ainsi la malade ; la trompe reste dans le même état. Le traitement médical est symptomatique. Contre la douleur, le repos au lit est excellent. L'irrigation vaginale est encore un bon moyen ; la malade étant couchée dans la position de l'examen au spéculum, on injecte dans le vagin une certaine quantité d'eau chaude ; dès que la malade accuse une sensation de chaleur trop violente, on arrête l'irrigation en oblitérant l'orifice vulvaire. Après quelques minutes, on laisse écouler le liquide et on recommence. Il doit passer dans le vagin environ 1 litre de liquide dans une heure. Les vésicatoires et les pointes de feu appliqués sur la paroi abdominale produisent aussi de bons effets. Contre la constipation très fréquente, on devra employer les purgatifs répétés et contre les accidents de pelvi-péritonite, le repos absolu, les cataplasmes, les révulsifs et les sangsues.

Les moyens médicaux peuvent améliorer beaucoup l'état de la malade et même procurer l'apparence de la guérison, mais on ne peut affirmer que la maladie ne reviendra pas, même après un long temps de repos complet.

II

L. Landau. *Diagnostic et traitement des collections tubaires* (1). — Il est certain que la fréquence absolue des collections tubaires a augmenté, car les interventions de la petite gynécologie se sont multipliés et l'asepsie du col ou de la cavité utérine est difficile à maintenir plusieurs jours de suite.

1° Diagnostic. — *a*) *Hydro-salpingite.* — Il semble, au palper de l'utérus, que cet organe repose sur un coussin à air, d'une sensation d'élasticité, de ressort. Ce signe peut manquer si l'utérus est forcé, si la collection tubaire est abondande, ou si ses parois sont épaissies par des exsudats inflammatoires, mais sa présence permet d'éliminer les autres tumeurs péri-utérines. Un signe pathognomonique, mais rare, consiste dans l'écoulement du liquide par le col quand on comprime la tumeur. Il est souvent difficile et même impossible de déterminer si la salpingite est uni ou bilatérale, même quand le ventre est ouvert, car une seule trompe peut se contourner et faire saillie des deux côtés de l'utérus en sorte que l'on constate deux sillons. Par contre, les deux trompes peuvent adhérer ou se juxtaposer d'assez près pour constituer une tumeur qui semble unique.

b) *Pyosalpingite.* — Le pyosalpinx est habituellement bilatéral ; quand il est unilatéral, il y a généralement hydrosalpinx du côté opposé. Des masses qui ont la forme presque cylindrique d'un intestin, qui ont une extrémité cordiforme, qui sont bilatérales, ces masses sont presque toujours tubaires. Les adhérences et les épaississements sont la règle, de sorte que le signe du ressort fait défaut. Le diagnostic avec les tumeurs utérines ou ovariennes est souvent plus difficile. Si la palpation permet de sentir les ovaires, cela élimine les tumeurs ovariques.

Dans la grossesse tubaire, il y a des symptômes rationnels de grossesse, l'expulsion d'une caduque. La grossesse unilatérale, dans un utérus bicorne, se reconnaît à ce que la tumeur anormale s'insère bas sur le bord de l'utérus et non pas en haut de ce bord ; de plus, cette tumeur se développe beaucoup en avant. Les poches gravidiques sont molles, pâteuses, et cette consistance se modifie par les contractions pendant l'exploration.

L'hématométrie d'une corne d'utérus bicorne se reconnaît aux douleurs survenant à intervalles réguliers, aux époques menstruelles, et s'accompagnent d'écoulement sanguin.

Les épanchements sanguins, les exsudats, les abcès et suppurations n'ont pas une forme nette, sont diffus. Il ne faut pas oublier que, souvent, la pyosalpingite se complique d'abcès voisins.

(1) *Mercredi Médical*, 1890, 37.

©BIU Santé

Dans tous les cas douteux, la ponction exploratrice est très utile pour le diagnostic. Il faut la faire, selon le siège de la tumeur, par le vagin ou la paroi abdominale. Si la tumeur contient un liquide, souvent ce dernier a des caractères spéciaux qui servent au diagnostic.

2° *Traitement.* — L'hydrosalpingite guérit parfois spontanément et on peut produire ce processus par des moyens orthopédiques. C'est ainsi que, en rectifiant la position de l'utérus dévié on fait cesser une coudure de la trompe, que le massage permet d'évacuer directement le contenu de la poche, fait cesser les coudures, augmente le pouvoir contractile de la paroi. Les bains, les irrigations chaudes sont d'utiles adjuvants.

Le cathétérisme des trompes est dangereux et souvent impossible; la dilatation utérine est souvent inefficace et, par contre, dangereuse, car, pendant les mouvements, la poche peut se rompre ou l'hydrosalpinx s'infecter.

Les procédés chirurgicaux à employer, quand les moyens précédents ont échoué, doivent être aussi conservateurs que possible.

M. Landau cherche d'abord à aborder le sac par le vagin. En pressant sur l'abdomen, on abaisse la poche vers la voûte du vagin et on enfonce alors le trocart guidé sur le doigt, sans spéculum, sans fixer l'utérus. Il ne faut pas faire d'aspiration et l'antisepsie doit être soignée. Souvent l'évacuation partielle suffit, car la paroi, n'étant plus distendue, récupère sa contractilité. Après évacuation totale, la guérison est fréquente; parfois, cependant, le liquide se reproduit. Si c'est tardivement, on peut s'en tenir à une deuxième ponction; si la reproduction s'est faite rapidement, il faut faire un lavage avec une solution phéniquée à 3 p. 100 ou une injection iodée. La ponction convient aux poches qui, selon le cas ordinaire, bombent en arrière; pour les poches antérieures, l'incision doit être préférée.

La pyosalpingite elle-même est susceptible de guérison spontanée. Quand il y a lieu d'intervenir, les moyens orthopédiques sont à repousser et la ponction insuffisante. Deux moyens seulement restent en présence : l'incision pour les poches uniloculaires, l'excision pour les poches multiloculaires.

L'incision est faite par l'hypogastre, le vagin, ou les deux à la fois, selon la direction où s'est développée la tumeur.

L'incision vaginale se fait, sans spéculum ni abaissement de l'utérus, à l'aide d'un bistouri spécial analogue au bistouri pour fistules. S'il n'y a pas d'adhérences, ce qui est rare, on ouvre ainsi la cavité péritonéale. Il suffit alors d'attirer avec le doigt la poche dans l'incision et de la saisir dans des pinces à pression, qui restent vingt-heures en place. De la sorte, la fistule est et reste close. En cas d'hémorrhagie, on emploie aussi la forcipressure. Le traitement consécutif consiste à drainer la poche, pendant huit à quatorze jours, avec un tube en T, après vingt-quatre heures de tamponnement iodoformé en cas de poche hémorrhagique. Au moment de l'opération, M. Landau fait un lavage avec une solution de sel marin et, après, s'en tient aux injections vaginales. On fera asseoir la malade à partir du huitième jour au plus tard. Si l'incision se ferme trop vite, on la dilate avec le doigt. Il est important, pour la guérison, d'entretenir la fistule assez longtemps.

Si la poche pointe vers la paroi abdominale, on l'incise en un seul temps et, s'il n'y a pas d'adhérences, on suture l'ouverture aux lèvres de la plaie pariétale. Pour les poches peu volumineuses, on peut inciser parallèlement à l'arcade de Fallope et ne pas faire de contre-ouverture vaginale.

Dans des cas exceptionnels, l'interposition des intestins rend impossible la suture à la paroi, en même temps que la tumeur, développée surtout en avant, ne peut être incisée par le vagin. Après la laparotomie, M. Landau introduit sa main dans le cul-de-sac de Douglas pour voir où l'on peut inciser sans danger, et il draine par le vagin seul.

Quand les accidents dépendent surtout des adhérences, de l'ovarite, ou s'il y a abcès tubo-ovarien, l'ablation s'impose. On s'efforcera de laisser en place les ovaires ou de n'en faire que l'ablation partielle.

Ces opérations sont facilitées par le procédé bi manuel d'extirpation et la position élevée du bassin. Il faut extirper le plus possible du sac et n'en faire l'excision simple

©BIU Santé

avec suture à la paroi que s'il est impossible de l'enlever. Si la poche se rompt, on fera la toilette du péritoine.

Quelquefois, la castration est suivie d'accidents nerveux, psychiques et trophiques plus défavorables que les accidents de salpingite; cela se voit surtout chez les hystériques que l'on a soumises à la castration.

Sur 52 laparotomies pour hydro ou pyosalpingite, M. Landau n'a eu qu'une mort.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN (ANNÉE 1889).

Sommaire : Traitement de la coqueluche par les bains froids. — Suture osseuse dans la fracture du fémur. — Procédé d'administration du chloroforme. — Empoisonnement alcoolique.

M. Ch. Bataille a attiré l'attention sur les *formes graves de la coqueluche et leur traitement par les affusions froides.*

Il ne s'agit pas ici de coqueluches traitées, dès le début, par l'eau froide, mais de ces formes où le pronostic semble désespéré soit par suite des vomissements répétés compromettant gravement la nutrition, soit à cause de la broncho-pneumonie, complication souvent mortelle, quand elle éclate dans ces conditions.

Ces coqueluches, observées chez des enfants âgés de 1 an à 7 ans, avaient été, en effet, préalablement traitées suivant la méthode ordinaire : un ou deux vomitifs au début, quelques révulsifs, puis elles avaient été soumises aux préparations antispasmodiques les plus recommandées (belladone, bromure) et au changement d'air.

Quand éclatèrent les complications énoncées par M. Bataille, la médication suivie fut la méthode classique. Mais, devant la persistance des accidents, on se décida à employer la médication réfrigérante, qui fut acceptée par les familles.

On suivit la méthode de Currie dans la scarlatine. Trois ou quatre fois par jour, suivant l'intensité de la fièvre et de la dyspnée, on versait sur l'enfant nu, placé dans un baquet, un seau d'eau froide dont la température était d'environ 14°.

Trois enfants de 1 an, 6 ans et 7 ans, atteints de broncho-pneumonie dans le cours de leur coqueluche, furent ainsi traités et guérirent après huit, treize et seize jours de traitement; mais il est à remarquer que les affusions ne furent pas rigoureusement administrées pendant tout ce temps, attendu qu'elles furent à plusieurs reprises interrompues vingt-quatre ou quarante-huit heures lorsque la température ne dépassait pas 39° et que les signes thoraciques s'amendaient.

Une petite fille de 5 ans, qui dépérissait depuis plusieurs semaines sous l'influence des vomissements répétés, fut, comme dernière ressource, soumise à ce traitement.

L'effet des affusions fut rapide et si manifeste que, dès le deuxième jour, les parents eux-mêmes continuèrent avec confiance l'eau froide, dont ils ont pu cesser l'emploi le septième jour, car alors vomissements et quintes avaient définitivement disparu.

En résumé, comme le bain froid ou le drap mouillé, qui ont été appliqués à Lyon contre la broncho-pneumonie, l'affusion froide diminue la dyspnée et augmente la puissance des mouvements respiratoires.

Les affusions ont aussi sur les vomitifs l'avantage de ne pas déprimer les forces; elles excitent les muscles respiratoires, ce qui a pour conséquence de désobstruer les bronches.

Chez les enfants d'un certain âge, comme chez les adultes, on est frappé de l'expectoration salutaire qui suit l'application de l'eau froide.

La température est abaissée de quelques dixièmes après chaque affusion. L'état général devient vite plus satisfaisant, comme le dénotent le calme et le faciès du petit patient.

L'hydrothérapie réveille les fonctions digestives, ce qui explique son succès dans les vomissements de la coqueluche.

©BIU Santé

— M. Duménil a observé un cas de *fracture du fémur irréductible* qu'il a traité par la suture osseuse.

Un marin suédois d'une vingtaine d'années, vigoureux, fut apporté, dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu, avec une fracture du tiers inférieur de la cuisse produite par le choc d'une pièce de bois. Le fragment inférieur avait été projeté en arrière et un peu en dehors, et affleurait les téguments. Les tentatives de réduction après anesthésie complète, avec tractions énergiques exercées par trois aides, furent impuissantes à produire le résultat cherché; des essais répétés dans des directions diverses ne réussirent pas mieux. L'extension continue, pratiquée pendant un mois, laissa les choses en l'état avec une mobilité absolue; la pointe du fragment inférieur menaçait d'ulcérer les téguments.

M. Duménil fit la résection des fragments au moyen d'une incision en fer à cheval, à convexité inférieure, partant du milieu de la région antérieure pour aboutir au milieu de la région postérieure. On avait ainsi sous les yeux tout le foyer de la fracture; le fragment inférieur, dirigé en haut, en arrière et en dehors, chevauchait de 5 centimètres sur le supérieur. Une jetée d'os nouveau se portait du fragment supérieur au fragment inférieur, mais sans présenter d'adhérences avec ce dernier; des parties musculaires étaient interposées aux fragments. Deux fils d'argent assujettirent ceux-ci, la réunion du lambeau fut faite au crin de Florence et deux gros drains placés aux deux extrémités de la plaie. Un appareil plâtré assura une immobilité absolue.

Une suppuration abondante n'empêcha pas la consolidation rapide. Au bout d'un mois, l'appareil plâtré fut enlevé et remplacé par l'extension continue.

La guérison se fit sans déformation autre qu'un raccourcissement de 5 centimètres. Au bout de deux mois, le malade put se lever; actuellement, il fait de longs trajets, monte et descend les escaliers avec un seul bâton.

— M. Ch. Bataille a préconisé un *procédé d'anesthésie par le chloroforme* qu'il décrit de la manière suivante :

Sur une compresse pliée en trois ou quatre, et de la largeur de la main, on verse cinq ou six gouttes de chloroforme à la même place. Dès le premier moment, on l'applique tout près du nez et de la bouche du patient, une main la maintenant sur les os propres du nez, tandis que l'autre la tient tendue tout près du menton.

On observe alors que le patient aspire sans résistance la petite dose de vapeurs anesthésiques. Toutes les quinze ou vingt secondes la dose de chloroforme est renouvelée en l'augmentant chaque fois de deux ou trois gouttes, sans jamais dépasser une douzaine.

Les mouvements respiratoires continuent de se faire avec calme; si, par hasard, le patient se plaint, on l'engage à souffler sur la compresse et l'accoutumance aux vapeurs s'établit vite.

Au bout de cinq ou six minutes, quelquefois dans un temps plus court, jamais en plus de huit minutes, l'anesthésie est complète, le chirurgien peut commencer à opérer.

Pendant la période dite d'excitation, les 10 gouttes de chloroforme sont versées coup sur coup; mais cette période d'excitation (sans mouvements violents) ne dure jamais au delà de trente à quarante secondes; encore est-elle souvent complètement supprimée chez les femmes. Les mouvements respiratoires sont toujours calmes, et il ne se produit jamais la moindre alerte.

M. Bataille insiste sur ce point, car, avec le procédé ordinaire, de graves accidents peuvent survenir durant cette période : la respiration s'arrête ou la face se congestionne au point de devenir cyanosée; souvent l'action irritante des vapeurs anesthésiques ne tarde pas à provoquer ce petit sifflement laryngé, indice d'un spasme de la glotte. On se voit alors obligé de renoncer momentanément aux inhalations, ce qui prolonge d'autant plus la lutte entre le chloroformisateur et le patient.

Souvent des vomissements ou des envies de vomir se produisent avec la méthode ordinaire; ces incidents deviennent exceptionnels avec le procédé en question. Sur une cinquantaine d'anesthésies qu'a pratiquées M. Bataille, deux femmes seulement ont vomi.

©BIU Santé

L'anesthésie étant complète, l'opérateur continue de verser toutes les trente à cinquante secondes, ou plus rarement encore, sept ou huit gouttes de chloroforme, se guidant sur la sensibilité cornéenne que l'on doit maintenir voisine de l'insensibilité.

Tant que l'anesthésie est convenablement entretenue, la respiration se fait silencieusement ou avec le bruit particulier au profond sommeil. Le moindre cri, la moindre contraction des muscles de la face indiquent qu'il faut renouveler la dose de chloroforme.

M. Bataille s'inquiète peu de l'état du pouls et de celui de la pupille, qui devient ordinairement punctiforme pendant l'anesthésie complète.

Le réveil se fait facilement, et, dans les heures qui suivent l'anesthésie, le malade ne vomit que rarement.

Enfin la quantité de chloroforme employée par M. Bataille est près de trois fois moindre que celle qui est communément dépensée. Au lieu de 150 grammes par heure, il lui suffit d'une cinquantaine de grammes pour les femmes, un peu plus chez l'homme, sans pourtant dépasser 70 grammes par heure.

En résumé, le procédé précédemment développé a pour avantages :

1° D'obtenir l'anesthésie complète en un temps aussi court que possible ;

2° De rendre la période d'excitation à peu peu nulle comme durée et intensité, et cela même chez les alcooliques ou les individus réputés difficiles à endormir ;

3° De supprimer toute espèce d'incidents, soit pendant, soit après l'anesthésie.

M. F. Hue a eu occasion d'observer deux cas d'*empoisonnement par les vapeurs d'alcool*. La seconde observation est surtout intéressante. Le malade était un distillateur de 59 ans, très robuste, sans aucune tare physiologique ni aucun antécédent morbide, dont le père est mort de ramollissement cérébral. La place qu'il occupait depuis trente ans dans une grande distillerie d'alcool consistait à surveiller le passage des produits de la distillerie, au sortir du rectificateur, afin de les répartir en plusieurs catégories de valeur chimique et commerciale différente. Jamais, jusqu'à l'époque de l'accident, cet homme, du reste sobre, n'avait présenté les moindres symptômes d'alcoolisme aigu ni chronique.

Dans l'industrie de l'alcool, les jus de maïs, convenablement préparés, sont soumis à une série d'opérations qui ont surtout pour but de recueillir la plus grande quantité possible de l'alcool éthylique produit.

Une première distillation donne les « phlegmes » qui contiennent en bloc tout ce qui est volatil.

Une seconde opération, ou déphlegmation, sépare ces flegmes en catégories qui distillent à des températures de plus en plus hautes dans l'ordre et l'appellation industrielle suivante : mauvais goûts de tête, moyens goûts, bons goûts, moyens goûts de queue et mauvais goûts de queue. L'alcool bon goût est, chimiquement, de l'alcool éthylique. En tête passent surtout les aldéhydes, en queue les alcools d'atomicité supérieure, c'est-à-dire : amylique, propylique, butylique, isobutylique, etc. L'ensemble de ces produits secondaires a reçu le nom générique d'*huiles de fusel*.

C'est pendant une troisième période qui consiste à distiller ces huiles de fusel, afin d'en séparer le plus possible de l'alcool bon goût qui s'y trouve encore en certaine proportion, que le malade fut intoxiqué. Un point de l'appareil à colonnes employé à cet effet laissa suinter une assez grande quantité de ces produits qui, tombant sur un dôme chauffé, furent vaporisés. L'aération de la pièce est telle que ces vapeurs étaient chassées en grande partie vers le poste du distillateur. Il y fut exposé pendant deux heures consécutives, les distillateurs prenant leurs repas à leur poste même, qu'ils ne peuvent quitter. Ces vapeurs ont une odeur forte et désagréable qui frappa tous les autres employés de l'usine ayant affaire dans la salle de distillation d'une manière intermittente.

Avant la fin de son service, le malade se sentit étourdi, mal à l'aise, sans appétit, et ne reprit un peu de bien-être qu'une fois au grand air. Disons de suite que son collègue, qui prit alors le quart de nuit, arrivant à la fin de l'opération, n'a présenté que des symptômes légers d'empoisonnement.

Le malade put rentrer, tant bien que mal, à pied chez lui, à une distance de 2 kilo-

©BIU Santé

mètres. Il avait alors une sensation de faim avec tiraillements d'estomac marqués et fut obligé de se mettre au lit après son repas. Les jours suivants, les symptômes d'empoisonnement furent assez intenses pour l'empêcher de se lever. Ils consistaient en une parésie généralisée considérable avec sensation d'abattement, affaiblissement de la vue, bourdonnements d'oreilles, douleurs de tête qu'il définit en disant qu'il ressentait des coups qui lui soulevaient le crâne. Il lui semblait aussi qu'il avait la tête pleine d'eau oscillant au moindre mouvement. Tous ces symptômes disparaissaient presque entièrement dans le décubitus dorsal et l'immobilité pour reparaître ou s'exagérer au moindre mouvement. Quand il essayait de se lever, il avait une sorte de vertige et parfois de la diplopie. Au bout de quelques jours, il essaya de sortir pour reprendre son service, mais il ne pouvait marcher droit, bien qu'il s'efforçât d'y arriver en fixant la trace d'une roue de voiture. Les facultés intellectuelles étaient en même temps fort diminuées, la sensibilité était légèrement émoussée et le tact gêné par des fourmillements dans les mains, sans tremblement. Miction et défécation normales. Urines d'abord épaisses, puis claires au bout de peu de jours, non examinées. Perte presque complète de l'appétit, sans pyrosis ni vomissements.

La médication consista d'abord en purgatifs, sudorifiques, diurétiques, aidés de frictions sèches. Puis, comme l'amélioration survenait lentement, on essaya l'eau oxygénée, qui parut pendant trois ou quatre jours produire un bon effet, mais devint bientôt pesante et difficile à digérer.

Six semaines après le début des accidents, le malade a tenté de reprendre son service ; néanmoins, il lui restait un certain nombre de symptômes pénibles. Il perdait encore parfois la ligne droite, était étourdi quand il tournait sur lui-même. Il était obligé de s'asseoir à chaque instant à cause de l'affaiblissement rapide de la vue, qui se couvrait comme d'un voile, ou de la diplopie, ou encore de la fatigue des jambes survenant rapidement. Les digestions étaient, de plus, un peu pénibles.

Aussi, bien que tous les symptômes se soient amendés progressivement, on peut prévoir qu'il restera des traces assez tenaces.

Chez l'autre distillateur qui lui avait succédé pour le quart de nuit, les symptômes furent beaucoup moins marqués; ils consistèrent en céphalalgie et en inappétence vite dissipés. L'opération touchait d'ailleurs à sa fin, et ce second malade ne fut que peu de temps exposé aux vapeurs toxiques.

De quelques nouvelles médications.

LE DÉSINFECTOL ET LE LISOL. (*Revue hebdomadaire de thérapeutique*, 1890, 29.)

M. Bruno Lœwenstein (de Rostock) a imaginé un nouvel antiseptique, le *désinfectol*, dans la constitution duquel entrent des résines, des combinaisons iodiques, des phénols et des hydrocarbures divers, et qui, par ses propriétés, se rapproche de la créoline. C'est un liquide d'un brun foncé, d'une grande consistance, d'une odeur analogue à celle de la créoline, de réaction alcaline, miscible à l'eau en toutes proportions et formant avec ce liquide une émulsion claire et grise, suivant les proportions de désinfectol qu'elle renferme. M. Beselin a expérimenté l'action antiseptique du désinfectol sur les matières fécales. Il est arrivé à ce résultat qu'une émulsion contenant 5 p. 100 de désinfectol désinfecte complètement, en l'espace de dix-huit heures, un volume égal de matières fécales liquides, que les bacilles de la fièvre typhoïde semblent être détruits par une émulsion à 2 p. 100. Une émulsion contenant 10 p. 100 de désinfectol désinfecte une égale quantité de matières fécales après un quart d'heure de contact, un volume double après dix-huit heures de contact. Une émulsion de désinfectol à 5 p. 100, essayée sur des matières fécales liquides, a produit des effets désinfectants comparables à eux d'une solution de créoline à 12,5 p. 100, à ceux d'une solution d'acide chlorhydrique à 33 p. 100, à ceux d'une solution phéniquée à 5 p. 100, d'une solution de sublimé à 2 p. 100; au dire de M. Beselin, une émulsion à 10 p. 100 exerce sur les matières fécales liquides une action désinfectante supérieure à celle de tous les agents communément employés dans le même but.

©BIU Santé

Le lysol. — La distillation du goudron fournit tout un groupe de corps que l'on appelle huile supérieure de goudron. Ces produits sont insolubles dans l'eau. Quand on les traite en vase clos, avec une quantité correspondante d'alcali et de graisse, et qu'on soumet ensuite le tout à une action prolongée pendant quelques heures, on obtient une masse qui, refroidie dans l'eau, se dissout ensuite en toutes proportions dans ce liquide. C'est le produit ainsi obtenu que M. Gerlach (de Wiesbaden) a baptisé du nom de lysol et qu'il présente comme un puissant agent de désinfection. Pour apprécier le pouvoir antiseptique du lysol, M. Gerlach a expérimenté parallèlement ce nouveau produit, l'acine phénique, l'acide sulfo-phénique et la créoline. L'épreuve a porté sur des spores charbonneuses, sur le *staphylococcus pyogenes aureus* et sur le microcoque de l'érysipèle. Elle a tourné entièrement à l'avantage du lysol. Ce produit paraît être dépourvu de toxicité, à en juger par les résultats de l'expérience suivante : pendant quinze jours on a injecté à un lapin, sous la peau, chaque jour 2 grammes de lysol. L'animal a survécu à l'expérience.

Le lysol a été employé pour obtenir l'antisepsie chirurgicale, en injections dans le vagin et le rectum, en lotion sur les plaies et dans le traitement de certaines dermatoses. Sous forme de solutions un peu fortes, 1 à 2 p. 100, il détermine une sensation de brûlure légère et de courte durée. Une solution à 0,3 p. 100 suffit pour détruire, en l'espace de quelques secondes, tous les micro-organismes qui entrent en cause dans le traitement des plaies; à plus forte raison une solution à 1 p. 100 répond-elle à tous les besoins de l'antisepsie chirurgicale. En solution à 3 p. 100, le lysol possède les propriétés d'un savon; il mousse et se prête très bien à la désinfection des mains. Enfin une solution à 20 p. 100 a pu être employée en applications topiques dans des cas de teigne tondante, sans occasionner de phénomènes d'irritation locale. — P. N.

ANESTHÉSIE LOCALE POUR LES PETITES OPÉRATIONS, par le docteur DOBISCH.

(*Allgemeine medic. Centralzeitung*, 1890, n° 14, et *Revue de thérap.*, 1890, 18.

Pour des opérations ressortissant à la petite chirurgie : incision d'un panaris, ouverture d'abcès ganglionnaire, grattage d'une fistule osseuse, extirpation d'un épithélioma superficiel, etc., M. Dobisch a eu recours, avec succès, aux pulvérisations de la solution suivante, dans le but d'obtenir l'anesthésie locale :

Chloroforme	10 parties.
Ether sulfurique	15 —
Menthol	1 partie.

M.

Les pulvérisations étaient faites avec l'appareil de Richardson.

L'anesthésie locale avait une durée de deux à six minutes. — P. N.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

M. Simon : Contribution à l'étude de la pyrodine. — M. Demange : Aperçu sur l'histoire de l'ophtalmie à Strasbourg et à Nancy. — M. Sénique : Considération sur le traitement des pseudarthroses en particulier par la résection. — M. Sibut : De l'atrophie cérébrale partielle d'origine périphérique. — M. Duron : Influence de la section sous-diaphragmatique des nerfs pneumogastriques sur la digestion stomacale. — M. Hezard : Contribution à l'étude du traitement des fractures de l'humérus. — M. Cosserat : Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme. — M. Manceaux : Etude sur les greffes dermo-épidermiques par la méthode dite de Thiersch. — M. Cuvillier : Du traitement chirurgical de l'endométrite chronique. — M. Georges : De l'étude chimique du contenu stomacal et de ses rapports avec le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. — M. Faivre : Considérations critiques sur l'emploi des injections intra-utérines après l'accouchement. — M. Braun : Des adhérences dans les kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie incomplète. — M. Cultin : Du ptosis et principalement de son traitement. —

©BIU Santé

M. Pierrot : Action de l'iodure de potassium sur la circulation. — M. Lalitte : Des glandes thyroïdes accessoires au point de vue chirurgical. — M. Benoist : Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique. — M. Baseil : De l'hématome du scrotum (hémacèle pariétale des auteurs). — M. Steinmetz : De la suspension dans le traitement des maladies du système nerveux. — M. Crepet : Du mélano-sarcome intra-oculaire, pronostic et traitement. — M. Le Brun : De la cure radicale des hernies. — M. Bertaux : Contribution à l'étude des déformations consécutives à la fracture de Dupuytren. Traitement par l'ostéotomie. — M. Thiébaut : Des lésions veineuses chez les artérioscléreux. — M. Jabot : De l'épilepsie chez les vieillards. — M. Etienne : Diagnostic et traitement des vices de conformation de l'anus et du rectum. — M. Breuil : Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de la région mastoïdienne. — M. Sonrier : De la valeur clinique de l'amputation sous-astragalienne. — M. Béchamp : Nouvelles recherches sur la lichénine. Etude chimique et pharmacologique suivies d'un essai sur la matière gélatinisante du Carragaheen.

FORMULAIRE

SOLUTION ET POMMADE CONTRE LES ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES. — Plumert

Salicylate de mercure	ãã 1 gramme.
Carbonate de potasse	
Eau distillée	100 grammes.

Faites dissoudre. — Dans le cas d'ulcérations d'origine syphilitique, on panse avec de l'ouate ou des compresses imbibées de cette solution.

On peut aussi recourir à une pommade composée de :

Salicylate de mercure	1 gramme.
Vaseline	30 grammes.

Cette pommade se montre également efficace contre l'eczéma. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guillou (de Royan) et Lecadre (du Havre).

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE**. — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Bulletin bibliographique.

Note sur la réduction de la luxation de la hanche en arrière par des manœuvres en douceur, par MM. GUERMONPREZ et CATOIRE.

Curage d'un foyer de gangrène sus-diaphragmatique, par le docteur GUERMONPREZ.

Ces ouvrages se trouvent à Lille, chez L. Quarré, éditeur, 64, grande place.

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Bibliothèque : Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus. — Hygiène élémentaire publique et privée. — III. Revue des journaux : Manière de conserver le thermo-cautère en bon état. — Surdité labyrinthique consécutive à la grippe. — IV. Sociétés et Congrès. — V. De quelques nouvelles médications. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

La fièvre typhoïde à Trouville.

La grande préoccupation de beaucoup de médecins, à l'heure actuelle, est d'enrayer la dépopulation de la France ou d'augmenter sa natalité. La question est revenue encore à l'Académie de médecine sous deux formes : M. Lagneau en discutant les moyens proposés par M. Javal pour augmenter la natalité, et M. Hervieux en présentant un rapport sur un travail de M. le médecin-major Amat sur la diminution de la mortalité par la vaccine obligatoire.

Or, pendant que les uns cherchent à peupler la France, les autres la dépeuplent; les autres, ce sont les épidémies de fièvre typhoïde, comme à Angoulême, à Trouville, etc.; de diphthérie comme à Reims, actuellement. A Trouville, ce n'est pas seulement cette année que règne la fièvre typhoïde, mais tous les ans; mais comme, d'une part, celle-ci n'éclate souvent que lorsque les baigneurs ont quitté la station, et que, d'autre part, les morts ne font pas autant de bruit que celle de Mme Samary, on n'y a pas prêté jusqu'alors grande attention, et les ravages continuent.

FEUILLETON

CAUSERIE

Pendant que le monde médical, j'entends celui qui est diplômé, s'agite pour faire décréter l'unification des grades et l'instruction obligatoire des gradés, de ci, de là les charlatans et rebouteurs trouvent encore moyen de leur damer le pion. Voyez, par exemple, ce qui vient de se passer pour l'honorable M. Rouvier, ministre des finances.

Il fait une chute de cheval et se démet le pied. *Démet*, c'est l'expression employée par le journal le *Temps*, qui raconte le fait. Il paraît que c'était une luxation. Reconduit à son domicile, il fit appeler son médecin, qui vint accompagné d'un rebouteur. C'est ce dernier qui réduisit la luxation.

M. Rouvier, ajoute le *Temps*, est tout à fait remis et sortira demain. (Ce n'est pas vrai le moins du monde, vous savez.)

Ainsi, voilà un ministre de la République qui admet un charlatan chez lui pour se faire remettre le pied, tandis que son collègue de l'instruction publique sue sang et eau pour trouver des combinaisons capables de mettre un frein à l'exercice illégal de la médecine. Quelle preuve du manque d'accord des ministres entre eux! Et comme on a raison de parler du manque de cohésion du ministère!

©BIU Santé

MM. Brouardel et Thoinot ont été envoyés à Trouville pour rechercher les causes de l'épidémie. Je ne sais quel a été le résultat de cette enquête, mais j'ai reçu d'un de nos confrères et amis, qui a eu la curiosité de chercher de son côté, pendant son séjour sur la plage normande, à quoi on pourrait bien attribuer ces retours périodiques d'une affection aussi meurtrière des renseignements très intéressants. Voici ce qu'il m'a écrit à ce sujet :

« Trouville a de l'eau de source excellente et en quantité suffisante pour que chaque habitant puisse en avoir à sa disposition, chaque jour, un mètre cube. Pour qui connaît les Trouvillais, un mètre cube suffit pour toute une famille; si chaque habitant en dépense, pour tous les usages, vingt litres par jour, c'est le bout du monde. Mais lorsque les étrangers abondent dans la ville, les choses changent. Un Parisien, encore moins une Parisienne, ne se contente pas de vingt litres d'eau par jour, le mètre cube y passe largement. Qu'arrive-t-il alors? C'est que les Trouvillais, considérant cela comme du gaspillage, ferment les tuyaux d'eau de source destinés à alimenter les Parisiens, leur donnent de l'eau prise dans les puits ou la rivière, et gardent pour eux la bonne eau de source. Quant au résultat, il est bien simple : sur 150 personnes qui ont été prises cette année de fièvre typhoïde, il y eut 3 Trouvillais et 147 étrangers, dont cette pauvre Samary. »

Et comme j'en causais avec un médecin de la ville, lui exprimant mon étonnement d'un tel état de choses, lui demandant pourquoi les médecins ne signalaient pas ces faits, au risque même de changer la municipalité, savez-vous ce qu'il m'a répondu? je n'en crois pas encore mes oreilles : « Mais, si on changeait cela, il n'y aurait plus de malades pendant la saison. Ce serait nous retirer le pain de la bouche! » Et vous savez, c'est textuel, je n'exagère pas.

Sans doute, il y a encore beaucoup à faire comme propreté dans les hôtels, mais il faut d'abord commencer par ne pas empoisonner les baigneurs qui viennent à Trouville dans l'espoir d'y rétablir leur santé.

Je ne veux rien ajouter de mon crû à ce récit, que je n'aurais pas repro-

---

Et ce confrère qui abrite sous son aile un rebouteur et qui l'amène chez le ministre! Quel comble! O *Temps!* que ne l'avez-vous nommé! Je me serais chargé de le faire arriver à la postérité la plus reculée, car je ne doute pas que l'*Union* y arrive.

***

Il est certain que le confrère qui a agi de la sorte a prouvé qu'il professait le plus souverain mépris pour les chirurgiens. Pauvres chirurgiens! C'est bien un peu leur faute! Ils ne s'occupent plus maintenant que de laparotomiser leurs clients, à tel point qu'on en arrive à se demander s'ils sont encore capables de soigner une entorse. Que oui! Ils en sont même arrivés à masser les entorses et fractures mieux que les rebouteurs. Les attaquer sur leur propre terrain (je parle des rebouteurs), c'est assurément là le meilleur moyen de leur couper l'herbe sous le pied et de les renvoyer à leurs moutons. Car vous n'ignorez pas que les rebouteurs sont d'anciens bergers devenus sorciers.

Autre exemple de bonne confraternité. Trois médecins avaient donné leurs soins à un homme de..... peu importe le pays. La chose aurait pu se passer chez nous. Le malade avait une affection du pied pour laquelle ils avaient conseillé l'amputation. Survient un certain docteur Ries, qui se fait fort de guérir le malade sans opération, si on veut bien le lui confier. On le lui confie donc, mais il meurt bientôt. Le docteur Ries rejeta, bien entendu, la mort sur le dos des trois confrères, et il écrivit ces mots sur la carte de décès : « Mort des suites des mauvais traitements des médecins! » Comme si ce

©BIU Santé

duit si la source ne m'en eût été bien connue. J'ai d'ailleurs toute raison de croire que M. Brouardel en sait encore plus long que moi à ce sujet, et qu'il n'a pas l'intention de mettre la lumière sous le boisseau.

Un de mes amis d'Angoulême me disait à ce propos que la dernière épidémie de la garnison tenait à une cause semblable. Alors que la santé était excellente en ville, la fièvre typhoïde sévissait sur les soldats. Pourquoi? Parce que la ville était alimentée d'eau de source, et que les casernes recevaient de l'eau d'une autre provenance, autre, mais non aussi pure.

Nous espérons sincèrement que notre Conseil supérieur d'hygiène montrera qu'il entend que ses avis doivent être écoutés, et que le gouvernement, dont il dépend directement, y tiendra la main. Il est grand temps de changer tout cela. — L.-H, P.

BIBLIOTHÈQUE

HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE ET OPÉRATIONS SUS-PUBIENNES DANS LES RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS, par le docteur Marcel BAUDOUIN. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

Il n'est rien qui étonne autant ceux qui ne sont pas au courant d'une question que de voir combien sont nombreux les documents relatifs à cette question. Lorsque j'ai assisté au baptême de l'hystéropexie à la Société de chirurgie, il y a deux ans, j'étais loin de me douter que deux années après on pourrait recueillir 235 cas de ladite opération, sans compter les nombreux travaux de toute longueur publiés sur ce sujet. Et cependant ils existent, et, avec leur aide, M. Marcel Baudouin a pu écrire une intéressante monographie qui n'a pas moins de 414 pages. C'est l'histoire complète de l'opération jusqu'à présent, avec ses indications, ses contre-indications, son manuel opératoire, méthodes, procédés et sous-procédés, sa comparaison avec les opérations employées dans le même but et ses résultats.

Peut-on, grâce à ce volumineux travail, se faire une idée exacte de la valeur de l'opération? Non, car l'auteur reconnaît lui-même, en soulignant, qu'il n'y a que 150 à 180 observations à peu près complètes, et, dans la plupart des cas, *les opérées n'ont*

---

n'était pas assez, il déclara, en outre, que ses collègues ne connaissaient rien à la chirurgie et avaient tué leur malade. Le docteur Ries, accusé de diffamation à l'égard de ses trois collègues, a été condamné à 600 francs d'amende et à 600 francs de dommages-intérêts.

Mais le plus puni a été un jeune confrère qui, voulant arriver à la célébrité *per fas aut nefas*, est appelé en consultation avec plusieurs confrères des villages voisins, approuve tout ce qu'ils disent, puis revient le lendemain seul auprès du malade, démolit ses confrères, affirme que lui seul peut guérir le patient, fait congédier les confrères, soigne sans succès ledit patient, l'emmène consulter à Montpellier une célébrité chirurgicale, et ne revient qu'avec un cadavre, le consulté étant mort en route.

Et cet autre qui, parti d'une grande ville de l'Ouest pour Lourdes avec un moribond, eut toutes les peines du monde à le ramener en vie dans le foyer de ses pères.

Allons, jeunes confrères, croyez-moi, le plus court chemin d'un point à un autre, pour arriver au succès en clientèle comme en géométrie, c'est encore la ligne droite.

Pour en revenir aux charlatans, je voudrais bien vous raconter ce qui s'est passé à Bruxelles, et qu'a si joliment narré le docteur V. dans la *Clinique* de ce pays, mais c'est un peu long. Je me contenterai donc de l'abréger.

Vous saurez donc qu'un charlatan arabe est venu opérer dans la capitale de la Belgique de nombreuses cures merveilleuses. Plusieurs médecins, se disant reporters de journaux politiques, ont pu assister à une consultation donnée à plus de six cents malheureux atteints de maladies des yeux dans une cour et une salle d'école : aveugles,

©BIU Santé

pu être suivies pendant un temps suffisant. Mais c'est là justement le point capital. Opérer quand il le faut, mener la cure de la plaie opératoire à bonne fin, sans doute cela est important ; mais savoir si le malade est guéri définitivement ou non de l'infirmité pour laquelle on a pratiqué l'opération l'est encore davantage. Or, c'est justement cela que l'on ne sait pas. Par exemple, la rétro-déviation est changée en anté-déviation ; que devient la vessie, comment prend-elle son parti du nouveau voisinage qu'on lui impose et qui vraisemblablement la gêne? Et l'utérus lui-même, limité dans son mouvement d'ascension en cas de grossesse, rompra-t-il ses adhérences? La grossesse arrivera-t-elle à terme?

M. Baudouin a essayé de résoudre ces questions, mais je crois qu'il l'a fait dans un sens trop optimiste. Ainsi, il s'appuie sur un cas de M. Routier pour démontrer que la grossessse peut arriver à terme après l'hystéropexie; mais, dans ce cas, il s'agit d'une hystéropexie complémentaire, dans laquelle la fixation a été faite par le pédicule d'un ovaire; on ne peut évidemment comparer ce fait avec ce qui pourrait avoir lieu s'il s'agissait d'une hystéropexie primitive, dans laquelle le fond et la face antérieure de l'utérus auraient été suturés à la paroi abdominale. Mais, bien entendu, toutes les réflexions théoriques devront céder le pas aux résultats cliniques, c'est pourquoi il faut les attendre avant de se prononcer.

Il n'en faut pas moins féliciter M. Baudouin de son travail; les monographies de ce genre sont œuvre de bénédictin, qu'il faut avoir entreprises soi-même pour pouvoir apprécier. Elles sont surtout difficiles aujourd'hui que les recueils périodiques poussent comme champignons, qu'on ne peut toujours se les procurer et qu'on perd souvent un temps précieux à les attendre. Grâce à ce travail, la question est posée, le cadre est tracé, ce qui est une excellente chose, car il n'y aura qu'à y ranger les nouveaux faits qui seront publiés. « Alors seulement il sera facile de savoir ce que vaut vraiment l'hystéropexie contre les rétro-déviations utérines. »

Je dois ajouter que les nombreuses figures jointes au texte, et relatives surtout à la description des divers procédés opératoires, faciliteront beaucoup l'intelligence de ceux-ci et aideront d'autant les praticiens à les exécuter.

Chemin faisant, M. Baudouin a relevé un certain nombre de fautes de typographie dans les ouvrages d'autrui ; c'est un point important lorsqu'il s'agit, comme dans son livre, d'une œuvre surtout bibliographique ; malheureusement, il n'a pas été plus ménagé que ses prédécesseurs, et l'imprimeur n'a pas épargné non plus les fautes. Je les crois d'ailleurs sans danger. — L.-H. Petit.

---

cataractés, scrofuleux, ophthalmiques, conjonctivitiques, etc., bref tous les éclopés des yeux qu'on a l'habitude de rencontrer dans les cliniques de la ville s'étaient donné rendez-vous dans ce peu charmant séjour.

On va, pour épater les populations, opérer une vieille femme de la cataracte. On la fait asseoir sur une estrade. Après un speech bien senti, répété par l'interprète, où il est dit que la femme est aveugle depuis plus de six ans et qu'elle n'a pu trouver dans aucune clinique de soulagement à son triste état, le charlatan commença gravement l'opération. La méthode employée fut la méthode préhistorique par réclinaison. Après une attende anxieuse de six minutes environ (diable, il y met le temps!) pendant laquelle on eût pu entendre une mouche voler, tant le silence de l'auditoire était profond, la femme enfin s'écrie qu'elle voit la main de l'opérateur. Formidables cris de triomphe..... Applaudissements frénétiques..... On danse, on s'embrasse..... C'est du délire.

« Puis l'opérée disparait de la scène.

« Mais ce qui fut merveilleux et digne de passer à la postérité la plus reculée, c'est la manière dont fut conduite la consultation donnée à ce millier de malades. Un seul collyre, un seul pinceau..... Et ce même pinceau, constamment trempé dans le même collyre, passa indistinctement dans 2,000 yeux avec une rapidité qui tenait du vertige : en moins d'une demi-heure, tous les malades étaient expédiés et remis au lendemain. »

Là aussi, il y avait un docteur, qui servait de paravant au charlatan arabe. Au moins

©BIU Santé

HYGIÈNE ÉLÉMENTAIRE PUBLIQUE ET PRIVÉE, par le docteur A. AMBLARD.
Paris, A. Maloine, 1890.

Ce manuel est un des meilleurs qui aient été publiés récemment sur la science de l'hygiène, qui tend de plus en plus à s'imposer à l'étude de tous, et n'est plus comme autrefois une annexe négligée de la médecine.

M. Amblard, tout en voulant présenter aux étudiants le résumé des matières nécessaires aux examens, a su s'étendre particulièrement sur l'hygiène individuelle, sur la prophylaxie et a, par suite, écrit des chapitres utiles aussi aux praticiens qui n'ont pas le temps de lire les grands traités d'hygiène classiques ou en cours de publication.

Un grand nombre de documents dispersés ça et là dans les publications spéciales ont été résumés par l'auteur. Il nous permettra de regretter qu'il n'ait pas, dans de courtes notices bibliographiques, donné à ses lecteurs les indications nécessaires pour qu'ils puissent étudier à fond une question. Ce sera pour une seconde édition qui ne se fera pas longtemps attendre.

P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Manière de conserver le thermo-cautère en bon état (*Le Praticien*, 1890, 8). — Le titre de l'essence minérale mesuré avec le densimètre à pétrole, à 15°, doit marquer 700 à 720°, c'est-à-dire qu'elle doit peser 700 à 720 grammes le litre.

L'essence ne doit occuper *au plus* que le *tiers* de la capacité du réservoir.

La poire de Richardson peut être remplacée à la rigueur par un soufflet de cheminée.

La température de l'essence doit être, pendant toute la durée de l'opération, de 15 ou 20°. Pour cela il suffira de tenir le flacon dans la main ou dans une poche. La température sera suffisante. Une température exagérée s'opposerait à l'incandescence du cautère. La lame de platine sera portée dans les parties latérales de la flamme au niveau du milieu. Se servir d'alcool pur pour la lampe.

Eviter de chauffer le cautère au blanc lumineux.

Si pendant l'opération le cautère se refroidit, faire marcher vivement la soufflerie et au besoin le reporter dans la flamme de la lampe.

L'opération terminée, avant de laisser éteindre le cautère, le porter au rouge vif par

---

celui-là aurait dû savoir qu'on ne passe pas impunément le même pinceau entre les paupières de mille individus dont beaucoup sont atteints d'affections contagieuses.

Mais ce n'est pas le seul charlatan qui fleurisse à Bruxelles. Il paraît qu'il en existe depuis plusieurs années un autre qui, grâce à ses connaissances bactériologiques, guérit tous les phthisiques qui, de loin on de près, s'adressent à lui. Ce savant apothicaire a opéré l'an dernier (c'est lui qui le dit) 9,541 guérisons ; ce chiffre respectable s'élève aujourd'hui au delà de 22,000. En présence de ces brillants résultats, on est tenté de se demander, ajoute M. le docteur Brasseur, à quoi peuvent servir les expériences de Koch et de Grancher, qui, aux derniers Congrès de Berlin et de Limoges, ont fait entrevoir la découverte prochaine d'un moyen propre à enrayer la marche du bacille tuberculeux. Toutefois, hâtons-nous de le proclamer bien haut, le moyen curatif prôné par le charlatan bruxellois n'a d'autre vertu sérieuse que de drainer les écus, et nous ne pouvons que blâmer sévèrement les pharmaciens qui lui servent d'intermédiaires pour la vente de ses produits.

***

Le rapport de M. Henri Monod sur la situation sanitaire renferme le récit de faits navrants qui se sont passés pendant le dernier pèlerinage de la Mecque. L'épidémie cholérique dans la mer Rouge a eu un caractère terrible. Tous les cas étaient foudroyants. Les malades mouraient en moins d'une heure, les dents serrées, le corps contracté ; impossible de leur faire prendre aucun remède. A Djeddah, le nombre des per-

©BIU Santé

quelques insufflations rapides, puis, pendant qu'il est en pleine incandescence, séparer brusquement le tube en caoutchouc du manche.

Laisser refroidir le cautère à l'air libre.

L'essuyer avec un linge mouillé.

Enfin, si on se sert peu souvent de l'outil, avoir soin de chauffer de temps en temps les différents cautères. Si ces conseils donnés par M. Colin étaient suivis à la lettre, l'instrument ne serait jamais en défaut. — P. N.

Surdité labyrinthique consécutive à la grippe, par le docteur LANNOIS (*Revue de laryngologie*, 1890, 17). — L'auteur rapporte deux cas dans lesquels la grippe a atteint relativement légèrement l'oreille moyenne et a amené des troubles graves du côté du labyrinthe. Dans la première observation il y eut une surdité brusque et complète, des bruits subjectifs intenses, en état vertigineux presque continu. Dans la seconde, un épanchement muqueux dans les deux cavités a joué son rôle dans la production de la surdité, mais l'absence presque complète de perception du diapason par les os du crâne impliquait une lésion de l'oreille interne. Dans les deux cas, il y eut des lésions certaines du côté du tympan et de l'oreille moyenne, probablement contemporaines de celles des portions profondes. Le second malade avait eu précédemment des troubles auditifs et, du reste, les lésions antérieures de l'organe de l'ouïe existaient très fréquemment chez les malades atteints de lésions auriculaires à la suite de la grippe. — P. N.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS (1889-1890).

SOMMAIRE : Trépanation d'une vertèbre cervicale. — Luxation irréductible du coude. — Ulcère rond du pharynx. — Troubles cérébraux après l'opération de la cataracte.

M. DECÈS a eu, dans son service, une femme de 36 ans, de bonne constitution, qui avait reçu une botte de foin sur la tête. Comme conséquences de ce traumatisme, flexion marquée du cou sur le thorax, parésie des bras et des jambes ; elle ne vint à la clinique que quatre à cinq mois après cet évènement. On constata alors que la sensibilité était intacte dans tous ses modes et un affaiblissement dans la motilité.

mis d'inhumer délivrés est très loin de représenter le nombre des morts ; beaucoup de cadavres sont restés en dehors de la ville, abandonnés, dévorés par les chiens et les oiseaux de proie. « J'ai vu, dit un témoin, des pèlerins se traîner près des murs pour mourir à l'ombre, pris brutalement par les pieds et tirés au soleil, où ils ne tardaient pas à expirer ». Le même témoin ajoute : « Un pèlerin turc, expirant, a été mis sur un brancard et, par ordre du bist-el-mal, un crieur public mettait aux enchères les vêtements de l'agonisant, à condition que l'acheteur déshabillerait lui-même le mort. Les médecins et les pharmaciens veulent être payés d'avance. Les malades meurent sans soins... »

A la lecture de pareilles horreurs, on comprend que ceux qui reviennent dans leur pays après avoir fait le pèlerinage de la Mecque acquièrent un certain renom de sainteté. Comme ceux qui meurent en route, ils ont bien mérité d'entrer dans le paradis de Mahomet.

***

Je vous ai assez parlé des mauvais médecins. Voici ce que doit être le *bon médecin*, d'après le collaborateur médical du *Gil Blas*, M. le docteur Monin.

« Le bon médecin est celui qui, en face d'un malade, subit une sorte de réflexe qui le conduit à une intuition thérapeutique secrète et soudaine. Le bon peintre, le bon musicien, le véritable écrivain procèdent d'un réflexe très analogue. Car la médecine est un art, au même titre que la peinture et la musique ; elle existe en dépit de toute érudition,

©BIU Santé

La main droite, au dynamomètre, donnait 24 et à gauche 20; saillie marquée au niveau de la sixième vertèbre cervicale. Légère mobilité des lames, pouvant faire penser soit à une fracture, soit à une demi-luxation. Il devait y avoir vraisemblablement une compression de la moelle à ce niveau par déplacement des lames vertébrales ou par un épanchement sanguin. On trépana cette sixième vertèbre cervicale, après incision préalablement faite de cette région du côté gauche; on dénuda la lame gauche qu'on enleva avec une pince; puis, sans inciser les méninges, pansement antiseptique.

Le lendemain de l'opération, on constata du côté droit une amélioration dans la force musculaire. Le dynamomètre, de ce côté, marquait 30. C'était donc un cas de compression de la moelle; l'ablation de la lame gauche a amené une amélioration notable, comme cela se voit dans tous les cas analogues de compression de la substance nerveuse centrale.

M. Guelliot a observé une luxation irréductible du coude fort intéressante par son mécanisme. Quand il vit le malade plus de vingt-quatre heures après l'accident, il présentait un coude tellement énorme que M. Guelliot fit le diagnostic de luxation en arrière du coude, mais avec des réserves, surtout en ce qui concernait l'existence possible d'une fracture. Il réduisit quelque chose, mais n'obtint pas un résultat suffisamment satisfaisant.

Le 3 février, on chloroformisa le malade; le programme de M. Guelliot était ainsi tracé : s'assurer du diagnostic le plus précis possible; essayer de réduire; sinon ouvrir l'articulation, et aller à la recherche de l'obstacle.

Après avoir donné l'anesthésique, M. Guelliot put vérifier la position en arrière de l'olécrâne; mais, à quelques craquements sentis, il crut, ainsi que ses confrères, le professeur Harman et le docteur Pozzi, à l'existence d'une petite fracture. Ces Messieurs essayèrent de réduire; on arrivait bien à mi-chemin, mais impossible de faire le dernier saut. Ils passèrent au troisième temps de leur plan opératoire, et M. Guelliot ouvrit le coude; même ainsi la réduction ne put s'obtenir; ils en eurent vite la raison. Entre les surfaces était interposé un petit fragment osseux et quelques fibres musculaires : les cavités étaient déjà remplies de tissus de nouvelle formation et déformées par des ostéophytes.

M. Guelliot gratta la surface, essaya la réduction. Ne pouvant réussir, il réséqua la tête radiale, et ayant repassé sous le coude l'extrémité supérieure du radius, il put mettre l'olécrâne en place.

M. H. Henrot a observé un cas curieux d'ulcération du pharynx. Une personne habi-

---

indépendante même de tout esprit scientifique... On peut dire de l'*ordonnance* du médecin ce que disait du paysage certain critique pictural : « C'est un état d'esprit. » Or, dans la pratique, cet état d'esprit se dégage sur nos clients. C'est une sorte d'électricité par influence, une force neurique rayonnante qui fait bientôt du malade le jouet, la *chose* du médecin. Dans ces conditions d'inhibition de la volonté, l'absorption médicamenteuse s'accomplit bien plus complète et plus efficace. Voilà ce qu'il faut faire comprendre au jeune médecin, et il le comprendra sans doute, parce qu'il a appris à mieux fouiller que nos anciens les mystérieuses arcanes de la suggestion mentale.

* * *

Il y a quelque temps, M. le docteur Desnos a écrit, dans la *France médicale*, je crois, un très intéressant article sur les bègues d'urine. Vous savez ce que c'est. On voudrait vider le réservoir urinaire, périphrase polie pour dire.... et on ne peut, si la moindre impression morale vient se mettre en travers. Sir James Paget, dans ses *Leçons de clinique chirurgicale*, a appelé cela « du bégaiement avec d'autres organes que ceux de a parole. » Notre éminent collègue M. Diday (de Lyon) a écrit à la *France médicale* pour lui en citer un exemple bien curieux, raconté avec l'esprit que l'on sait, et dont le héros fut son maître et ami Ricord.

« Notre maître, dit-il, appartenait de naissance à cette innombrable phalange. I aurait même eu droit d'y porter la bannière, si l'on tient pour titre suffisant ce trait qu'il prit plaisir à nous conter, en 1856, à Bordeaux.

©BIU Santé

tuellement bien portante vint le consulter pour un mal de gorge. A l'examen, on trouve derrière la luette, sur la paroi pharyngienne, une ulcération parfaitement ronde, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, à bords taillés à pic, limitant une excavation de 2 à 3 millimètres de profondeur; de plus, dans la région cervicale droite, au devant du sterno-mastoïdien, il existait un ganglion tuméfié et douloureux. Cette malade ne présentait aucune tare diathésique à laquelle on aurait pu rattacher la lésion. Comme traitement, M. Henrot a touché l'ulcération avec le crayon de nitrate d'argent et fait faire sur le ganglion des onctions avec une pommade à l'iodure de potassium. Au bout de trois semaines, la guérison était complète.

M. Moret a soigné deux cas d'ulcération du pharynx qu'il croit devoir rapprocher de l'observation de M. Henrot.

Dans le premier, il s'agissait d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire non douteuse; elle présentait sur les piliers et la luette des ulcérations évidemment tuberculeuses, et offrait sur la paroi pharyngienne, à droite de la luette, une large ulcération irrégulière à fond sanieux et à bords taillés à pic.

Le second cas était relatif à un homme chez lequel M. Moret n'a pu dénoter aucun symptôme pulmonaire, mais qui, vu son état général mauvais, lui parut être en puissance de tubercules. Il était, lui aussi, porteur d'une ulcération pharyngienne qui mesurait 2 à 3 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur; les bords étaient irréguliers, taillés à pic; le fond était sanieux; l'ensemble laissait l'impression d'une gomme ouverte, mais M. Moret n'a pu relever aucun indice de syphilis.

Dans les deux cas, M. Moret a porté le diagnostic d'ulcération pharyngienne de nature tuberculeuse, et a institué comme traitement des badigeonnages avec un collutoire à l'acide lactique dans la proportion de une partie d'acide pour trois d'excipient. Au moment où il a fait sa communication, il n'avait pu encore obtenir la guérison de l'affection, mais il y avait une amélioration notable.

M. Decès a vu, il y a quelques années, un cas analogue à celui de M. Henrot. C'était chez une femme indemne de toute diathèse. Il existait sur la paroi pharyngienne une ulcération de 2 centimètres sur 1 centim. 1/2; les bords taillés à pic étaient irréguliers et sinueux, le fond sanieux. La guérison fut obtenue au bout de trois semaines, à l'aide de badigeonnages au jus de citron et de quelques cautérisations au nitrate d'argent.

M. Henrot a terminé la discussion en répétant que, dans le cas qu'il signale, il fallait éliminer, comme étiologie, la tuberculose, la scrofule et la syphilis. L'ulcération était

---

« Passant par les *Fossés de l'Intendance*, nous dit-il, je me sens pris d'un *petit*, mais assez gros besoin. Faute du mur que nous a garanti l'Ecriture (animal *mingens ad parietem*) une guérite se présentait, qui faisait mon affaire.

Mais avant d'y entrer, j'avais avisé un passant s'avançant d'un pas mesuré. Une fois en posture, le problème se pose à mon centre nerveux mictionnel; ce brave homme me laissera-t-il le temps nécessaire pour..... engrener? N'arrivera-t-il pas trop tôt?

« Au sphincter poser un problème, ce n'est pas le résoudre. A son insu, il me le fit bien voir, le malheureux quidam dont l'approche me nouait l'aiguillette uréthrale. Mais que de fois le remède n'est-il pas à côté du mal! Lorsque, arrivé à la fatale guérite, le brave homme, témoin par derrière de mes infructueux trémoussements et tortillements, me lâcha cet avis charitable : « Eh! dites donc, vous ne feriez pas mal, vous, d'aller consulter Ricord! » Ah, mes enfants! si à cette apostrophe libératrice je partis d'un éclat..... ce ne fut pas seulement d'un éclat de rire. »

Toute réflexion ne pouvant qu'affaiblir ce trait, je me garde bien de lui en ajouter aucune.

Simplissime.

©BIU Santé

absolument ronde et rappelait comme aspect l'ulcère rond de l'estomac. Il l'appellerait volontiers ulcère rond du pharynx.

M. Bourgeois a fait une communication relative aux troubles cérébraux consécutifs à l'opération de la cataracte.

Le délire traumatique ou délire aigu des blessés est bien connu des chirurgiens. Verneuil, dans ses mémoires de chirurgie, t. III, émet l'opinion que ce délire nerveux est, dans presque tous les cas, du délire alcoolique.

Quoi qu'il en soit, si l'on peut concevoir facilement la production de désordres cérébraux après un grand traumatisme, il ne semble pas, au premier abord, que la simple opération de la cataracte puisse faire naître de semblables désordres. Durant une période de huit ans, pendant lesquels M. Bourgeois a vu opérer et a opéré lui-même un grand nombre de cataractes, il n'a rencontré cette complication que trois fois et presque coup sur coup.

M. Bourgeois n'a pas voulu parler des individus indociles, remuants, auxquels on ne peut arriver à faire comprendre la nécessité du repos; de ceux, assez nombreux, qui, malgré toutes les recommandations, cherchent à soulever leur pansement le jour même ou le lendemain de l'opération, pour voir de l'œil opéré. Ceux-là ne sont pas déments, mais imprudents ou inintelligents. Il s'agit de cas de délire bien net.

M. Bourgeois a relaté, en effet, trois observations dans lesquelles la perte temporaire de la raison a été manifeste. Ces trois faits sont loin d'être isolés dans la science, et la Société française d'ophthalmologie s'est occupée, dans une de ses dernières réunions, de cas analogues. Parmi les causes invoquées dans la production du délire après l'opération de la cataracte se trouvent : l'emploi de l'atropine (Grandclément), l'occlusion prolongée des yeux (Parinaud), l'alcoolisme (Chibret).

Dans les observations de M. Bourgeois, l'influence de l'atropine est à éliminer ; car, s'il a recours à ce mydriatique pour examiner l'œil cataracté, il a soin d'attendre, pour opérer, que son action ait complètement cessé.

Ce n'est plus ensuite qu'à partir du cinquième jour, qu'il instille une goutte d'atropine, et seulement dans les cas où la dilatation de la pupille est nécessaire pour favoriser la dissolution des masses corticales.

Si l'occlusion prolongée des yeux peut entrer en ligne de compte, M. Bourgeois a montré que, dans une de ses observations, le délire a cessé, bien que le pansement ait été maintenu sur les yeux. De plus, il a ajouté que l'urine de ses malades était normale.

M. Bourgeois pense donc qu'il y a des causes qui prédisposent aux troubles cérébraux après l'opération de la cataracte, comme après toute opération sérieuse; parmi ces causes, il convient de mentionner en premier lieu l'alcoolisme, puis l'hystérie ; enfin, la sensibilité. Mais ce ne sont là que des causes prédisposantes.

La cause déterminante est, sans contredit, l'opération elle-même. La plupart des malades sont vivement impressionnés avant et pendant l'opération; quelques-uns le sont encore après, et, par le seul fait qu'ils éprouvent peu ou point de douleurs, les opérés de cette dernière catégorie s'imaginent facilement que l'opérateur a laissé leur œil dans le même état, qu'ils ne verront pas clair, et mille autres chimères. Il n'est donc pas étonnant que, la prédisposition aidant, le délire éclate, et cela, non pas immédiatement après l'opération, à cause de l'espèce de prostration qui succède habituellement à l'intervention chirurgicale, mais plutôt le surlendemain.

Peut-on prévoir la possibilité de l'apparition du délire avant de pratiquer l'opération? En aucun cas. C'est une surprise désagréable qu'on est obligé d'accepter. Lorsque les troubles cérébraux surgissent, il faut à tout prix obtenir le calme au moyen de la morphine ou du chloral. Il est indiqué aussi de faire durer le moins possible l'occlusion des deux yeux, si toutefois l'œil opéré n'est pas lui-même cataracté.

Pour parer à toute éventualité, l'idéal serait d'avoir en permanence une garde vigilante près des opérés.

Il convient de reconnaître, enfin, que cette complication est rare et qu'elle n'a, par elle-même, aucune influence sur les suites de l'opération, à moins que le malade, dans ses mouvements inconsidérés, ne détermine un traumatisme de son œil récemment opéré

©BIU Santé

Sur un certain nombre d'opérations de cataractes qu'a pratiquées M. Bagnéris, il a rarement observé ces phénomènes ; une de ses malades âgées avait aussi la manie de la persécution. On ne pouvait incriminer l'oblitération des deux yeux, ni l'action de l'atropine, ni l'un ni l'autre de ces moyens n'ayant été employé.

M. Pozzi a constaté que tous les malades dont il a été question sont des individus d'un grand âge; que le moins vieux, de 56 ans, était un militaire probablement alcoolique. Ces individus étaient donc des athéromateux, des athéromateux cérébraux. Les troubles cérébraux observés sont justement ceux qu'on rencontre chez les vieillards : idées de vol, de persécution. Ici, le traumatisme, peut-être le traumatisme local, la pression des bandages ont-ils favorisé des troubles circulatoires, causes de ces idées délirantes et de ces hallucinations visuelles? Mais il n'y a là rien d'absolument particulier à l'opération de la cataracte.

Enfin, M. Decès a terminé en disant que les faits signalés par M. Bourgeois étaient absolument exceptionnels; il a opéré peut-être 300 cataractes et n'a guère souvenance que d'un ou deux faits analogues. Il croit qu'il n'y a là rien de spécial à l'opération de la cataracte.

De quelques nouvelles médications.

Le traitement de la pleurésie séreuse par le salicylate de soude, par Tetz. (*Thérap. Monatsh.*, 1890, Heft VII.)

Jusqu'en 1883, on n'avait pas découvert de moyen ayant une véritable influence sur la marche de la pleurésie séreuse. Le calomel à dose purgative au commencement du processus fébrile, la digitale à dose diurétique ou purgative, les divers dérivatifs échouent également.

En 1883, Anfrecht (*in* II Heft *Der pathol. Mittheillungen*) annonça qu'il avait obtenu des résultats décisifs avec l'acide salicylique dans la pleurésie séreuse et il recommanda de l'employer aussitôt que possible dans les épanchements pleurétiques récents. Il confirma son opinion dans un article paru dans le n° 10, de 1886, de la *Berlin. kl. Woch.* Léopold Hez (*Wiener med. Woch.*, 1889, 29) a aussi obtenu des succès remarquables dans trois cas.

Tetz dit avoir été aussi surpris de l'action du salicylate, dans les premiers cas de pleurésie contre lesquels il l'a employé, qu'il l'avait été lors du début du traitement du rhumatisme par ce médicament. Il souscrit donc à l'opinion d'Anfrecht que « par l'emploi de l'acide salicylique on obtient, dans quelques cas, une très rapide guérison de la pleurésie et, en outre, que la durée moyenne du traitement est beaucoup plus faible qu'avec toute autre méthode ».

Tetz cite, entre autres observations, celle d'un épanchement remontant jusqu'à l'omoplate, qui durait depuis deux semaines et demi et qui fut guéri en quatre jours. Il a vu le salicylate guérir une pleurésie secondaire chez un sujet amputé de la cuisse pour une tumeur blanche du genou et opéré d'une fistule à l'anus.

Le bromoforme dans la coqueluche, par Neumann. (*Therap. Monatsh.*, 1890, Heft VII.)

Stepp (*Deutsh. med. Woch*, 1889, 31 et 44) n'a jamais vu le bromoforme échouer dans 100 cas de coqueluche où il l'employa; la guérison était obtenue en deux ou quatre semaines.

Neumann a traité 61 cas de coqueluche en 1889, les uns avec le bromoforme, les autres avec l'antipyrine, la phénacétine, le tannate de quinine, la résorcine, la morphine ou les insufflations de résine de benjoin; d'autres, enfin, par diverses associations médicamenteuses. Il y avait 15 enfants de moins de 1 an, 10 de 1 an, 12 de 2 ans, 7 de 3 ans, 9 de 4 ans, 1 de 5 ans, 3 de 6 ans, 3 de 7 ans, 1 de 8 ans.

2 enfants très débilités avant la coqueluche sont morts, 14 n'ont pas été traités.

25 ont été traités par le bromoforme, qui a été donné en gouttes suspendues dans de l'eau sucrée. Il n'y eut jamais d'action secondaire.

Dans les cas favorables, le médicament commençait à agir après quelques jours, sauf dans deux ou trois cas.

Le nombre et l'intensité des accès ont toujours été influencés; mais la durée de la coqueluche n'a pas paru diminuée, comme Stepp l'avait observé, même quand on a employé le bromoforme dans le stade catarrhal.

Neumann a obtenu de la quinine, de l'antipyrine, de la résine de benjoin, en insufflations, tantôt des succès, tantôt des insuccès. Dans 9 cas, il a employé la phénacétine et en a été satisfait.

Stepp donne le bromoforme dans une cuillère à café avec de l'eau; le médicament tombe au fond et forme une perle. Pour un enfant de trois ou quatre semaines, il faut prescrire une goutte trois à quatre fois par jour; un peu plus tard, deux à trois gouttes trois fois par jour; de 2 à 4 ans, quatre à cinq gouttes, et jusqu'à 7 ans, six à sept gouttes.

RÉCENTES PUBLICATIONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉRYSIPÈLE, par ULLMANN, ROSENTHAL, WOLFLER, WEBER. (*Wiener med. Woch.*, 1890, 9, et *Revue des sciences méd.*, 1890, 71, p. 92.)

Kühnert (*Centralbl. für Chirurgie*, 1886, n° 9) a guéri trois cas d'érysipèle à l'aide de scarifications punctiformes pratiquées dans l'épaisseur du derme; sur toute l'étendue de la surface érysipélateuse, les incisions furent lavées avec une solution d'acide phénique à 5 p. 100 et pansées ensuite avec une solution à 2 1/2 p. 100.

Haberkorn (*ibid.*, n° 15) prescrit le benzoate de soude aux doses de 15 à 20 grammes par jour. Pas de traitement local.

Hofmokl (*Wien. med. Presse*, 1886, n° 12) trouve les incisions inutiles et applique des compresses d'une solution phéniquée de 3 à 5 p. 100.

Konetselke (*ibid.*, 1886, n° 11) a guéri 20 érysipèles en faisant des frictions à l'huile phéniquée à 10 p. 100.

Haeker (*St-Petersburg med. Wochenschrift*, 1885, n° 25) fait faire, toutes les heures, des frictions avec l'huile de coco, 15 gr., cocaïne, 0,30.

Amici (*Roma*, 1886) cautérise le pourtour de l'érysipèle avec une solution alcoolique d'acide phénique à 100 p. 100 et renouvelle les cautérisations toutes les deux heures (12 guérisons).

Nussbaum (*All. Wien. med. Zeit.*, 1887, n° 1) emploie, conjointement avec les injections phéniquées de Hueter, une pommade (ichthyol et vaseline *dd*) et recouvre avec de l'ouate salycilée (5 guérisons).

Classen (*Centralblatt für Chir.*, 1887, n° 19) fait des incisions à la limite de la plaque érysipélateuse et applique des compresses de solution de sublimé à 10 p. 1,000 (11 guérisons).

Fraipont (*Annales de la Soc. méd. chir. de Liége*, 1887) arrose la plaque pendant dix minutes avec une solution de sublimé à 30 p. 1,000, puis on badigeonne les bords avec du goudron. Pansement à la liqueur de Burow.

Tichomirow (*Waienno-Sanitasnofe*, 1888, n°s 24, 25) badigeonne les plaques et leur pourtour avec de la teinture d'iode appliquée trois à quatre fois par jour; sur les muqueuses, il emploie la glycérine iodée.

Koch (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1889, n° 27) a guéri des cas à l'aide d'une pommade : créoline, 1; iodoforme, 4; lanoline, 10.

Chez un homme de 42 ans, atteint depuis une quinzaine d'un érysipèle ambulant de la face, du tronc et des membres supérieurs, Rosenthal a pu arrêter la marche envahissante de l'affection par l'emploi des injections phéniquées et de la médication de Pirogoff. Tous les deux jours, le malade prenait, de deux en deux heures, 15 centigrammes de camphre et était mis en sudation plusieurs heures au moyen de thé chaud. Dans les jours intermédiaires, Rosenthal lui pratiquait des injections phéniquées à 2 p. 100 dans le tissu sous-cutané des régions érysipélateuses, de deux en deux heures, à raison de la moitié d'une seringue; il fit ainsi, dès la première séance, vingt injections dont le résultat fut merveilleux. Dès le lendemain, le gonflement et la rougeur avaient presque entièrement disparu et l'érysipèle s'était arrêté, tandis qu'il continuait à progresser sur

©BIU Santé

les régions non encore injectées. Il fit, en tout, une centaine d'injections qui ne donnèrent lieu à aucun symptôme d'intoxication et seulement à un petit furoncle. (*Berl. klin. Woch.*, 21 oct. 1889.)

Wolfler emploie contre l'érysipèle des bandes d'emplâtre de traumaticine qui cernent les parties malades et empêchent la progression de la maladie. (*Wiener med. Woch.*, 6 juin 1890.)

Après avoir rapporté un cas d'érysipèle guéri par la méthode de Wolfler, Weber préconise comme autre moyen le badigeon phéniqué à 5 p. 100. Il rappelle les incisions multiples de Kraske et de Riedel, et recommande, pour les faire, un instrument composé de cinq petites lames étroites, séparées de 1 centimètre les unes des autres. (*New-York med. Record*, 25 mai 1889.)

FORMULAIRE

BOUGIES CONTRE LE VAGINISME. — Lutaud.

Beurre de cacao.....	10 grammes.
Iodoforme.....	1 gramme.
Extrait de belladone.....	0 gr. 50 centigr.

F. s. a. une bougie, qui devra être introduite chaque soir dans la vulve, pour remédier au vaginisme. — Trois fois par jour, on fait faire une injection avec un litre d'eau très chaude, à laquelle on ajoute une cuillerée à café de carbonate de soude. On badigeonne ensuite la vulve et le vagin, avec un pinceau imbibé de la solution suivante : Chlorhydrate de cocaïne 2 centigrammes, eau distillée 20 grammes. — Ce traitement sera continué pendant un mois. — N. G.

COURRIER

LEGS. — M. Quinchard (de Saint-Brieuc) vient, par son testament, de léguer à l'Académie une rente annuelle de 2,000 francs pour la fondation d'un prix bisannuel de 4,000 francs, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur le croup et les angines croupales et qui aura trouvé le meilleur remède à ces maladies.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX du Dr Papillaud. — Anémie, chlorose, etc.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Bulletin bibliographique.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'iodiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1889, par BOURNEVILLE, SOLLIER et PILLIET. 1 vol. in-8° de LVI-188 pages. — Prix : 5 francs.

Cet ouvrage se trouve à Paris, au *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

OBIU 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. P. Rodais : Les endocardites infectieuses. — II. Revue des journaux : Emploi de la résorcine. — Nouveau procédé d'anesthésie locale. — Emploi de la cocaïne comme eutocique. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Formulaire. — V. Courrier.

Les endocardites infectieuses.

Dans un remarquable travail tout récemment publié, M. le docteur G. Lion vient de tracer l'histoire des *endocardites infectieuses*. Cette question étant toute d'actualité, il convient de résumer brièvement cet important mémoire. Tous ceux de nos lecteurs qui ont en leur possession la thèse d'agrégation de M. Martineau sur les *endocardites* pourront, par un simple coup d'œil, se rendre compte des transformations profondes que les études microbiennes ont fait subir aux idées admises il y a quelques années sur ce sujet.

I

Nature des endocardites infectieuses en général. — L'endocardite dite ulcéreuse, que l'on a d'abord regardée comme une maladie locale se généralisant plus tard par la pénétration dans le sang des produits formés au niveau des ulcérations, doit être considérée comme l'une des complications secondaires d'une affection générale. Il est, en effet, évident que, l'endocarde ne pouvant être atteint par un microbe quelconque que par l'intermédiaire du sang, ce dernier liquide a infecté le premier et que, par conséquent, la maladie est d'abord générale.

a) Des micro-organismes existent au niveau des valvules malades soit sur les ulcérations, soit dans les végétations, et on les rencontre aussi dans les infarctus, si fréquents dans l'endocardite ulcéreuse. Ils se trouvent surtout à la base des végétations et atteignent la partie centrale de la valve et se montrent au niveau de la porte d'entrée, quand cette dernière est connue (pneumonie, par exemple). On a pu, par la culture du sang, obtenir les mêmes microbes que l'on a trouvés sur l'endocarde après la mort. Du reste, ces microbes sont très variés et l' « endocardite n'est que la manifestation secondaire possible d'un nombre encore mal déterminé d'états infectieux ». Quand on blesse expérimentalement une des sigmoïdes du lapin, il suffit d'injecter dans la veine de l'oreille une culture de certains microbes pour obtenir une végétation. MM. Lion et Gilbert ont réussi à provoquer l'endocardite sans lésion préalable en injectant des cultures d'un bacille spécial.

Le microbe n'est pas tout dans le développement de l'endocardite, les causes générales et locales ont une grande influence. C'est ainsi que la maladie frappe de préférence les individus surmenés placés dans de mauvaises conditions hygiéniques. L'état septique ne se produit pas, parce que l'organisme est en mauvais état, mais c'est ce mauvais état qui permet au

©BIU Santé

microbe de prospérer sur l'endocarde et d'infecter de plus en plus l'économie. Il est évident que le microbe fabrique des produits toxiques qui augmentent la faiblesse de l'organisme, mais ce ne sont pas ces substances qui, dans l'endocardite au moins, jouent le principal rôle. Cependant, les causes générales ne sont pas nécessaires pour le développement de la maladie qui peut apparaître dans un état de santé parfaite. Les causes locales ont encore une grande valeur. L'endocardite infectieuse se présente souvent chez des anciens rhumatisants à lésions valvulaires, chez les athéromateux et, expérimentalement, quand on produit des lésions des valvules.

b) Les voies de pénétration des microbes de l'endocardite dans l'organisme sont très variables. On a signalé un grand nombre de lésions cutanées de diverses natures. C'est ainsi que tantôt il s'agit d'affections accidentelles, durillon écorché, panaris, furoncle, ulcération de la lèvre, brûlure; tantôt de lésions chirurgicales : plaies d'amputations, ouverture d'un abcès, d'un bubon, opération de l'empyème, etc. Les lésions des muqueuses siègent au niveau de la muqueuse utérine (avortement, accouchement); de l'urèthre (fausse route); de la prostate, des vésicules séminales, de l'épididyme, de la vessie. Du côté du tube digestif, on a vu l'endocardite suivre la stomatite gangréneuse, les abcès ganglionnaires du cou, les ulcérations de l'estomac, la suppuration des voies biliaires, la dysenterie, la fièvre typhoïde. Le poumon, quand il sert de porte d'entrée, présente souvent une grosse lésion, telle que la pneumonie ou la tuberculose. Pour M. Lion, il est possible que les micro-organismes pénètrent dans l'économie par les voies respiratoires sans s'y localiser primitivement; comme, de plus, la maladie peut se développer à la suite d'une simple angine, d'une bronchite, il tend à expliquer ainsi les cas d'endocardite infectieuse dite primitive.

c) Comment le microbe s'implante-t-il sur l'endocarde valvulaire? Il y aurait deux modes d'invasion des valvules par les bactéries. Pour Klebs et Orth, les bactéries provenant du sang contenu dans les cavités du cœur forment des couches successives à la surface des valvules. S'il y a une lésion antérieure, elle sert de point d'appel; si l'endocarde est sain, les valves de la mitrale, en se juxtaposant au moment de la systole ventriculaire, arrêteraient les micro-organismes. Pour Cornil et Babès, ce serait dans les fentes du tissu conjonctif que se déposeraient surtout les microbes; de là, ils pénétreraient dans l'intérieur de la valvule.

D'après les idées de Kœster, les organismes pathogènes se localiseraient d'abord au centre de la lame valvulaire, dans laquelle ils seraient amenés par les vaisseaux propres. Il avait pu voir, et Cornil et Babès ont confirmé le fait, des embolies de cocci dans les vaisseaux. Hanshalter a trouvé, à l'intérieur d'une des valves de la mitrale d'un pneumonique, des amas de pneumocoques dans le tissu conjonctif, tandis que, extérieurement, il n'y avait aucune lésion. Lion a pu, « sur une valve aortique atteinte d'endocardite pneumonique, constater la disposition suivante : Du point d'insertion de la valve partaient deux traînées de pneumocoques, situées de chaque côté de la lame élastique, entre cette lame et chacune des couches lamellaires. En un point seulement, la couche lamellaire s'était rompue et, tandis que les surfaces valvulaires étaient couvertes sur le reste de leur étendue d'une mince couche fibrino-leucocytique, il s'était déposé là une véritable végétation fibrineuse ne renfermant, du reste, pas de microbes ».

©BIU Santé

Si le cœur gauche est beaucoup plus souvent atteint d'endocardite que le cœur droit, c'est que les microbes qui causent la maladie sont aérobies; quelques-uns peuvent se comporter comme des anaérobies, et cela explique comment le cœur droit est frappé dans quelques cas.

d) Il est démontré actuellement qu'il n'y a pas une endocardite infectieuse, mais des endocardites infectieuses. Tantôt elles sont produites par des microbes qui n'ont pas été décrits dans d'autres affections, tantôt par des microbes d'entités morbides bien définies.

I. Endocardites produites par des microbes non encore rencontrés dans d'autres affections. Ce groupe est le moins considérable. Les endocardites sont déterminées par :

1° Le nouveau bacille de Lion;
2° Le bacillus endocarditis griseus de Weichselbaum;
3° Le micrococcus endocarditis rugatus de Weichselbaum;
4° Le bacillus endocarditis capsulatus du même;
5° Un bacille immobile, fétide, de Frænkel et Sænger;
6° Un bacille non cultivable de Weichselbaum.

II. Endocardites produites par le microbe spécifique d'une maladie déterminée. Ce groupe est constitué par :

1° Les endocardites à microbes pyogènes proprement dites qui se développent dans le cours de la pyohémie et de la septicémie (staphylococcus pyogenes albus et aureus, streptococcus pyogenes), dans le cours de l'érysipèle ou de la fièvre puerpérale (streptocoque pyogène).

Dans cette catégorie se rangent les endocardites par infections secondaires :

2° L'endocardite pneumonique;
3° L'endocardite de la fièvre typhoïde (forme à bacille typhique);
4° L'endocardite tuberculeuse;
5° Probablement les endocardites rhumatismale, blennorrhagique, palustre, des fièvres éruptives et diphtéritique, dans les cas où elles ne sont pas consécutives à une pyohémie ou à une septicémie secondaire.

II

A. ENDOCARDITES PRODUITES PAR DES MICROBES NON ENCORE RENCONTRÉS DANS D'AUTRES AFFECTIONS.

1° *Nouveau microbe d'endocardite*. — Le microbe a été décrit par MM. Gilbert et Lion chez une malade dont l'endocardite était survenue à la suite d'une lésion ulcéreuse de la lèvre supérieure et siégeait sur les valvules tricuspide et mitrale. Il a été retrouvé par le docteur Girode dans trois autres cas.

L'endocardite produite par le microbe de Lion peut se développer sur des sujets sains ou atteints d'anciennes lésions cardiaques. Pendant la période d'état, la maladie s'accompagne d'une fièvre continue ou continue paroxystique à accès précédés de frissons. On a noté des éruptions diverses, des tuméfactions articulaires, de l'ictère, des embolies à localisations variables. L'endocardite siège tantôt sur les deux cœurs, tantôt sur le gauche seulement et se caractérise par la formation de végétations, volumineuses et nombreuses.

Les cultures du microbe de Gilbert et Lion ne liquéfient pas la gélatine

©BIU Santé

et se développent surtout sur la gélose et la gélose glycérinée, à l'étuve; le développement se fait aussi très bien sur la pomme de terre.

Une goutte de culture faite dans du bouillon renferme un grand nombre de bacilles animés de mouvements browniens assez étendus, mais ne semblant pas avoir de mouvements propres. Ils prennent très facilement toutes les couleurs d'aniline, mais se décolorent avec la même rapidité. Les caractères morphologiques varient beaucoup selon les cultures. Quand la culture sur gélatine est récente, les éléments sont très courts et il y a en même temps quelques filaments; quand elles sont plus âgées, à côté des formes jeunes, il y a des bâtonnets, des filaments indurés ou segmentés. Dans les milieux liquides, il se forme un voile superficiel formé par une substance fibrillaire englobant des bâtonnets; la culture très vieille ne contient plus guère que des grains colorés. Les liquides pathologiques provenant du lapin renferment des bâtonnets courts et dodus, quelquefois avec capsules. Les inoculations chez le lapin permettent de déterminer, d'une façon invariable selon le degré de virulence des cultures, tantôt des lésions du cœur et des gros vaisseaux, tantôt des lésions des méninges médullaires. La virulence des cultures varie beaucoup.

Celles qui sont âgées de moins de douze jours tuent invariablement le lapin; les lésions consistent surtout en altérations du côté des méninges et de l'épendyme : hémorrhagies, hémorrhagies et inflammations, exsudat fibrino-leucocytique dans la cavité arachnoïdienne. Sur 11 cas, il y avait, en outre, trois fois endocardite. Les cultures récentes produisent encore des accidents à marche moins rapide, mais toujours mortels; les paralysies dominent les symptômes, et l'on trouve à l'autopsie un ramollissement plus ou moins marqué de l'axe médullaire, mais pas de lésions. Les inoculations de culture de douze à quinze jours ne tuent pas l'animal, mais ne confèrent pas l'immunité pour les inoculations de cultures très virulentes. Chez les animaux, qui sont soumis pendant un temps plus ou moins long à l'action de quantités considérables de culture, il se produit des lésions d'endocardite et quelquefois de l'aortite.

Quand il y a de l'aortite, les points les plus altérés présentent des plaques vitreuses, friables, qui se dissolvent dans l'acide chlorhydrique avec effervescence et sont placées au milieu d'un tissu conjonctif scléreux. Les lésions prédominent près de la surface interne des vaisseaux, et on peut légitimement les rapprocher de celles que l'on observe chez l'homme dans l'athérome artériel; on doit conclure de ce rapprochement que les maladies infectieuses jouent probablement un grand rôle dans le développement de l'athérome.

Lorsque l'on stérilise à 120° des cultures âgées de quinze à vingt jours du microbe de Gilbert et Lion, elles fournissent un liquide doué de propriétés à la fois toxiques et vaccinales. Mais l'immunité n'a qu'une durée limitée.

2° *Bacillus endocarditis griseus.* — Trois observations : deux de Weichselbaum, une de Netter. Deux fois on a pu déterminer la porte d'entrée : ulcération au niveau des métatarsiens, métrite post-puerpérale. La maladie débute lentement et traîne; à la période d'état, la fièvre est continue avec des paroxysmes caractérisés par une forte élévation de la température et des frissons; il y a des embolies multiples et la mort arrive dans le coma. On a trouvé des végétations sur la valvule aortique et mitrale et une fois une petite perte de substance. Examiné quand on vient de le recueillir

©BIU Santé

dans l'organisme, le bacillus griseus se présente sous la forme de bâtonnets courts, isolés ou accouplés deux à deux, à extrémités arrondies ou un peu effilées. Quelques éléments très longs se partagent en trois ou quatre articles.

3° *Micrococcus endocarditis rugatus.* — Un cas de Weichselbaum. Il entraîne la production de végétations très grosses et molles et la formation de foyers purulents et d'embolies. Retiré des végétations, il se présente sous la forme de microcoques isolés deux par deux ou quatre par quatre, et quelquefois en petits amas. Il est pyogène.

4° *Bacillus endocarditis capsulatus.* — Rencontré une seule fois par Weichselbaum. Ressemble au bacille de Friedlandar par ses dimensions et la présence d'une capsule. Quelquefois il y a jusqu'à six ou huit éléments dans une capsule commune.

5° *Bacille immobile et fétide.* — Frænkel et Sænger l'ont recueilli dans deux cas d'endocardite verruqueuse; dans l'une des deux observations, il était associé aux staphylococcus pyogenes aureus et au staphylococcus cereus albus. Il se présente sous la forme d'un bacille court, épais, à extrémités arrondies et ses cultures dégagent une odeur fétide.

6° *Bacille non cultivable.* — Bâtonnet long et étroit. Les très longs bâtonnets se courbent et se contournent. Deux cas de Weichselbaum.

7° On ne peut que signaler l'existence du bacille d'origine intestinale rencontré par Netter et Martha et du microcoque en zooglées de MM. Perret et Rodet.

B. Endocardites produites par le microbe spécifique d'une maladie déterminée

1° *Microbes pyogènes proprement dits.* — Ils peuvent exister dans les valvules soit isolément, soit associés entre eux et à d'autres micro-organismes. D'après les faits recueillis par Lion, huit fois sur dix-neuf le staphylococcus pyogenes albus est combiné. Le streptococcus pyogenes existe plus souvent isolement.

a) *Staphylococcus pyogenes aureus.* — Très souvent une lésion périphérique a servi de porte d'entrée (surtout le furoncle et l'ostéomyélite). On a généralement le tableau de l'infection purulente type. Les lésions siègent surtout sur la mitrale, et les petites végétations sont bien plus fréquentes que les ulcérations. Il y a des infarctus suppurés et des abcès miliaires dans les différents viscères.

b) *Staphylococcus pyogenes.* — Les valvules mitrale et aortique semblent être frappées également. La localisation sur le cœur droit survient aussi surtout dans l'endocardite puerpérale. Il y a des végétations et des ulcérations qui peuvent être très étendues. Les infarctus sont rarement suppurés.

Un seul cas d'endocardite érysipélateuse dû à M. Denucé a été l'objet d'un examen bactériologique; il y avait des diplo et des streptocoques. On sait que l'endocardite érysipélateuse peut guérir ou devenir chronique.

L'endocardite puerpérale succède à l'infection de la plaie utérine. Celle qui survient pendant la grossesse, ou endocardite gravidique, est moins fréquente. Elle n'est pas toujours due au streptocoque, car M. Girode y a rencontré le *bacille* de Gilbert et Lion. Probablement il y a lésion microbienne de la muqueuse utérine avant la grossesse.

©BIU Santé

2° *Endocardite pneumonique.* — Elle apparaît fréquemment chez des malades sans antécédents cardiaques, bien que ces antécédents y prédisposent. Habituellement, elle est consécutive à la pneumonie; quelquefois, elle apparaît en même temps; quelquefois, enfin, il n'y a pas de lésion pulmonaire.

Quand l'endocardite pneumonique est consécutive à la localisation pulmonaire, une fièvre continue à exacerbations irrégulières apparaît de un à six jours après la défervescence de la pneumonie; tantôt il n'y a rien du côté du cœur, tantôt on constate des souffles et des irrégularités. Si les deux localisations existent en même temps, l'état du cœur n'est généralement pas soupçonné. Enfin, l'endocardite peut apparaître lorsque la pneumonie est encore en évolution. Elle peut guérir (1 cas de Traube, 2 de Lion).

C'est l'orifice aortique qui est le plus fréquemment atteint. Il y a à la fois des végétations et des ulcérations, et très souvent de petits abcès dans le muscle cardiaque de la cloison ventriculaire. Les microbes pénètrent profondément dans les valvules. Très souvent, il y a une méningite cérébro-spinale suppurée en même temps que l'endocardite.

Ordinairement, le pneumocoque existe seul. On l'a vu associé au streptocoque pyogène et au bacille non cultivable. L'endocardite qui accompagne la pneumonie est quelquefois due au streptocoque pyogène.

L'endocardite pneumonique a été reproduite expérimentalement par Netter et Weichselbaum.

3° L'*endocardite tuberculeuse* n'a été vue que dans la tuberculose aiguë. Elle revêt deux formes : la forme granulique et la forme caséeuse. La première est bien plus fréquente et siège presque exclusivement sur la valvule mitrale (Perroud). Des traînées de végétations naissent sur le bord auriculaire des deux valves et sont formées par des granulations; quelquefois, il n'y a que trois ou quatre de ces dernières. Kundrat, Cornil et Hiller ont trouvé le bacille tuberculeux dans les végétations. Du reste, beaucoup d'endocardites, chez les tuberculeux, ne renferment pas le bacille caractéristique et leur nature reste indéterminée (1).

4° L'*endocardite typhique* primitive existe, mais le plus souvent on a affaire à une endocardite secondaire due à des microcoques, ou streptocoque pyogène.

5° La nature de l'*endocardite rhumatismale* est ignorée. Klebs a soutenu qu'il avait rencontré constamment des micro-organismes, qu'il appelle monadines dans les productions endocardiaques du rhumatisme, mais ses résultats n'ont jamais été vérifiés. Cependant, il est possible que l'on trouve un microbe dans les végétations cadavériques, si l'occasion se présente de faire une autopsie en pleine période aiguë du rhumatisme. Lion a retiré trois fois du sang (deux fois pendant la vie, une fois à l'autopsie) de rhumatisants un microcoque en points doubles ou en chaînettes contournées, irrégulières.

6° On ne sait pas si le microbe de la *blennorrhagie* existe au niveau des valvules malades; mais il est très probable, pour ne pas dire certain, que

(1) Depuis la publication du travail de M. Lion, M. Tripier (*Arch. de méd. expér.* 1890, n° 3) a rapporté avoir trouvé, dans un cas de tuberculose miliaire généralisée, un nodule tuberculeux à la face supérieure de la mitrale; il y avait une endocardite aiguë sur la face supérieure, où il y avait en certains points un exsudat récent constitué par les mêmes éléments que le nodule tuberculeux.

les endocardites que l'on observe dans cette maladie dépendent de l'infection générale.

7° *Endocardites des fièvres éruptives, etc.* — L'endocardite *scarlatineuse* se montrerait dans un dixième des cas environ. Elle peut aussi dépendre du streptocoque lorsqu'elle ne se développe qu'après la production de foyers purulents.

Celle qui est primitive apparaît tantôt en même temps que le rhumatisme scarlatin, tantôt indépendamment de lui. Le microbe est inconnu.

Il en est de même pour la *variole*. L'endocardite dépendant de cette maladie se montre souvent au début, et de préférence quand l'éruption est cohérente. C'est surtout le cœur gauche qui est atteint, et il y a fréquemment coïncidence de péricardite ou même d'endartérite.

Les endocardites de la *rougeole* et des *oreillons* sont très rares.

Enfin, l'endocardite *diphthéritique*, assez fréquente pour M. Labadie-Lagrave, est rare pour Parrot et Lion. Ce dernier, sur quatre cas d'enfants morts du croup, a trouvé une fois le cœur sain, deux fois des hématonodules sans microbes, une fois une petite végétation renfermant des bacilles longs et minces de nature restée indéterminée.

P. Rodais.

REVUE DES JOURNAUX

Emploi de la résorcine (*Union méd. du Nord-Est*, 1890, 6). — Le docteur Szadek recommande la résorcine dans les maladies de peau, surtout les condylomes et les verrues. Il cite un cas de guérison d'un cancroïde avec la pommade :

Vaseline	20 grammes.
Résorcine	5 —

P. N.

Nouveau procédé d'anesthésie locale (*Moniteur de thérapeutique* et *Revue de thérapeutique*). — M. Voituriez utilise de la façon la plus pratique et la plus simple les propriétés anesthésiques de l'acide carbonique, signalés par Brown-Séquart, à l'aide des syphons ordinaires d'eau de Seltz.

L'analgésie est obtenue par la projection à dix centimètres du contenu de deux à trois syphons sur la région limitée de la peau, sur laquelle on veut faire porter l'instrument tranchant. Cette anesthésie persiste pendant cinq minutes, pour s'atténuer peu à peu. On renouvelle l'irrigation s'il y a lieu.

On peut formuler les indications de cette méthode dans les cas suivants :

Quand on n'a pas sous la main l'instrumentation plus ou moins compliquée qu'exigent les autres moyens d'anesthésie locale;

Quand la durée de l'opération ne doit pas dépasser dix à quinze minutes.

Ce mode d'anesthésie doit être réservé aux membres, car ces irrigations seraient incommodes sur le cou, le tronc, les racines des membres.

Dans ces conditions restreintes, ce procédé paraît pouvoir rendre des services dans la pratique courante. — P. N.

Emploi de la cocaïne comme eutocique (*Revue de thérapeutique*, 1890, 14, 385). — Ayant injecté une seringue de Pravaz d'une solution de cocaïne à 5 p. 100 pour calmer une rachialgie intense chez une femme en couches, A. Selmar (*Med. Rindschau*) a remarqué que la cocaïne activait très notablement le travail. Il s'est assuré du même fait chez une autre femme à efforts expulsifs très affaiblis. En même temps on nota la disposition des douleurs intenses du dos. Chez les deux femmes, les injections de cocaïne furent

©BIU Santé

suivies de crampes douloureuses dans les membres supérieurs et inférieurs, qui, du reste, cédèrent rapidement. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 septembre — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Horteloup, Nicaise et Dieulafoy se portant sur la liste des candidats pour les places vacantes dans les sections de pathologie chirurgicale et de pathologie interne ;

2° Une note de M. Crié intitulée : « Les altérations du bois dans leur rapport avec la sécurité publique » ;

3° Un testament par lequel M. Quinchard, décédé à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), lègue à l'Académie de médecine une rente annuelle de 2,000 francs, pour la fondation d'un prix bisannuel de 4,000 francs, qui sera décerné à l'auteur qui aura le mieux traité le sujet : « Maladies du croup et des angines croupales » et trouvé le meilleur remède contre ces maladies.

Cholécystectomie. — M. Terrier rapporte l'observation d'une malade souffrant depuis vingt-six ans de coliques hépatiques ; les crises, dans les derniers temps, étaient devenues quotidiennes et l'ictère permanent, quoique variant d'intensité. La vie de la malade était devenue très pénible, une opération fut décidée.

Après laparotomie et mise à nu de la vésicule, on incisa cette dernière, dont les parois étaient résistantes, et l'ablation des calculs qu'elle contenait fut facile. Cependant, comme le canal cystique renfermait des calculs enchatonnés et que la bile ne parvenait pas dans la vésicule, on dut dégager les calculs, ce qui fut très difficile, et faire la cholécystectomie. Auparavant, M. Terrier s'assura qu'il n'y avait pas de calculs dans le cholédoque. On lia le canal cystique, mais, le chirurgien prévoyant que la ligature pouvait rester, disposa l'épiploon en une sorte de gouttière allant vers l'angle inférieur de la plaie et plaça un drain. En effet, il se produisit pendant les dix premiers jours un écoulement de bile abondant. Le onzième jour, cet écoulement commença à diminuer et les selles se colorèrent. Actuellement, il n'existe plus et la malade est guérie.

M. Lancereaux pense que la chirurgie interviendra de plus en plus dans les maladies du foie. Il demande comment on peut expliquer l'ictère dans le cas de M. Terrier, puis qu'il n'y avait pas de calculs dans le cholédoque.

M. Terrier répond que l'ictère tenait soit à la compression du canal cholédoque par un calcul cystique, soit à l'inflammation partant de la vésicule.

M. Le Roy de Méricourt rappelle que des gros calculs peuvent s'éliminer rapidement même quand ils sont volumineux ; il a vu le fait se produire à la suite d'un voyage en chemin de fer ; il avait la forme d'une olive.

M. Hayem insiste sur ce fait que le péritoine est bien plus tolérant pour la bile qu'on ne le croyait. Il a, il y a quelque temps, observé un fait de rupture traumatique de la vésicule biliaire chez un très jeune enfant. La bile se résorba et injecta les vaisseaux lymphatiques et les ganglions sans qu'il y eût de péritonite.

M. Laborde fait remarquer que, chez les chiens, quand on fait des expériences sur les voies biliaires, la bile reprend très facilement son cours normal, même après la ligature du cholédoque.

M. Terrier répond à M. Le Roy de Méricourt que l'élimination de calculs volumineux est presque toujours difficile, et que le plus généralement les pierres ne sont pas olivaires, mais à facettes et intimement fixées aux parois de la vésicule. Pour lui, l'élimi-

©BIU Santé

nation spontanée tiendrait à l'ouverture de la vésicule dans les voies digestives. Le péritoine tolère très bien la bile, mais il faut éviter d'en laisser trop couler dans le ventre. Il pense comme M. Laborde que le cours de la bile se rétablit très facilement.

Traitement des rétrécissements traumatiques du canal de l'urèthre. — M. Horteloup, dans un cas de rétrécissement traumatique infranchissable de l'urèthre, a pratiqué la résection de la portion indurée qui avait plus de trois centimètres. Les suites furent très simples, et un mois après la guérison un Beniqué n° 50 passait sans difficulté. Actuellement, le malade, opéré depuis six ans et demi, n'a pas d'accidents. La formation d'une gouttière uréthrale n'est à redouter dans la résection de l'urèthre que si l'on atteint la portion spongieuse, généralement respectée par les traumatismes. M. Horteloup regarde la résection comme devant être une méthode de choix, quand il s'agit de rétrécissements de la région périnéale ou périnéo-bulbaire survenus après une chute à califourchon. Les lésions périphériques au canal ont alors une grande importance et existent non-seulement en bas, mais encore en haut, par suite de l'écrasement des tissus contre la branche sus-pubienne ou l'arcade. Il suit de ces faits que l'uréthrotomie externe ou l'uréthrotomie interne sont très facilement suivies de récidive, puisque la section porte sur des tissus cicatriciels. Daniel Mollière pensait que l'on pouvait faire la résection dans tous les rétrécissements et conseillait de suturer les deux bouts. Cette suture est possible si la partie enlevée n'a que quelques millimètres de long. Autrement, elle ne tient pas; M. Horteloup a pu s'en assurer dans un cas, et cependant son malade a guéri. Il est possible que la résection puisse être suivie de récidive; cependant un des opérés de de M. Mollière n'en présentait pas douze ans après l'opération. Pour M. Horteloup, quand dans un rétrécissement traumatique de la région périnéo-bulbaire il y a eu récidive après une uréthrotomie interne ou externe, on peut tenter la résection.

Recherches sur les leucocytes. — D'après les recherches que communique M. Maurel, les leucocytes des différents animaux meurent quand la température à laquelle ils sont portés dépasse de 10° celle qui est normale dans le creux axillaire de l'animal. Il y a donc un rapport constant entre la température d'un animal et celle que peuvent supporter ses leucocytes; il est donc probable que ces derniers jouent un rôle dans la fixation de la température normale.

La vaccine obligatoire au point de vue de la défense nationale. — M. Hervieux lit un rapport sur un travail adressé à l'Académie par M. le docteur Amat (de Rodez). Il rappelle que, depuis que la vaccine a été rendue obligatoire dans l'armée allemande, il n'y a pas eu un seul décès. En France, en 1886, l'armée n'a présenté que 4 décès pour variole, mais la population civile continue à être dangereuse. De plus, le soldat se trouve facilement en contact avec des hommes appartenant à la réserve ou à l'armée territoriale et qui n'ont pas été vaccinés; au moment d'une mobilisation cela pourrait devenir un danger vaccinal. On devrait ne pas être forcé de vacciner les réservistes au corps, parce que, d'une part, la période d'instruction a été réduite et que, d'autre part, le budget de la guerre est surchargé. On peut prévoir que, de ce fait, il y aura, de 1889 à 1896, une perte de temps de 3,835,800 journées et une perte d'argent de 3,873,158 francs. Il faudrait donc absolument rendre la vaccination obligatoire dans la population civile, et les instituts vaccinogènes fournissent assez de vaccin pour cela.

Dépopulation de la France. — M. Javal étudie les réformes qu'il serait utile d'introduire dans les lois pour favoriser la natalité. Aucune mesure ne profiterait plus aux familles pauvres que la suppression de toute contribution indirecte sur les objets de première nécessité. L'abolition de tout droit sur le blé, la viande, le sel, le sucre et le coton diminuerait de plus d'un tiers les dépenses d'un ménage d'ouvriers, et avec ces droits en moins, le père pourrait nourrir quatre enfants aussi bien qu'il en nourrit deux aujourd'hui. — Mais les intérêts qui entreront en lutte au moment de l'expiration des traités de commerce seront beaucoup trop bruyants pour que la voix de la démographie ait une chance quelconque d'être entendue.

On a proposé d'augmenter la natalité en donnant des primes. Il faudrait encourager 575,000 ménages à se charger d'un quatrième enfant. Une prime suffisante constituerait

©BIU Santé

pour le budget une charge formidable, et il y aurait un coulage considérable à cause des formalités et des lois. Une amende sur les célibataires ne diminuerait pas le nombre de ces derniers.

M. Javal conseille de revenir à l'impôt mobilier de 1791, c'est-à-dire de diviser les contribuables en classes, selon la valeur de leur loyer et de les déplacer d'un certain nombre de classes, suivant qu'ils ont plus ou moins d'enfants. Il importerait de faire varier les classes selon que le contribuable : 1° n'aurait pas d'enfants, 2° en aurait jusqu'à trois, 3° jusqu'à six, 4° plus de six. Il y aurait ainsi quatre classes. Le principal de l'impôt serait perçu sur les contribuables qui auraient quatre, cinq ou six enfants ; il y aurait quelques centimes additionnels frappant les pères de un, deux ou trois enfants, et une surcharge beaucoup plus lourde sur ceux qui n'en auraient pas. Cette surcharge serait plus que suffisante pour subvenir au déchet résultant du dégrèvement des pères de sept enfants et au-delà.

Le dégrèvement profiterait à quelques familles riches, ce que la Chambre a voulu maladroitement éviter.

En effet, il est juste et utile de faciliter l'éducation de nombreuses familles partout ailleurs que chez les parents misérables. Le dégrèvement des familles de sept enfants ne peut pas produire à cet égard de résultat appréciable, mais il est juste et utile d'établir, dans l'impôt direct, une diminution de taux notable en faveur des familles qui dépassent trois enfants et une augmentation considérable à la charge de celles qui n'en ont point.

Beaucoup de parents s'arrêtent quand ils ont un fils ; c'est la naissance du second fils qu'il faut encourager. Or, la loi militaire va à l'encontre, puisque, avec celle qui vient d'être votée, le second fils ne sera presque jamais exempt. M. Javal propose d'exempter de tout service, même en temps de guerre, le père de quatre enfants.

Les lois successorales empêchent actuellement le développement de la population précisément parmi les cultivateurs qui forment actuellement le fond le plus solide de la nation. On n'avantage plus le fils aîné, mais on n'a qu'un fils. Ainsi on pourrait accorder comme transaction que la quotité disponible soit de moitié, quel que soit le nombre des enfants. Avec l'état des mœurs qui a été créé en moins de cent ans par la pratique de l'article 913, il n'est guère à craindre de voir le père d'une nombreuse famille disposer de plus de moitié de son bien en faveur de l'un de ses enfants. Le plus souvent, on verrait subsister l'égalité des partages, qui se fait actuellement sans même user de la latitude laissée par la quotité disponible ; mais au moins, dans les cas où le père a créé un établissement indivisible, il n'aurait pas la crainte de le voir détruit à sa mort par le seul fait du nombre de ses enfants.

M. Javal termine en proposant au vote de l'Académie la conclusion suivante :

« L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du rapport de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population reconnaît pour cause principale la diminution volontaire de la natalité, diminution causée par la situation faite aux familles nombreuses par les lois civiles, fiscales et militaires. »

FORMULAIRE

Solution contre la laryngite striduleuse. — White.

Chlorhydrate de cocaïne	4	grammes.
Eau distillée	100	—

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie, sous forme de pulvérisations, contre la laryngite striduleuse des enfants. Elle est facile à administrer, et produit un calme immédiat.

Dans le cas de diphthérie, cette liqueur est étendue d'un égal volume de solution antiseptique, et suivant les cas, on a recours à la pulvérisation, toutes les heures ou toutes les deux à trois heures. — N. G.

COURRIER

L'École municipale d'infirmières de la Salpêtrière ouvrira ses cours professionnels le mercredi 8 octobre, à huit heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration ; éléments d'anatomie et de physiologie ; pansements ; soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés ; hygiène ; petite pharmacie.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Les noms des membres du jury tirés pour le concours de l'internat sont : MM. Bergeron, Netter, Péan, Budin, Hayem, Cruveilhier, Anger; mais il est fort probable que peu d'entre eux accepteront.

Concours de l'externat. — Voici les noms des juges du prochain concours de l'externat sauf modifications ultérieures : MM. Siredey, Babinski, Variot, Charrin, Poirier, Chaput, Walther.

— M. le docteur Mihram Kemhadjan, médecin de l'ambassade impériale ottomane à Paris, vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Medjidié.

Antisepsie par les sages-femmes. — Le ministre de l'intérieur vient de rendre le décret suivant, conforme au vœu adopté par l'Académie.

Les pharmaciens sont autorisés à délivrer, pour l'usage de la médecine, du sublimé corrosif sur la prescription d'une sage-femme pourvue d'nn diplôme.

Cette vente aura lieu exclusivement suivant les formules ci-après :

Formule A. —	Sublimé corrosif.....	0 gr. 25 centigr.
	Acide tartrique	1 gramme.
	Solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 p. 100.	1 goutte.
Formule B. —	Vaseline au sublimé à 1 p. 100	30 grammes.

Chaque paquet contenant la poudre *formule A*, chaque flacon ou pot renfermant la *formule B*, portera l'étiquette rouge orange réservée aux médicaments toxiques pour l'usage externe, avec la mentions suivante écrite ou imprimée :

Formule A.
SUBLIMÉ CORROSIF
25 centigrammes
pour un litre d'eau
POISON
Formule B
VASELINE AU SUBLIMÉ CORROSIF
à 1 p. 100
POISON

Curieuse réclame de charlatan. — La réclame, dont nous reproduisons le texte, présente : à gauche, l'image d'une jeune mariée et à droite celle d'une jeune mère qui allaite; au-dessus des têtes, la lune en son plein et la lune en son premier quartier entourée d'étoiles. Cette réclame paraît dater du commencement de ce siècle. Sur une banderolle, on lit :

« Rien n'est l'effet du hazard dans la nature, tout a ses causes. »

Puis au-dessous :

« Le Sr Du Mont Plainchant, résidant à Decize, arrondissement de Nevers, département de la Nièvre, pratique un bracelet qui, par ses soins, produit des moyens contre la stérilité des femmes; il reçoit et répond très exactement avec célérité et discrétion aux lettres qui lui sont adressées franches de port.

« Le sieur Du Mont Plainchant, d'après environ 40 ans d'observations et d'expériences faites sur une multitude d'individus, est à même d'annoncer : 1° à une femme enceinte pour la première fois, si elle se rappelle du jour qu'elle a conçu, de quel sexe elle accouchera prochainement, pourvu que l'on donne la date certaine du dernier accouchement.

©BIU Santé

2° Si quelque personne traitait de pusillanime cette annonce et que cependant il fut curieux d'en savoir la vérité, l'on peut faire usage de nom emprunté; par exemple, que l'on dise que Mme Valérie a accouché le 14 juin 1821, zéro heure 50 minutes du matin, je réponds : Mme Valérie au prochain accouchement fera une fille; il se trouve dans beaucoup de mairies des accouchements à cette date, on peut s'assurer que ce que je dis est vrai. 3° Enfin, il peut donner des moyens pour qu'une femme accouche du sexe qu'elle désirera, si avant d'employer les moyens qu'on lui indiquera elle n'a jamais eu d'enfants, ni fausses-couches, ni qu'elle ne soit enceinte. Observe qu'il ne peut être répondu aux demandes que l'on fera soit verbales, soit par écrit, des trois derniers objets, que dans l'espace de 48 heures de la réception de la demande, ce temps étant nécessaire aux calculs exigés; pourquoi on ne peut demander une indemnité moindre de 3 francs pour les verbales et 5 francs pour celles écrites. Le tout franco de port. »

(*Progrès médical.*)

Les saucissons dits de « Boulogne ». — M. Thomas, directeur et inspecteur sanitaire de l'abattoir de Mons (Belgique), chargé à plusieurs reprises par le parquet de Mons de faire une enquête dans plusieurs clos d'équarrissage, a constaté que ces établissements étaient doublés d'une fabrique de saucissons de « Boulogne ». Il s'est assuré que tous les animaux morts de n'importe quelle maladie servaient à la préparation de ce dangereux aliment. Depuis longtemps cette fabrication clandestine de charcuterie malsaine a été signalée et poursuivie en France; de grandes quantités de saucissons faits avec des viandes d'animaux morts de maladie sont saisies chaque jour pour ainsi dire aux Halles de Paris. Le danger est d'autant plus grand que les chairs de ces animaux dépecés dans les chantiers d'équarrissage, sont souvent crues ou à peine cuites. La jurispudence sanitaire rend difficile dans tous les pays la surveillance à ce point de vue des ateliers d'équarrissage; il est à craindre que beaucoup de maisons, qui ont la prétention d'être qualifiées de bonnes, se laissent entraîner par le bon marché à acheter pour les revendre de ces produits au titre allécbant : saucisson de Bologne ou de Boulogne. On n'y regarde pas de si près. De tout temps, beaucoup de personnes se sont méfiées de la charcuterie qui n'était pas fabriquée à la maison ou sous leurs yeux. Plus que jamais cette méfiance est justifiée, et, si l'on n'y prend garde, voilà bientôt une industrie française qui va être compromise par la mauvaise foi et l'impudence d'industriels de bas étage.

(*Revue d'Hygiène*, n° 9).

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé*. Un verre à liqueur aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.— Anorexie.— Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Bulletin bibliographique.

Les rêves. Physiologie et pathologie, par le docteur Ph. Tissié, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Bordeaux.

L'anthropologie criminelle et ses récents progrès, par le docteur Cesare Lombroso, professeur de psychiatrie et de médecine légale à l'Université de Turin.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. Revue de médecine. — III. Revue des journaux : De la goutte dans la gorge. — Styrone dans l'otite moyenne chronique. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

I AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Ulcérations secondaires au cours de la syphilis.

Réouverture de la cicatrice ; ramollissement du noyau d'induration et des indurations de voisinage ; syphilides érosives et tuberculo-érosives.

Il s'en faut de beaucoup que l'accident initial de la syphilis soit la seule ulcération à la quelle celle-ci puisse donner naissance du côté des organes génitaux ; pendant toute l'évolution de la vérole, à la période dite secondaire comme à la période tertiaire, des ulcérations peuvent se reproduire en ces lieux, sous l'influence de l'évolution régulière de la maladie et, phénomène bien remarquable, il semble que, par suite d'un privilège malheureux, le lieu primitivement atteint, le point dans lequel l'accident initial s'était développé, devienne le point de prédilection pour l'apparition de ces ulcérations secondaires et tertiaires ; il n'est pas rare, en effet, de voir plusieurs réveils de la syphilis se faire à son niveau, de voir des ulcérations de nature manifestement syphilitique s'y reproduire à plusieurs reprises, comme si le virus sommeillait indéfiniment en ce point prêt à se réveiller à la moindre occasion.

Le professeur Fournier a montré (*Arch. gén. de méd.*, 1867) qu'il n'était pas rare de voir la cicatrice du chancre se rouvrir dans les jours qui suivent l'occlusion complète de ce dernier ; quelquefois c'est à peine deux, trois ou quatre jours après l'occlusion terminée qu'on voit une nouvelle ulcération se produire au niveau de la cicatrice ; quelquefois c'est une ou deux semaines après l'occlusion que la réouverture se fait ; il est tout à fait exceptionnel, quand elle doit se produire, qu'elle se fasse attendre plus de trois semaines.

Une petite érosion se produit dans la partie centrale de la cicatrice, constituant une ulcération aussi superficielle que possible, véritable desquamation épithéliale, de peu d'étendue, de forme arrondie ou ovalaire ; cette ulcération s'agrandit rapidement, beaucoup plus en largeur qu'en profondeur ; le plus souvent, trois ou quatre jours après sa production, elle a atteint son complet développement et peut alors se présenter sous deux types distincts :

1° Tantôt elle reste ce qu'elle était au début, c'est-à-dire superficielle et semblable à une simple desquamation. Elle est lisse et égale ; ses bords se confondent sans relief avec les tissus voisins ; son fond est brillant, ver-

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 14, 26 août, 4, 11, 16, 25 et 30 septembre 1890.

©BIU Santé

nissé, de teinte rouge foncé ou même vineuse. Sous cet aspect, elle rappelle assez bien l'aspect des exulcérations de la balanite ou mieux encore celui du chancre dit irisé.

2° Tantôt, au contraire, elle affecte une forme profonde, se creuse et s'excave. Elle peut s'élargir de façon à occuper toute l'étendue de la cicatrice ; d'autres fois, elle se limite à une étendue moindre et n'occupe que le centre même de l'ancienne ulcération. Dans le premier cas, elle est généralement cupuliforme, taillée à l'évidoir ; dans le second, nettement entaillée, ayant les bords exactement coupés à pic, elle représente comme une sorte de puits creusé dans le noyau d'induration. Dans cette seconde forme, le fond de l'ulcère est irrégulier, inégal, chagriné, vermoulu ; il présente une teinte soit grisâtre, soit d'un rouge foncé ; il est souvent semé de points bruns ou noirâtres.

Cette plaie sécrète un liquide sanieux plutôt que purulent, mal lié, diffluent et chargé de détritus organiques.

Quelle que soit la forme qu'elle affecte, cette ulcération est presque toujours indolente, comme l'est le chancre syphilitique, Il est très rare qu'elle devienne douloureuse ; quand elle le devient, la douleur paraît tenir moins à l'ulcération qu'à la distension excessive des tissus voisins par un noyau d'induration exubérante.

Cette ulcération se limite bientôt, reste stationnaire pendant un certain temps, puis se répare, en général, avec une rapidité remarquable ; quelques jours suffisent à sa cicatrisation complète. Il peut arriver cependant que l'ulcération persiste pendant plusieurs septenaires malgré les médications les plus rationnelles et les plus énergiques ; ce retard est dû souvent au développement excessif de l'induration qui distend la plaie et la met ainsi dans des conditions désavantageuses pour sa cicatrisation ; l'évolution de l'ulcération, qui parcourt ordinairement toutes ses phases dans l'espace de quelques jours, peut en pareil cas se prolonger pendant plus d'un mois, mais des durées aussi longues des ulcérations de retour sont tout à fait exceptionnelles. La seconde cicatrisation elle-même n'est, du reste, pas toujours définitive et on a vu une même cicatrice se rouvrir à plusieurs reprises.

Dans quelques cas, l'ulcération de la cicatrice débute par plusieurs points à la fois, et ces ulcérations multiples ne tardent pas à se réunir en une seule, plus volumineuse ; l'ulcération secondaire peut s'étendre à ce point que ses dimensions dépassent sensiblement celles du chancre primitif ; elle peut creuser en profondeur au point de figurer une sorte de caverne au centre du noyau d'induration et à simuler le phagédénisme térébrant ; mais en pareil cas, la lésion est en réalité bien plus effrayante que grave ; elle est bénigne par essence, elle se limite nécessairement dans un temps donné, elle guérit seule, elle guérit d'autant mieux qu'on la tourmente moins par des topiques irritants ou des cautérisations intempestives ; dans les formes les plus intenses, le travail de destruction ne dépasse pas les limites de l'induration ; et dès que ce noyau est détruit, la plaie se déterge et marche vers la cicatrisation avec une rapidité surprenante. Ce n'est en réalité qu'une sorte de pseudo-phagédénisme qui s'épuise sur l'induration sans menacer les régions voisines.

Ces ulcérations secondaires, développées au niveau du chancre, se montrent à une époque de la maladie souvent moins avancée que les plaques muqueuses et possèdent à un bien plus haut degré le pouvoir ulcéreux.

Le traumatisme ne paraît en aucune façon nécessaire à leur production ; leur cause prédisposante la plus active paraît être l'existence d'une induration volumineuse et excessive, bien qu'on puisse les rencontrer sur des chancres à induration moyenne et même très faiblement accusée. Quelques auteurs ont signalé l'augmentation de volume du noyau d'induration dans les jours qui précédaient l'apparition de la nouvelle ulcération.

Un autre processus destructeur, qui peut aussi se montrer peu de temps après la cicatrisation du chancre, est celui que le professeur Fournier a décrit sous le nom de ramollissement central ou profond de l'ulcération chancreuse.

Ce processus ne se produit que sur les noyaux d'induration très volumineux, particulièrement sur ceux de la rainure glando-préputiale; les couches centrales de l'induration se ramollissent, se convertissent en une sorte de déliquium qui est éliminé par de petites fistules pratiquées à travers les couches périphériques restées intactes; quand tout le bourbillon a été éliminé, une caverne se trouve formée, communiquant avec l'extérieur, tantôt par un conduit unique, tantôt par des conduits multiples. Dans les deux cas, érosion superficielle ou ramollissement central, c'est le même processus de mortification du noyau chancreux aboutissant ici à l'ulcération, là à une sorte d'abcès; c'est la nécrobiose débutant ici par la superficie, là par la profondeur, donnant lieu à une mortification, dans un cas, des tissus superficiels qui sont immédiatement rejetés; dans l'autre cas, des tissus profonds qui sont retenus pendant quelque temps sous la peau saine jusqu'à ce qu'ils aient frayé leur passage à l'extérieur et creusé les fistules; ici, c'est déjà le processus gommeux dans toute son intensité.

Le processus destructif, se produisant au niveau d'indurations volumineuses, peut être extrêmement actif et rapide, donner lieu à la production d'un bourbillon volumineux qui s'élimine en masse et laisse après lui une caverne anfractueuse et irrégulière.

De ces différents processus ulcéreux se produisant au niveau de l'induration chancreuse, il faut rapprocher ceux qu'on observe au niveau des indurations de voisinage, satellites de l'ulcération chancreuse.

Ces indurations se produisent ordinairement dans la rainure glando-préputiale; dans le voisinage immédiat ou à une petite distance de l'induration primitive, on voit se développer, dans les jours ou dans les semaines qui suivent son apparition, une induration circonscrite rappelant exactement, par l'ensemble de ses caractères, l'induration primitive. L'induration secondaire est nettement circonscrite, absolument indépendante de l'initiale, avec laquelle elle n'est ni continue, ni contiguë; elle peut en être distante de plusieurs centimètres et il est impossible de sentir entre elles aucun trait d'union. Cette induration a le siège, la forme, le volume, la rénitence spéciale de l'induration chancreuse-type ; mais cette induration s'est produite et existe sans plaie, sans érosion, sans éraillure, sous une muqueuse saine : c'est là ce qui la distingue absolument du chancre induré, qu'elle peut parfois dépasser en volume.

Ces indurations secondaires semblent dues, comme l'admettait Ricord, à des lymphangites diffuses; elles coïncident souvent avec des lymphangites indurées du dos de la verge; elles persistent longtemps et peuvent parcourir toutes les phases de leur existence sans subir à aucun moment le processus ulcéreux ; mais, dans quelques cas, elles sont susceptibles de s'ulcérer, soit qu'elles subissent un processus nécrobiotique analogue à

©BIU Santé

ceux qui peuvent se produire dans les ulcérations secondaires du noyau chancreux initial, soit qu'elles deviennent le support de quelque manifestation secondaire ulcéreuse; « elles prennent alors exactement l'aspect d'un chancre à ce point qu'elles ne peuvent en être distinguées et qu'il serait puéril de vouloir établir entre elles et le chancre un diagnostic différentiel véritablement impossible ou ne reposant au plus que sur des nuances qui échappent à la description. Le caractère précis de cette lésion secondaire ne peut être établi que par l'évolution pathologique et la chronologie des accidents. » Je vous prie, Messieurs, de retenir ces paroles que j'emprunte textuellement au professeur Fournier; nous aurons occasion d'y revenir ultérieurement.

Pendant la période dite secondaire de la syphilis, il peut survenir, en dehors des ulcérations que nous venons de voir se produire au niveau ou au voisinage de l'induration chancreuse primitive, des érosions, des ulcérations dont la production est absolument indépendante de l'évolution du chancre initial et qut relèvent de l'altération générale portée à l'économie par la syphilis; ce sont d'abord des érosions superficielles du gland et de la face interne du prépuce, difficiles à reconnaître de celles que les balanites simples, herpétiques et autres peuvent provoquer dans les mêmes régions; ces lésions secondaires du gland se compliquent, du reste souvent de véritables balanites au milieu desquelles elles se perdent et qui en rendent le diagnostic particulièrement difficile.

Ce sont parfois de simples érosions épithéliales ou bien isolées, ne dépassant guère les dimensions d'une lentille, ou réunies en groupes et formant alors sur le gland, dans le sillon balano-préputial, à la face interne du prépuce, des figures plus ou moins étendues, à contours polycycliques formés par l'intersection de cercles à diamètre relativement considérable.

La surface de la muqueuse desquamée est plate, lisse, ne présente aucun relief, est de niveau avec les parties circonvoisines; la couleur est d'un rouge foncé, lie de vin: la surface érythémateuse est quelquefois limitée par un léger ressaut formé par l'épithélium des parties non desquamées; cet épithélium limitrophe peut, par son épaississement, former un mince bourrelet autour de l'érosion; mais ce bourrelet n'est jamais très accusé. Ces lésions si superficielles du gland correspondent aux roséoles érythémateuses de la peau avec lesquelles elles coïncident habituellement; elles font défaut chez les sujets qui ont subi la circoncision; chez eux, elles sont remplacées par des éruptions sèches; ces érosions syphilitiques sont d'un diagnostic particulièrement difficile, elles offrent les plus grandes analogies avec nombre d'ulcérations non spécifiques du gland, et il serait impossible, dans bien des cas d'en affirmer la nature, si elles ne coïncidaient avec d'autres manifestations de la syphilis secondaire.

Beaucoup plus facile à distinguer est la plaque muqueuse papulo-érosive; ici, comme dans le cas précédent, vous retrouvez la desquamation épithéliale superficielle donnant naissance à une surface arrondie, d'un rouge vif, à délimitation monocyclique ou polycyclique, suivant qu'elle correspond à la desquamation d'une papule isolée ou d'un groupe de papules conglomérées; même liseré épithélial limitrophe. Mais, ce qui caractérise cette forme, ce qui en met la nature syphilitique en relief, c'est qu'au lieu d'être de niveau avec les parties voisines, la surface malade est ici bombée, surélevée au-dessus d'elles; une véritable papule, un tubercule fait

saillie au milieu de la lésion; elle en est l'origine manifeste; le processus hyperplasique de la syphilis apparaît nettement caractérisé. Ces papules érodées sont souvent entourées d'un bourrelet hypertrophique très accusé qui donne à leur ensemble un aspect assez analogue à celui du haut d'un turban.

Un des points les plus curieux de l'histoire de ces papules érosives secondaires est la similitude d'aspect que quelques-unes d'entre elles peuvent prendre avec certaines formes de l'accident initial, tant à la surface du gland qu'à la face interne du prépuce; ce sont mêmes dimensions, même érosion en forme de godet, souvent coloration en cocarde très nette, même bords non décollés et même bourrelet limitrophe; l'induration n'atteint jamais des proportions considérables, mais elle est souvent cependant très nette. De telles érosions secondaires ne sont pas rares, qu'on n'hésiterait pas un seul instant à regarder comme accident initial typique de la syphilis, si on ne connaissait l'histoire du malade.

Les érosions superficielles papuleuses ou non de la muqueuse du gland et du prépuce sont les manifestations ordinaires de la syphilis secondaire sur ces parties; rarement on voit se produire des ulcérations profondes; quelques-unes, cependant, peuvent creuser au point de faire penser à une ulcération chancrelleuse; des lésions si profondes sont plus communes chez la femme que chez l'homme; chez celui-ci, elles ne s'observent guère qu'au niveau du limbe du prépuce, les plaques muqueuses de cette région s'accompagnent souvent de phimosis; elles creusent alors dans le fond des sillons du limbe des ulcérations dont l'aspect se rapproche parfois de celui de la chancrelle, parfois de celui du chancre initial.

Sur le fourreau, les syphilides ont les plus grandes analogies avec celles de la peau en général avec lesquelles elles coïncident; comme elles, elles sont habituellement sèches, rarement ulcéreuses; il est un point cependant au niveau duquel les syphilides du fourreau sont facilement humides et ulcéreuses; c'est à sa face inférieure, vers la racine de la verge, dans la région où la peau du fourreau et celle des bourses sont habituellement en contact. A ce niveau, vous rencontrerez souvent les érosions larges, diffuses, opalines, au suintement abondant, sur la nature desquelles leur coïncidence avec des lésions manifestement syphilitiques des bourses ne vous laissera aucun doute.

Pour terminer l'histoire des érosions secondaires du gland et de la verge, je vous signalerai une traînée érosive qu'il est fréquent de rencontrer chez les sujets atteints de phimosis à la suite de la syphilis balano-préputiale; chez nombre de ces malades, on voit survenir à la partie antérieure et inférieure de la verge, le long du raphé médian, une série d'érosions ou d'ulcérations plus ou moins profondes, formant une véritable chaine ulcéreuse qui part du limbe et se prolonge sur une plus ou moins grande longueur de la face inférieure de la verge; je n'ai jusqu'ici observé cette traînée d'ulcérations, je dirais volontiers cette lymphangite ulcéreuse, tellement cette lésion paraît commandée par une disposition anatomique, que chez les sujets atteints de phimosis d'origine syphilitique.

Passons maintenant, Messieurs, à l'étude des ulcérations qui se produisent sur les organes génitaux sous l'influence de la syphilis parvenue à sa période tertiaire (*A suivre*).

©BIU Santé

REVUE DE MÉDECINE

Sommaire : Recherches récentes sur la nature et le traitement de l'éclampsie. — Le mal de Bright *a frigore* est une maladie infectieuse.

Un grand nombre de théories ont été proposées pour expliquer la pathogénie de l'éclampsie. Naturellement on a recherché si la maladie était d'origine microbienne ; c'est ainsi que Debove et Rodet ont considéré l'éclampsie comme une septicémie, que Doléris et Poney crurent un moment avoir trouvé le microbe caractéristique. Actuellement, des travaux dans ce sens, sont toujours poursuivis par Blanc qui a pu provoquer des accès d'éclampsie chez des animaux, en leur injectant des produits de cultures provenant d'urines d'éclamptiques ; mais il a aussi provoqué de l'albuminurie et des troubles nerveux en injectant du bouillon stérilisé. Tout récemment il vient de publier la suite de ces expériences (1) dans lesquelles il a examiné le sang de deux femmes éclamptiques (par suite d'un accident, les recherches n'ont pu être faites que pour un cas). Du sang recueilli à la fin du premier jour de la maladie, alors que la femme avait absorbé environ 20 gr. de chloral, fut ensemencé dans du bouillon de veau stérilisé. Au bout de quarante-huit heures, ce bouillon contenait des bacilles fins et courts, très nombreux, avec un mouvement rapide de trépidation et de projection. Ce bacille avait déjà été obtenu avec des colonies provenant de la culture de l'urine. Un grand nombre d'inoculations furent faites à des lapins et M. Blanc vit se développer une épidémie intéressante entraînant la mort des animaux soit dans une crise convulsive, soit avec de la diarrhée. Le sang, les urines, les matières fécales, contenaient le micro-organisme qui fut cultivé de nouveau. L'expérience la plus démonstrative fut la suivante : un lapin inoculé avec 2 c. c. de bouillon de culture en injection intra-veineuse résista bien et son urine ne renfermait pas d'albumine. Au bout de deux jours, il fut inoculé de nouveau avec 5 c. c. d'un bouillon de culture de même génération. Il succomba en sept ou huit heures avec des accidents convulsifs et après avoir émis une très petite quantité d'urine que l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique convertissait en un bloc d'albumine. L'autopsie montra une vessie pleine d'urine claire, limpide, mais tout aussi riche en albumine et une congestion rénale si intense qu'une distinction des substances corticale et médullaire était devenue impossible ; la capsule était parsemée de nombreuses taches ecchymotiques. Des extravasats sanguins existaient sur le foie et les poumons ; il n'y avait pas de pus. L'ensemencement du sang et des urines donna lieu à la reproduction des micro-organismes.

M. Blanc a recherché l'action du chloral sur son microbe. Une quantité de 2 gr. de chloral par litre, placée dans le bouillon avant son ensemensement, suffit pour lui enlever toute sa virulence, mais elle ne put stériliser ou affaiblir une culture développée. On doit cependant accepter que, dans les limites de 2 à 3 gr. par litre, le chloral est un excellent antiseptique pour le micro-organisme étudié par M. Blanc.

M. Pilliet a eu l'occasion d'étudier, à différentes reprises, l'état du foie chez les éclamptiques. Ses observations ont été réunies dans la thèse de M. De Lauradour (2). Les cas doivent être divisés en trois classes, selon qu'il y a de l'éclampsie sans ictère, avec ictère léger ou avec ictère grave. Dans le premier ordre de faits, le foie présente à l'autopsie un piqueté hémorrhagique. Au microscope, on trouve les veines portes dilatées, remplies de globules rouges ; pas d'altération des canaux biliaires ou des espaces portes. En certains points, autour des espaces portes, les cellules sont écartées par des globules rouges ; elles sont à ce niveau, plus volumineuses, plus réfringentes et ont un gros noyau sphérique. En d'autres points, les capillaires situés autour des espaces portes sont dilatés, forment des ampoules où il y a des globules rouges peu distincts et altérés. Les cellules

(1) *Lyon Médical*, 1890, 38.

(2) A. Pilliet : *Nouvelles Arch. d'obst. et de gynécol.*, 1884, p. 300. — Pilliet et Létienne : *Nouv. arch. d'obst.*, 1889. — Pilliet et Morel : *Bull. de la Soc. anat.*, 1890, p. 318. — De Lauradour : *Th. de Paris*, 1890, du 22 juillet.

hépatiques sont aplaties en croissant par l'ectasie capillaire. Dans les lésions plus avancées que l'on peut voir à l'œil nu les travées circonscrivant les capillaires ont disparu, les globules épanchés sont mélangés à un grand nombre de cellules rondes dans lesquelles les noyaux sont bourgeonnants. Dans les foyers plus anciens, il n'y a plus que des noyaux sphériques allongés, perdus dans une masse granuleuse et foncée. Au voisinage de ces foyers, les cellules hépatiques sont déformées et jaunâtres. Autour des veines sus-hépatiques, la pigmentation biliaire est assez marquée ; les taches sous-capsulaires sont formées par une infiltration hémorrhagique des couches lamellaires de la capsule. Dans un cas de ce groupe, la malade était morte dix jours après l'accouchement, probablement de tétanos ; il y avait, de plus, une mortification d'un grand nombre de cellules du foie.

Dans l'éclampsie avec ictère léger, le foie présente soit un piqueté hémorrhagique, soit des hémorrhagies plus volumineuses. On n'a pu trouver de micro-organismes, les ectasies capillaires sont plus nombreuses et plus accentuées et siègent en général autour des espaces portes. Ces dilatations pénètrent le lobule à sa périphérie, lui donnant l'aspect d'une grappe de raisin. Les îlots hémorrhagiques volumineux sont formés par un réseau de capillaires dilatés comme caverneux ; à leur centre, il y a une accumulation de petites cellules à noyaux sphériques. Dans les grands foyers, il y a une substance fibrillaire entre le réseau des capillaires dilatés ; elle renferme des cellules à noyaux irréguliers, probablement des cellules du parenchyme.

Les altérations arrivent à leur maximum quand l'éclampsie s'accompagne de symptômes d'ictère grave. Dans une des observations de MM. Pilliet et Létienne, le foie, gros, pèse 2 275 ; les 2/3 supérieurs sont d'une couleur uniforme, jaune havane très clair ; la face supérieure du lobe droit est coupée en diagonale par une marbrure en ligne très sinueuse d'un rose carminé avec festons marginaux plus foncés. A partir de cette ligne, le tissu devient rouge avec des îlots jaunes. En aucun point il n'y a de relief. Le lobe gauche présente le même aspect, mais plus confusément. Le tissu hépatique est très friable et la coupe de l'organe est comparable à la tranche polie d'un marbre jaune veiné de pourpre aux nuances éteintes ; les 2/3 sont d'une forme assez uniforme. A l'examen histologique, on trouve que les traits rougeâtres sont formés d'une double ligne ; l'une composée de globules rouges, l'autre interne composée de globules blancs et de cellules rondes, toutes deux infiltrant le tissu hépatique et séquestrant des portions très étendues du parenchyme. En dehors des marbrures, il y a des lésions d'ectasie et de dégénérescence distribuées autour du système porte. La ligne de démarcation infiltrée de globules blancs montre leurs noyaux très abondants, petits, irréguliers de forme. En dedans de cette ligne, le tissu hépatique se colore mal, les cellules parenchymateuses sont anguleuses, opaques, d'un jaune brun ; tout le tissu à l'air d'un séquestre en voie de nécrose. Il est important de noter qu'il y a encore dans ces parties une congestion et une ectasie considérables des capillaires autour des espaces portes ; l'aspect du foie est caverneux en ces points.

En somme, dans les différentes variétés d'éclampsie, la lésion du foie caractéristique est l'ectasie capillaire localisée autour des espaces portes, les altérations cellulaires ressemblant à celles des maladies infectieuses. Elle était ainsi quand la malade n'a pas été chloroformée. Rivière et Auvard avaient déjà attribué une grande importance au rôle du foie dans l'éclampsie et avaient décrit une éclampsie hépatique amenée par l'absence de destruction par le foie des poisons qui menacent l'organisme, mais les lésions de la glande n'ont été décrites en France que par Pilliet.

Cependant Virchow (1) a admis que le foie était le lieu d'origine des embolies graisseuses des poumons et des reins chez les éclamptiques, et Jurgensen (2) a décrit des hémorrhagies du foie, détruisant le parenchyme, qui se rapprochent des lésions exposées par Pilliet.

De Lauradour, citant les expériences d'Afanassiew qui, en sectionnant les nerfs du foie, a obtenu des dilatations vasculaires notables, propose d'expliquer les ectasies capil-

(1) Virchow : *Berlin. Klin. Woch.*, 1886, n° 20, p. 489.
(2) *Idem.*, n° 31, p. 519.

©BIU Santé

laire des espaces portes et les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence par un réflexe utérin.

Au Congrès de Birmingham, M. Byers (de Belfast) a soutenu que l'éclampsie était, dans la majorité des cas, d'origine urémique. Si il n'y a pas d'altération du rein, il s'agirait alors d'une altération réflexe. Quand les convulsions se produisent pendant la grossesse, il prescrit le chloral et fait l'accouchement prématuré, si cela devient nécessaire. Pendant l'accouchement, il donne le chloroforme et hâte la sortie du fœtus. Le travail terminé, il a donné dans le cas où les convulsions se produisent, des purgatifs, des diurétiques, du chloral et des bromures. De même qu'en France, le traitement prophylactique le plus employé en Angleterre est le lait, on peut y joindre le bain chaud et les purgatifs.

A l'Association Néerlandaise pour l'avancement des sciences, M. Halbertsma a montré une malade chez laquelle il a fait l'opération césarienne pour combattre une éclampsie grave. Il rattache la plupart des cas d'éclampsie à la compression des uretères par l'utérus gravide et conseille d'opérer radicalement. Son opinion a été combattue par M. Nijhoff qui a rapporté des résultats excellents obtenus par lui et d'autres à l'aide des injections de morphine. Ce qui prouve que l'opération césarienne n'est pas indiquée, c'est que les convulsions peuvent persister lorsque l'utérus s'est débarrassé de son contenu.

II

Nous avons rapporté plus haut les expériences de M. Blanc. M. Laffitte (1) s'appuie en partie sur elles pour soutenir que le mal de Bright dit *a frigore* est une maladie infectieuse. Il cite l'observation si célèbre de Wilks : Un homme de 28 ans, ivre et en sueur, se jette dans la Tamise. Le lendemain, il a une forte fièvre ; il est tout enflé, son urine est rare et chargée d'albumine. La mort survient après trois mois et on trouve de gros reins blancs. Ces phénomènes peuvent survenir même chez un homme en bonne santé. Or, dans ce cas, le début de la maladie se fait par une angine comme dans la scarlatine et la diphthérie.

M. Laffitte rapporte une observation où trois personnes, travaillant ensemble, furent prises simultanément de mal de Bright, et il a recueilli onze autres cas de début par angine. Cette angine peut passer inaperçue quand elle est très légère ; elle dure de deux à cinq jours et précède de quelques heures à un ou deux jours l'hématurie, les œdèmes et l'urémie. Ce n'est pas une angine scarlatineuse sans éruption, car la desquamation manque, et M. Laffitte a vu quatre sujets pris d'angine et d'accidents rénaux dans la convalescence de la scarlatine. Le début par l'angine favorise la contagion du mal de Bright, et cette contagion pourrait même se faire dans le cours de la maladie. Quand une femme brightique avorte, le fœtus est souvent atteint de néphrite ; enfin, il est des cas (Dickinson) où le mal de Bright est certainement héréditaire ; il s'agirait là de la transmission d'une maladie infectieuse de la mère au fœtus. En résumé, pour M. Laffitte, la néphrite est l'effet du mal de Bright dont la cause pénétrerait dans l'économie grâce à une angine.

REVUE DES JOURNAUX

De la goutte dans la gorge, par M. Morell-Mackensie (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., 1890). — Porter le diagnostic d'affection goutteuse est la dernière ressource des praticiens dépourvus de diagnostic ; cependant on ne peut pas refuser à la goutte l'explication de certains phénomènes obscurs, et, quoique aujourd'hui les formes graves de l'affection ne soient nullement communes, on rencontre évidemment souvent une forme plus atténuée. Quoiqu'elle ne soit pas commune dans la gorge, Mackensie en a rencontré quelques cas, dans sa grande pratique. Comme tels, il n'a admis que les cas ou

(3) Laffitte : *Th. de Paris*, 1889. — *Gazette des hôp.*, 1890, 108.

©BIU Santé

le patient avait d'autres manifestations palpables de goutte : soit gonflement des petites jointures d'une ou de plusieurs extrémités, soit accès de goutte aiguë sur une autre partie du corps coïncidant avec la disparition d'accidents inflammatoires du côté du larynx.

Naturellement, toute maladie chez une personne de nature goutteuse n'est pas nécessairement due à la goutte. A l'appui de sa thèse, Mackensie cite les observations suivantes :

I. — Œdème aigu de la luette disparaissant au moment du développement subit d'une inflammation goutteuse au niveau du gros orteil.

II. — Inflammation chronique de piliers postérieurs survenant chez un malade présentant depuis longtemps aux doigts des deux mains des altérations goutteuses.

III. — Dépôts goutteux autour des articulations crico-aryténoïdiennes des deux côtés, causant une dysphonie permanente.

IV. — Inflammation goutteuse amenant une ulcération fongueuse de la corde vocale supérieure gauche, ressemblant au cancer. — P. N.

Styrone dans l'otite moyenne chronique (*Nouveaux Remèdes*, 1890, 17). — La styrone à l'état pur C^6H^5, $CH = CH$, $CH^7OH = C^9H^{10}O$ se présente sous forme d'aiguilles longues, minces, fondant à 33° et bouillant à 250° C., à odeur rappelant celle celle de la jacinthe, à peine soluble dans l'eau, très soluble dans l'éther et dans l'alcool. Dans le commerce, on trouve la styrone cristallisée et la styrone liquide. La dernière étant meilleur marché et son action sur l'otite étant aussi énergique que celle de la styrone cristallisée, Tcheltsaff s'en est servi exclusivement. C'est un liquide huileux, jaunâtre, à saveur âcre, à odeur désagréable, non soluble dans l'eau, facilement soluble dans l'éther et l'alcool. Appliquée sur la langue, elle provoque une anesthésie locale passagère.

Pour qu'une solution antiseptique puisse être employée avec avantage dans le traitement de l'otite moyenne chronique, il faut que, à concentration microbicide, elle ne soit pas trop irritante; or, la plupart des antiseptiques sont déjà irritants à une dilution insuffisante pour leur effet antiseptique désirable. C'est pourquoi l'auteur recommande vivement la solution alcoolique de la styrone :

Styrone liquide.....	1 gr. 25.
Alcool.....	30 grammes.

M. D. S. — Une cuillerée à dessert ou à bouche dans un verre d'eau tiède; injecter deux ou trois fois par jour. Même employée pendant longtemps, cette médication n'est pas suivie d'irritation. Il l'a prescrite avec succès dans huit cas d'otite moyenne chronique, dont il rapporte deux histoires détaillées.

Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° La styrone est un bon désinfectant et désodorant.

2° Sous son influence, on note une diminution des sécrétions de l'oreille malade.

3° Elle agit un peu comme analgésique local.

4° Elle ne provoque pas d'irritation locale et est bien supportée même en solution assez concentrée. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er octobre. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Traitement des fistules recto-vaginales. — Fistule rétro-pénienne. — Eczéma curateur. — Présentation de pièces.

M. Chauvel fait un rapport sur une observation de *fistule rétro-pénienne* adressée par M. le docteur Piedpremier. Cette fistule est survenue à la suite d'une striction de la

©BIU Santé

verge qui avait été faite à l'âge de 7 ans avec une ficelle. Depuis ce moment la fistule n'a pas subi de modification. Le malade n'en souffre pas et refuse toute intervention.

M. Chauvel lit un second rapport sur un travail de M. Amat relatif à l'*eczéma curateur*. Un jeune soldat de 24 ans, à la suite d'une plaie contuse du genou gauche, eut de la lymphangite et trois abcès successivement. Malgré l'emploi de cataplasmes, d'une pommade iodoformée, la guérison ne se faisait pas; une eczéma survint et elle se produisit rapidement. Il est évident que le malade était arthritique. Cependant il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une plaie ait guéri après trois mois, aussi n'y a-t-il pas lieu de tirer des conclusions du fait qu'a recueilli M. Amat.

— M. Le Dentu fait une commuuication sur le traitement des *fistules recto-vaginales*. On traite habituellement les fistules recto-vaginales par l'avivement et l'application de sutures. Souvent on réussit, mais souvent aussi on échoue. Aussi tout procédé nouveau permettant d'obtenir plus rarement l'occlusion de ces fistules doit-il être étudié avec soin. Quand la méthode classique a échoué, on peut inciser toute la cloison au-dessous de la fistule, aviver et faire ensuite une périnéorrhaphie. Si la cloison vaginale est assez épaisse, si la fistule est très minime, si, enfin, elle est accompagnée d'une déchirure périnéale peu marquée, l'opération ci-dessus devient alors trop importante.

Ayant affaire à une petite fistule de 4 millim. de diamètre vertical et datant de huit ans (3 grossesses étaient survenues depuis sa production), M. Le Dentu procède de la façon suivante :

Le premier temps consiste à faire une incision courbe, en fer à cheval, à concavité inférieure commençant à gauche de la fistule, un peu au-dessous de son extrémité inférieure, remontant jusqu'à 12 millim. au-dessus de sa limite supérieure et redescendant à droite au même niveau. Une deuxième incision à concavité supérieure dont le point le plus bas répond à la limite inférieure de la fistule réunit les deux extrémités de la première. De cette manière on circonscrit au-dessus de la fistule une portion de muqueuse vaginale que l'on dissèque pour l'enlever, de façon à avoir une surface d'avivement en croissant. On peut faciliter ce temps en plaçant dans le rectum un doigt que l'on protège par un doigtier en caoutchouc. Il faut ensuite disséquer le lambeau que délimite la deuxième incision afin de s'en servir pour l'appliquer sur la surface cruentée. Avant de faire les sutures, pour éviter le plissement, on doit enlever un triangle de muqueuse rectale à base inférieure, dont le sommet répond au bord supérieur de l'orifice fistuleux. On peut encore faire deux débridements latéraux qui partent des deux angles inférieurs du triangle enlevé et incitent la paroi rectale suivant deux lignes se dirigeant obliquement en haut; on évite ainsi sûrement la formation d'un cul-de-sac en arrière du lambeau vaginal relevé.

Il reste à faire les sutures. Les fils sont d'abord enfoncés dans le lambeau rectal ou lambeau postéro-supérieur; on l'adapte au lambeau vaginal en relevant ce dernier. Pour fixer les fils, que l'on ne devra pas trop serrer, on se servira soit de tubes de Galli, soit de petits rouleaux de gaze iodoformée sur lesquels on les nouera. On pourra ainsi éviter tout froncement.

Le principal avantage du nouveau procédé de M. Le Dentu consiste dans la manière dont est établi le lambeau supérieur qui empêche le passage des matières fécales. Cependant, il faut, pour que l'on puisse l'employer, que la fistule ne soit située ni trop haut, ni trop bas. Dans le premier cas, l'opération devient très difficile; dans le second, on ne peut tracer le lambeau vaginal. Le procédé convient donc aux fistules de la partie moyenne du rectum.

M. Quénu a traité avec succès de petites fistules par un procédé différent de celui de M. Le Dentu. Bien que l'avivement du périnée avec périnéorrhaphie constitue une bonne opération, cependant, quand on n'a affaire qu'à une fistulette, il est difficile de proposer des délabrements aussi grands. La périnéorrhaphie peut, du reste, ne pas réussir et il reste alors une large perte de substance. M. Quénu a eu à traiter une jeune femme chez laquelle, à la suite d'applications répétées de forceps, il s'était fait une fistule recto-vaginale à 2 centimètres au-dessus du sphincter anal. Il a d'abord avivé et suturé en établissant un éperon saillant vers le rectum. Bien que l'on ait mis un tube dans l'in-

testin, les gaz traversèrent de nouveau la fistule après quelques jours. M. Quénu eut alors recours à un procédé que Guérin et Verneuil semblent avoir déjà conseillé et qui réussissait peu alors parce que l'on faisait mal l'antisepsie recto-vaginale. On fait d'abord au périnée une incision transversale, légèrement convexe en avant, et dont la partie la plus convexe répond au milieu de l'espace qui sépare le périnée et la vulve, puis on sépare la paroi du rectum de celle du vagin en les décollant l'une de l'autre jusqu'au-dessus de la fistule. Une fois le dédoublement fait, on a deux fistules dont les orifices ne se correspondent plus, parce que la paroi vaginale s'élève un peu. Cette simple élévation empêche le passage des gaz dans le vagin. M. Quénu a ensuite avivé les bords de l'orifice du vagin et les a suturés, puis il a fendu le rectum et le sphincter et a suturé la muqueuse anale. La plaie du périnée, que l'on laisse ouverte, permet aux gaz de s'échapper et guérit d'elle-même sans que l'on ait besoin de faire l'opération de la fistule anale.

M. Monod insiste sur la nécessité de l'antisepsie la plus rigoureuse; elle seule permet de réussir toutes les opérations. Autrefois, il était partisan de la section du périnée; cependant, l'opération est si considérable qu'il ne la ferait plus aujourd'hui. On peut avoir des succès en faisant un large avivement vaginal avec suture profonde. Autrefois, cet avivement ne réussissait pas, parce que l'antisepsie n'était pas suffisante.

Il faut, d'après M. Segond, distinguer, dans le traitement des fistules recto-vaginales, celles qui sont haut placées et celles qui sont bas placées. Dans le premier cas, il est inutile de fendre complètement le périnée. Au contraire, quand elles se trouvent à 2 ou 3 centimètres, la section du périnée et la périnéorrhaphie donnent d'excellents résultats. La manière de faire de Lawson-Tait, qui dédouble la cloison recto-vaginale, est très bonne quand l'antisepsie est parfaite. M. Segond trouve que l'opération de M. Le Dentu est parfaitement indiquée, si la fistule se trouve à la partie moyenne de la cloison.

M. Reclus a opéré une fistule haut placée de 5 millimètres de diamètre par l'avivement suivi de sutures. Après avoir fait une antisepsie vaginale et rectale rigoureuse, il a exécuté son avivement sans cependant aller jusqu'au tissu cicatriciel de la fistule et, en plaçant ses sutures, il a refoulé la muqueuse vers le trou rectal. Il est très utile, comme l'a recommandé M. Tripier, de placer un tube dans le rectum.

M. Th. Anger, dans un cas de grande déchirure du périnée, fit un dédoublement de la cloison et plaça deux rangs de sutures, l'un du côté du vagin, l'autre du côté du rectum. Il persista une fistulette livrant passage à une sonde cannelée. M. Th. Anger l'obtura à l'aide de deux lambeaux latéraux qu'il renversa sur le rectum et les fixa par des sutures en avant de l'orifice. La guérison fut complète.

Pour M. Quénu, quand la fistule se trouve à plus de 2 centimètres au-dessus du périnée, le procédé de M. Richet semble bien radical. L'avivement simple peut échouer même quand l'antisepsie est très soigneusement faite. Le tube rectal est quelquefois très difficile à faire supporter aux malades chez lesquelles il amène des douleurs M. Quénu préfère faire une section postérieure du sphincter et surtout au-dessus la muqueuse. Au bout de dix jours, le muscle a repris sa tonicité.

M. Marc Sée, dans un cas où il s'agissait d'une fistule très élevée, a dû fendre la paro postérieure du rectum jusqu'au coccyx. Un avivement a suffi pour amener la guérison.

M. Le Dentu ne croit pas du tout qu'un même procédé opératoire soit applicable aux différentes espèces de fistules, et il faut catégoriser ces dernières.

Un premier groupe peut comprendre les cas dans lesquels il y a une large déchirure du périnée avec amincissement de la cloison. Il faut alors suturer la cloison recto-vaginale et faire une périnéorrhaphie; on obtient d'excellents résultats. Assez souvent il persiste une petite fistule en haut, mais le périnée est refait et la fistulette facilement oblitérable.

Dans d'autres cas, on a affaire à une déchirure peu étendue avec une fistule. Il faut d'abord proposer la périnéorrhaphie. Si la malade refuse, on pourra se borner à agir sur la fistule.

©BIU Santé

Enfin, la déchirure peut être très peu importante, en même temps qu'il y a une fistule de siège variable. Si la fistule est très haut, l'opération est très difficile; quelquefois la guérison se fait spontanément. Si la fistule siège très bas, on peut alors employer, comme M. Quénu l'a fait, le procédé de M. Guérin ou le procédé de M. Le Dentu qui, du reste, n'est quelquefois pas applicable, quand il n'y a pas la place nécessaire pour tracer le lambeau. La fistule moyenne guérit bien par le procédé Le Dentu. Le simple avivement échoue très souvent et ne mérite que peu de confiance. Le tube rectal n'est pas nécessaire si l'on a soin de faciliter les gardes-robes. Le troisième jour après l'opération, on donnera un léger laxatif; le quatrième jour, un autre un peu plus fort. On enlève alors les fils et on provoque une constipation de trois jours. Le huitième jour, la plaie est cicatrisée.

— M. Routier montre deux hématosalpingites consécutives à une oblitération de l'orifice interne du col de l'utérus, s'étant produites après une cautérisation intra-utérine à l'aide du crayon de chlorure de zinc. Les règles avaient cessé et la malade s'était mise à souffrir. M. Routier, la malade étant âgée de 37 ans, enleva les trompes et les ovaires. L'orifice interne de l'utérus était oblitéré et la dilatation des trompes avait suivi celle de l'utérus.

Pour M. Bazy, on aurait pu se borner à ponctionner l'utérus et à en dilater l'orifice.

— M. Kirmisson montre des rugines dans lesquelles le manche est plus large et les tranchants moins longs que dans les rugines ordinaires.

FORMULAIRE

Pommade et lotion contre le pannus. — Panas.

Naphtol A.....	0 gr. 10 centigr.
Vaseline.....	30 grammes.

F. s. a. une pommade que l'on applique le matin, sur l'œil atteint de pannus.

Quatre fois par jour, on pratique des lotions avec la solution suivante :

Napthol A.....	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée.....	500 grammes.

N. G.

COURRIER

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 2 février 1891, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — III. Revue des journaux : Valeur analgésiante de l'exalgine. — De la constipation et de l'aliénation mentale. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

La discussion sur la dépopulation de la France est entrée encore dans une nouvelle voie avec M. J. Rochard, qui a parlé au nom de l'hygiène et montré qu'elle pouvait diminuer la mortalité et accroître la natalité. C'est surtout à propos des unions involontairement infécondes que M. Rochard a été très émouvant, et chacun connaît des ménages qui gémissent de ne pas avoir d'enfants. Le dernier recensement a montré qu'en France il y avait plus de deux millions de familles sans enfants! Evidemment, cela n'est pas volontaire. Et M. Rochard incrimine volontiers le voyage de noces, si souvent suivi d'avortement et de stérilité définitive. Je suis absolument de son avis, connaissant, comme bien d'autres, des jeunes femmes qui, initiées sans discrétion aux secrets de la vie conjugale, abandonnées aux fatigues d'un long voyage de noces, n'ont pu mener à bien les premières grossesses.

Il y a encore bien d'autres choses à dire, et M. Rochard les a très bien dites, sur le rétablissement des tours, sur la désinfection des locaux à la suite des maladies éruptives, la vaccine obligatoire, la répression de la prostitution, etc.

FEUILLETON

CAUSERIE

Et moi aussi, je vais me faire spécialiste!

Seulement, ma spécialité ne sera pas celle de tout le monde. Consultez les gens du monde, dont l'opinion fait toujours loi pour moi, et ils vous diront que, lorsqu'ils ont une maladie quelconque, ils veulent être soignés par un spécialiste. C'est plus cher, mais c'est meilleur. Donc, je vais être spécialiste. Il y a déjà les auristes, les laryngologistes, les stomatologistes (*vulgo* dentistes), les oculistes, les orthopédistes, etc. Ma spécialité n'a pas de nom spécial; d'ailleurs ce n'est pas la seule; les médecins qui s'adonnent au traitement des maladies du cœur, de la poitrine, du foie, des reins, du testicule, des trompes, des ovaires, etc., n'ont pas non plus de nom spécial, je puis donc m'en passer aussi bien qu'eux.

— Mais, me dites-vous, qu'allez-vous donc faire, mon pauvre Simplissime?

Eh bien, je ne veux pas vous tenir plus longtemps le bec dans l'eau, et je vais vous le dire : Je vais soigner les mauvaises odeurs du corps humain. Il y a, vous le savez, des gens qui sentent mauvais; pas plus tard qu'avant-hier, je me trouvais au théâtre, à côté d'un monsieur fort bien mis qui puait pire qu'un cadavre. Ah! le misérable! il m'a gâté tout le plaisir que j'avais à entendre Melba et Lasalle dans *Hamlet*. C'est de là qu'est

©BIU Santé

— M. Nocard a accordé un enterrement de première classe aux espérances conçues par M. Peyraud, relativement aux propriétés antitétaniques de la strychnine. Ce n'est pas encore là que se trouve le vaccin du tétanos. Mais il reste du travail de M. Peyraud un fait intéressant : c'est qu'une terre qui n'a pas été cultivée depuis de longues années peut cependant être tétanigène. Cela n'est pas aussi inattendu que le croit M. Nocard, car M. Verneuil a déjà montré que le virus tétanique avait une vitalité très longue.

— Nous attirerons l'attention de nos lecteurs sur la communication de M. Desnos sur l'exalgine. Bien que les analgésiques soient déjà assez nombreux, il n'en est pas moins vrai que bien des névralgies résistent encore à leur action, témoin les sciatiques citées par M. Desnos, et qui, rebelles à tous les moyens ordinaires, n'ont cédé qu'à de fortes doses d'exalgine. Ce médicament doit être manié avec prudence: il faut commencer par 25 centigrammes et n'augmenter que peu à peu, en surveillant avec soin les effets obtenus. On peut aller ainsi jusqu'à 1 gr. 75. Comme M. Desnos n'est pas allé au delà, on fera bien, jusqu'à nouvel ordre, de faire comme lui.

— Une lecture faite par M. Delthil sur la diphthérie a encore soulevé un incident à l'Académie. M. Larrey a fait observer que le travail de M. Delthil faisait partie d'un ouvrage déposé précisément sur le bureau de l'Académie, et que, dès lors, la lecture publique en était superflue. M. le secrétaire perpétuel a déclaré que l'ouvrage était connu du bureau, mais que la parole avait été néanmoins donnée à M. Delthil, parce que ledit ouvrage n'avait pas encore été livré au public.

Ceci n'est pas tout à fait exact, car il y a bien une dizaine de jours que j'ai vu cet ouvrage chez les libraires du quartier. Néanmoins j'estime qu'on a eu raison de laisser la parole à M. Delthil, qui, comme tous les confrères qui font des communications à l'Académie, a dû demander la parole deux mois avant de l'avoir obtenue. Ces deux mois d'attente valaient bien une compensation. Il y a deux mois, l'ouvrage était sous presse, et la lecture de M. Delthil aurait été très opportune; elle l'est moins aujourd'hui parce

---

venue mon idée, ou plutôt qu'elle m'est revenue, car j'ai lu il y a quelque temps je ne sais où qu'on pouvait remédier à cette infirmité d'une matière très pratique.

Il s'agit tout simplement.... Mais au fait, je ne sais si je dois vous le dire; car enfin, si je divulgue mon secret, adieu ma spécialité et les bénéfices énormes qu'elle doit me rapporter. Dès que vous en pourrez faire autant que moi, que me restera-t-il? Enfin, je suis bon prince, et je vais vous le dire tout de même : il s'agit tout bonnement d'injecter sous la peau des gens, avec la seringue de Pravaz, comme pour une injection ordinaire de morphine, une solution d'essence d'odeur suave. L'essence est absorbée par les capillaires, se répand dans tout l'organisme, s'élimine par les glandes de la peau, par la bouche, par l'anus, par tous les orifices enfin, et quoi que vous fassiez, vous sentez bon. Et ainsi se trouve renversé le dicton de l'Auvergnat, vous savez, celui qui dit : « Je ne danse pas, parce que quand je danse, je sue, et quand je sue, je pue. »

Excusez-moi de parler aussi librement; mais je vous assure que bien des auteurs, et notre vénérable ancêtre Rabelais en particulier, n'y regardaient pas de si près.

Maintenant, quand on dansera, si on a pris soin de se faire injecter un peu d'odeur suave dans le tissu cellulaire sous-cutané, on répondra autour de soi une odeur suave. Dans la rue, on dira, quand vous viendrez de passer : « Tiens, c'est un tel qui vient de passer. » Et un ami cherchant son ami sur le boulevard pourra le reconnaître à son odeur particulière. On pourra vous suivre à la trace. Cela pourra avoir des inconvénients si un mari jaloux, ce qu'à Dieu ne plaise, vous soupçonne dans la chambre de sa femme; mais vous savez, il n'y a pas de roses sans épines ni de médaille sans revers;

© BIU Santé

que son livre a paru, mais la faute en est aux lenteurs, nécessaires, je l'avoue, avec lesquelles se font les lectures académiques, — L.-H. P.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Ulcérations tertiaires au cours de la syphilis.

Syphilis pustulo-ulcéreuse. — Syphilis scléro-ulcéreuse et tuberculo-ulcéreuse. — Ulcérations tertiaires du fourreau, du gland, du méat. — Pseudo-chancres indurés du sillon balano-préputial; leur étiologie.

Les ulcérations du type tertiaire constituent assez souvent un accident des plus tardifs; il est fréquent de les voir se montrer vingt, trente, quarante ans après le début de la maladie, alors que la maladie était depuis des années silencieuse et que le malade se croyait absolument guéri; en général, c'est de huit à dix ans après le début de la syphilis que ce genre d'accidents est le plus fréquent; chez quelques malades, cependant, des ulcérations du type tertiaire peuvent se montrer d'une façon beaucoup plus hâtive et apparaître très peu de temps après le développement du chancre; on en a vu survenir deux ou trois mois au plus après celui-ci.

Les ulcérations des organes génitaux qui se produisent chez l'homme sous l'influence de la syphilis parvenue à sa période tertiaire sont en général remarquables par leur tendance ulcéreuse très accentuée; dans ces ulcérations, on trouve ordinairement les processus hyperplasiques et ulcéreux combinés, associés, mais dans des proportions fort différentes et fort inégales suivant les différents cas; selon que l'un ou l'autre processus arrive à prédominer, on a des formes plutôt ulcéreuses ou des formes scléro ou tuberculo-ulcéreuses.

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 14, 26 août, 4, 11, 16, 25, 30 septembre et 9 octobre 1890.

arrangez-vous de manière que les épines et les revers soient pour les autres, et gardez pour vous l'endroit et l'odeur suave de la rose.

— Mais, cher ami, me demande mon compagnon habituel, vous savez, celui qui lit par dessus mon épaule quand j'écris, est-ce qu'il faudra faire souvent de ces injections? En d'autres termes, pendant combien de temps agira une injection? S'il faut en faire tous les jours, ce ne sera pas drôle.

— Pardon, chère amie, ça, je n'en sais rien, puisque je n'ai pas encore essayé ma spécialité; mais je te le dirai au premier jour. Du reste, si tu veux, je vais essayer sur toi.

— Mais, gros bêta, tu sais bien que je n'en ai pas besoin; ni toi non plus, c'est une justice à nous rendre; mais, si tu manques de sujets, adresse-toi à..... Ici plusieurs noms que je me garderai bien de répéter. Vous savez, le secret professionnel.

Allons, c'est dit, je vais faire préparer un flacon de chaque essence connue, à dose suffisante pour n'être pas nuisible, et, armé de ma seringue, j'attendrai les clients. Chacun pourra sentir bon, suivant l'odeur qu'il préfère, et s'il a peur de s'y accoutumer, comme les morphinomanes, eh bien, il ne s'y soumettra que..... les jours de fête. On n'en sera plus réduit, quand on ira en soirée, à fumer « une bonne pipe » pour chasser l'odeur de l'ail quand on aura mangé « un bon gigot ».

Maintenant, comment allez-vous appeler ma spécialité? Vous savez de quoi il s'agit, chez lecteurs; trouvez-moi un nom..... et envoyez-moi des clients..... si toutefois vous en avez qui aient besoin de sentir bon.

©BIU Santé

Les formes ulcéreuses sont plus communes sur la peau et sur le gland que les formes scléro-ulcéreuses, qui sont, au contraire, les formes les plus habituelles de la syphilis tertiaire de la région balano-préputiale. Voyons les différences d'aspect que la lésion peut présenter, suivant qu'elle s'est développée dans l'une ou l'autre région.

Sur la peau du fourreau, il n'est pas rare que l'apparition de l'ulcération soit précédée de la formation d'une vésico-pustule; c'est la forme pustulo-ulcéreuse de mon collègue, M. Mauriac. La pustule cède en quelques jours la place à une ulcération fongueuse et saignante, à évolution rapide, détruisant en peu de temps le derme dans une profondeur plus ou moins grande, en même temps qu'elle s'étend progressivement en largeur. Cette ulcération est de forme ronde ou ovalaire assez régulière; ses bords sont abrupts, taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, quelquefois décollés : le fond est inégal, déchiqueté, grisâtre, pultacé ou jaunâtre et livide, quelquefois parsemé d'un certain nombre de points rouges. Les dimensions d'un tel ulcère dépassent rarement celles d'une pièce de cinquante centimes ou de un franc; encore de pareilles dimensions ne sont-elles pas observées généralement d'emblée, mais seulement à la suite de l'extension d'ulcérations primitivement plus petites. La surface est le siège d'une sécrétion séro-purulente abondante; une certaine quantité de sang se mélange facilement à la sécrétion purulente. Une étroite auréole inflammatoire peut border l'ulcération; les analogies entre une telle lésion tertiaire et certains chancres simples sont considérables; l'identité d'aspect, parfois presque absolue; c'est un véritable pseudo-chancre simple.

La dessication des liquides exsudés à la surface de l'ulcère amène la formation d'une croûte épaisse ostréacée, qui recouvre et cache l'ulération; la lésion, sous cette forme, rappelle assez bien une pustule desséchée d'ecthyma recouverte de sa croûte et lui a valu le nom de syphilide ecthymateuse (Fournier).

Une telle ulcération prend facilement la tendance phagédénique; on la voit alors s'avancer rapidement sur le fourreau et les bourses, où elle peut

*
* *

Comme quoi il y a des rapports étroits entre le tétanos et les souliers.

Il y a des gens, grands amis des proverbes, qui prétendent que, quand on marche dans la (mettez vous même le mot propre), ça porte bonheur. Ce n'est toujours pas quand c'est dans celle du cheval. Lisez plutôt.

Dernièrement, un charretier entre dans le service du professeur Verneuil avec le tétanos. On cherche partout comment le tétanos a éclaté chez cet homme : il avait une petite plaie au pied; le pied était dans un vieux soulier percé, sale, rempli de détritus chevalins; on coupe la semelle en deux, au niveau du trou; une moitié est examinée au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, l'autre au laboratoire du professeur Straus; des deux côtés le microscope décèle le bacille de Nicolaier et les inoculations font mourir les cobayes de tétanos. Donc le soulier était infecté et portait en lui les germes du tétanos, germes qu'il avait pris dans le fumier et qui avaient infecté la plaie.

Comme les hasards de la clinique produisent souvent de ces rencontres bizarres, un second cas du même genre vient d'être observé dans le même service. Et j'en connais un troisième qui a été publié l'an dernier par deux élèves du professeur Sormani, de Pavie. Un garçon menuisier de 11 ans s'enfonce dans le pied un petit clou, qui est aussitôt retiré par la mère. La plaie suppure un peu, mais le garçon qui avait continué à travailler est pris, au neuvième jour, d'un tétanos qui l'emporte. On cherche, et que

former des ulcérations d'une étendue considérable; mais, assez souvent, les parties les premières atteintes se cicatrisent au fur et à mesure que le liseré ulcéreux périphérique s'avance vers de nouvelles régions; on se trouve alors en présence d'une ulcération circinée dont les bords présentent quelquefois d'une façon très nette la disposition en arcs de cercle entrecoupés, caractéristique des lésions syphilitiques tardives.

La bande ulcéreuse périphérique, limitrophe d'une telle lésion, est habituellement recouverte d'une croûte épaisse et adhérente qu'il est nécessaire de faire tomber pour découvrir l'ulcération ; celle-ci se présente sous forme d'une bandelette fort étroite dans laquelle on peut relever les mêmes caractères que je vous signalais dans l'ulcération de forme ecthymateuse; mêmes bords taillés à pic, même fond irrégulier et suppurant. Les tissus limitrophes de l'ulcération conservent souvent leur état normal et toute leur souplesse, ne présentent pas la moindre trace d'induration syphilitique ou inflammatoire; tout au plus sont-ils, dans quelques cas, entourés d'une auréole peu étendue d'empâtement phlegmoneux. L'induration chondroïde syphilitique fait toujours complètement défaut; on peut parfois percevoir une légère résistance parcheminée. En un mot, Messieurs, dans certaines formes phagédéniques comme dans la forme ecthymateuse de la syphilis tertiaire du fourreau, le processus hyperplasique fait complètement défaut ou est pour le moins fort peu accentué, bords et fond de l'ulcération présentent des analogies frappantes avec celles de la chancrelle phagédénique, et le diagnostic peut être fort difficile entre l'une et l'autre affection.

Quand le processus hyperplasique s'accentue dans la syphilis tertiaire du fourreau et vient à prédominer sur le processus ulcéreux, l'aspect des lésions devient absolument différent et les erreurs de diagnostic possibles sont tout autres, elles ont plus souvent lieu avec le chancre induré qu'avec le chancre simple.

Dans les formes scléro-ulcéreuses de la syphilis tertiaire, le noyau d'induration se produit le premier pendant un certain temps à l'état isolé; ce

---

trouve-t-on? Le soulier était percé, comme celui du charretier précité; le clou était entré par le trou et de là dans le pied. Lorsque le soulier fut apporté au laboratoire de M. Sormani, on trouva autour du trou, à l'intérieur, de la terre encore teintée de sang; cette terre fut inoculée à des lapins, qui prirent le tétanos type; donc, le pauvre petit bonhomme portait comme le charretier, dans son soulier, les microbes du tétanos qui se hâtèrent de proliférer et de le tuer quand ils eurent pénétré dans l'organisme. Eh bien, c'est moi qui vais maintenant faire attention à mes chaussures, et quand j'y verrai un trou, ou que les semelles seront percées, je me hâterai d'aller les enfouir dans un jardin quelconque, n'en ayant pas moi-même à ma disposition, ou dans un égoût, où les microbes se trouveront en bonne compagnie. Peut-être feront-ils comme ceux dont parle le *Figaro*. — Mais, quoi donc? — Comment, vous ne savez pas?

Deux garçons de laboratoire vont et viennent, balayant et époussetant.

— Dis donc, Charles, pourquoi l'eau fait-elle tant de bruit sur le feu?

Charles, sans hésiter : « Ça doit être les microbes qui gueulent. »

Eh bien, s'ils en font autant dans l'égoût, ça me sera bien égal.

Mais, pour en revenir au tétanos, voyez quelles choses curieuses et inattendues peuvent résulter du fait de l'infection de la chaussure. Un Monsieur se blesse dans un endroit où jamais un cheval n'a mis le pied, en haut de la Tour Eiffel, par exemple, ou dans un ballon, ou sur un navire (je prends cet exemple à dessein, puisqu'on a prétendu que le tétanos ne pouvait pas venir des chevaux, attendu que sur les navires, où il n'y avait jamais eu de chevaux, on avait quand même observé le tétanos); donc un homme ou

©BIU Santé

n'est qu'ultérieurement et consécutivement que l'ulcération se produit à son niveau. Pendant la période préulcéreuse, on se trouve en présence d'un néoplasme syphilitique qui peut se présenter sous la forme de nodules ou sous la forme d'infiltrations; et cette dernière variété est de beaucoup plus fréquente que la première.

Le processus syphilitique n'offre, dans la région du fourreau, rien qui le distingue de ce qu'il est dans les autres régions de la peau.

Les nodules syphilitiques gommeux naissent dans les parties profondes de la peau, qui est, au début, saine; à leur niveau, ils glissent facilement au-dessus des corps caverneux, dont ils sont indépendants; puis ces nodules se rapprochent progressivement de la surface de la peau et constituent des tumeurs dans lesquelles on peut quelquefois percevoir une fausse fluctuation : la peau devient violacée, s'amincit et, enfin, se rompt, laissant écouler une matière gommeuse, jaunâtre, pleine de grumeaux, puriforme plutôt que purulente; une cavité se trouve formée, qui communique à l'extérieur par un ou plusieurs pertuis fistuleux; c'est l'évolution régulière et banale de la gomme syphilitique; quelquefois, un processus ulcéreux très accusé envahit la tumeur et il se forme à son niveau, à la suite d'une sorte de nécrose en masse, un cratère profond à large ouverture; dans quelques cas, heureusement les plus rares, l'ulcération prend les allures d'un ulcère phagédénique ambulant.

Les nodules syphilitiques du fourreau peuvent se présenter isolés ou réunis en groupes offrant plus ou moins, dans leur ensemble, les figures annulaires propres aux lésions de la syphilis; sur le fourreau, la forme infiltrée est au moins aussi fréquente que la forme nodulaire; elle se développe de préférence à la base de la verge, qu'elle entoure d'un anneau ligneux inextensible ou au niveau du prépuce, qu'elle convertit en une coque épaisse et solide, en un tube résistant, qui masque le gland renfermé dans sa cavité et en rend le palper difficile ou impossible.

L'infiltration syphilitique, d'abord profonde, se rapproche progressivement de la surface; la peau, ordinairement libre et mobile au-dessus

---

une femme quelconque se blesse dans un de ces endroits-là, et prend le tétanos. Tout le monde s'exclame : « Mais où est le cheval? » — Pardon, vous pouvez chercher, vous ne le trouverez pas. Mais le cheval n'est plus ici nécessaire; le blessé portait des chaussures trouées; par le trou sont entrés des détritus de fumier, avec accompagnement de microbes et, lorsque le blessé s'est blessé, les microbes sont entrés dans sa peau, et en ont chassé la vie peu à peu, jusqu'à la mort *inclusive*. Il portait sur lui le tétanos, absolument comme on peut porter dans sa poche un revolver et un flacon d'acide prussique, qui restent inoffensifs jusqu'au jour où les conditions nécessaires à leurs effets fatals se réalisent : le revolver part, et vous vous campez une balle dans la poitrine, ou vous ouvrez le flacon d'acide prussique et vous en avalez le contenu.

M. Sanchez Toledo a encore trouvé une manière plus drôle de porter sur soi le tétanos. Un ouvrier prend le tétanos a la suite d'une blessure du pied, et meurt. On ampute le pied et on l'envoie au laboratoire, où on fait des cultures et des inoculations avec le pus et les parois de la plaie : tout reste stérile. La plaie avait été pansée à l'iodoforme qui tue admirablement les bacilles de Nicolaier et neutralise la plaie; malheureusement le pansement avait été fait trop tard, et on avait laissé aux microbes le temps de pénétrer dans l'organisme et d'y proliférer. D'où provenaient donc ces microbes? Le pied était sale; sous les ongles, et en particulier celui du gros orteil, exsitait un amas de matière noirâtre qui avait dû s'y accumuler depuis des semaines; M. Sanchez Toledo recueillit cette matière, l'inocula à des cobayes et leur donna le plus beau tétanos qu'il soit possible de rencontrer. Encore un qui portait le tétanos sans le savoir, et qui en est mort

© U Santé

d'elle, est envahie par la profondeur et perd sa mobilité; elle s'épaissit et devient tendue, de couleur rouge sombre, sans présenter aucun phénomène inflammatoire franc, ni sensibilité, ni douleurs spontanées ou provoquées, ni élévation de température; sur un ou plusieurs des points les plus saillants, on arrive à percevoir une fluctuation de jour en jour plus manifeste; la peau devient mince, violacée, blanche; enfin, elle se rompt en un ou plusieurs points et laisse écouler un liquide gommeux, composé d'une sérosité épaisse entraînant avec elle des grumeaux blanchâtres, parfois de véritables bourbillons; la ou les ouvertures de la peau conduisent à une cavité sous-cutanée irrégulière, aplatie, à parois anfractueuses, à surface grisâtre formée par la peau décollée dans une plus ou moins grande étendue; dans le cas de trajets fistuleux multiples, ceux-ci peuvent communiquer entre eux sous la peau non détruite; il y a production, à la base de la verge ou au niveau du prépuce, de décollements plus ou moins étendus de la peau analogues à ceux que produisent les phlegmons diffus sous-cutanés, mais se distinguant très nettement de ces derniers par la phlegmasie absolue, l'indolence de la lésion pendant toute la durée de son évolution; en effet, depuis le commencement de son développement jusqu'à ses périodes destructives les plus avancées, une telle affection ne provoque aucune douleur, ne s'accompagne d'aucun mouvement fébrile, d'aucune rougeur inflammatoire; la déformation des parties, la gêne du fonctionnement de l'organe sont les seuls accidents par lesquels elle manifeste son existence.

Le gland est assez souvent atteint par la syphilis tertiaire; ses lésions les plus remarquables sont le syphilome en cuirasse, les ulcérations chancrelloïdes, le syphilome du méat.

La syphilis en cuirasse du gland est due à la production, à la surface de celui-ci, de nappes d'induration dont le développement est assez fréquent dans ce point des organes génitaux; le plus souvent, ce sont des nappes peu étendues, ne dépassant guère les dimensions d'une pièce d'un ou de deux francs, peu épaisses, occupant les parties latérale ou supérieure de l'organe; mais, dans quelques cas, la lésion s'étend à toute la surface du

---

sans avoir jamais su que son plus grand tort était d'avoir les pieds sales. Conclusion : Lavez-vous le plus souvent possible les pieds et nettoyez-vous les ongles..... antiseptiquement. Vivent l'antisepsie et la propreté..... Si en outre de cela vous voulez sentir bon, vous savez, ma seringue de Pravaz et mes essences sont à votre disposition.

***

Mais me direz-vous, tout cela, ce sont des cas rares. Pas du tout. D'abord, qu'est-ce qu'un cas rare? Toutes les fois qu'on prononçait le mot de cas rare en sa présence, Velpeau s'écriait : « Il n'est pas de cas rares, c'est notre ignorance qui nous le fait croire. » Et il avait raison. Et il racontait à ce propos que quand il était étudiant on avait créé exprès un cours de cas rares pour donner une place à un certain Martin, très favorisé par le ministre de l'instruction publique d'alors.

Mais il se passa quelque temps avant que Martin commençât son cours, impatiemment attendu par tout le monde. Le ministre, l'ayant appris, fit appeler Martin et lui dit : « Monsieur Martin, voici déjà quelque temps que vous êtes nommé titulaire de la nouvelle chaire que j'ai créée exprès pour vous, car il n'y en avait pas de vacante, et vous n'avez pas encore commencé votre cours.

— C'est vrai, Excellence, répondit Martin, mais vous avez eu la bonté de me nommer professeur de cas rares; comme je n'en ai pas trouvé jusqu'à présent, je ne puis commencer mon cours. »

©BIU Santé

gland, qu'elle convertit en une masse rigide ayant perdu toute souplesse et ne cédant plus sous le doigt qui le comprime.

La marche de telles indurations est ordinairement lente, et il est habituel de les voir persister pendant des semaines et des mois sans grande modification, sans causer grande inquiétude au malade, qui s'habitue facilement à la présence de ce mal survenu lentement et sans souffrance; si le diagnostic est porté par le médecin, la résolution s'opère sous l'influence du traitement spécifique; sinon, après un certain temps, l'ulcération se produit sur un ou plusieurs points de la surface donnant naissance à des ulcérations d'aspect chancriforme.

Chez un certain nombre de malades, le processus ulcéreux prend, au niveau du gland, le pas sur le processus hyperplasique; alors il se produit des ulcérations suppurant abondamment, creusées comme à l'emporte-pièce, entamant profondément la substance du gland, à bords anfractueux, à contours irrégulièrement dessinés, à base non indurée et qui peuvent facilement être confondus avec des chancres simples; dans d'autres cas, le processus ulcéreux reste beaucoup plus superficiel et revêt l'allure des affections circinées; une ulcération petite, revêtue d'une croûte brunâtre, se forme à la surface du gland; bientôt cette ulcération progresse et s'étend, généralement, avec rapidité; les parties, les premières atteintes, se cicatrisent au fur et à mesure que l'ulcération s'élargit, et il en résulte des surfaces cicatricielles limitées par un liseré ulcéreux et croûteux présentant souvent d'une façon très nette les bords polycycliques caractéristiques des lésions syphilitiques. Le liseré ulcéreux périphérique est, en général, très étroit, mesurant de 1 à 3 millimètres de largeur; il est recouvert d'une croûte sèche, brune, très adhérente, après la chute de laquelle on découvre une surface légèrement érodée ou une surface déjà cicatrisée; le processus ulcéreux, malgré sa grande tendance à progresser rapidement en étendue, reste ici très superficiel; mais sa nature se révèle très clairement par la disposition annulaire des bords.

Quand le syphilome se développe au niveau du méat, il appartient fré-

---

— « Ce cours, bien entendu, n'a jamais commencé », observait le grand maître avec son malicieux sourire.

Et voilà comme quoi les cas rares sont moins rares que le vulgaire veut bien le croire. Il en est probablement de même des cas de tétanos par solution de continuité de la semelle des souliers des tétaniques. Et même les solutions de continuité ne sont pas nécessaires. En temps de guerre, alors que les soldats ont pataugé dans la boue, dans les terres labourées pendant plusieurs jours de suite, qu'ils manquent des soins de propreté les plus élémentaires, que leurs chaussures sont remplies *intus et extra* de toutes sortes de choses, si l'on vient à mettre un grand nombre de blessés ensemble, ne peuvent-ils se communiquer les uns aux autres les germes pathogènes que le défaut de soins de propreté a accumulés dans leurs vêtements et dans leurs chaussures? Et ainsi naissent, peut-être avec l'aide du froid, ces épidémies de tétanos qu'on a pendant longtemps attribuées au froid seul. Mais évidemment le froid n'est pas le plus grand coupable.

Maintenant qu'il est bien entendu que le tétanos est une maladie infectieuse, que son microbe est connu et cultivé dans tous les laboratoires, vous verrez qu'on ne tardera pas à savoir toute son histoire, depuis A jusqu'à Z. C'est moi qui vous le dis.

SIMPLISSIME.

quemment aux formes ulcéreuses; le processus ulcéreux remplace rapidement le processus hyperplasique et est beaucoup plus accusé que lui. Quand la période ulcéreuse est survenue, l'induration peut être complètement détruite, devenir nulle et imperceptible au palper, ou persister sous forme de simple lamelle parcheminée. On se trouve en présence d'une ulcération circulaire en entonnoir, occupant le sommet du gland, faisant tout le tour de l'urèthre, à fond gris jaunâtre, suppurant assez abondamment, pouvant se prolonger à l'intérieur du canal et présentant une tendance très marquée à l'extension rapide; aussi l'extrémité du gland est-elle, en pareil cas, détruite assez promptement dans une plus ou moins grande étendue; le canal de l'urèthre est rétréci dans ses parties antérieures et le siège d'un suintement visqueux, facilement sanguinolent. Après guérison, il reste un gland décapité dans une plus ou moins grande étendue, présentant à son sommet un entonnoir conique d'aspect cicatriciel qui n'est autre que l'entrée du canal, déformée par le processus ulcéreux; l'ouverture de l'urèthre reste généralement rétrécie. (*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Valeur analgésiante de l'exalgine, par le docteur Fraser (*Revue hebdomadaire de thérapeutique*, 1890, 36.) — A l'*Edimburgh royal Infirmary*, on a fait des expériences thérapeutiques avec l'exalgine : Dans 88 cas d'affections douloureuses variées, névralgie faciale, sciatique, ataxie locomotrice, synovite tendineuse, cancer abdominal, anévrysme de l'aorte. Dans 77 cas, on a obtenu l'effet analgésiant désiré. L'exalgine était administrée par prises de 5 à 10 centigrammes, répétées toutes les deux heures à la dose quotidienne maxima de 1 gramme.

L'efficacité du médicament a été surtout remarquable dans les cas de névralgies, quand la médication était appliquée avec persévérance.

M. Fraser conclut en fin de compte que, si l'exalgine ne réussit pas à calmer toute espèce de douleur, par contre son emploi est inoffensif.

Voici comment l'exalgine était administrée à l'hôpital d'Edimbourg. On formulait :

Rec. Exalgine	2	grammes.
Alcool de vin rectifié	20	—
Eau distillée	150	—
Sirop simple	30	—

M. — A prendre toutes les deux heures une cuiller à thé jusqu'à cessation de la douleur.

Il ne faudrait pas cependant prendre au pied de la lettre, ce que dit M. Fraser de l'innocuité de l'exalgine ou méthyl-acétanilide. Sans doute ce médicament exerce sur l'hémoglobine du sang une action moins délétère que l'acétanilide ou antifébrine, dont il dérive. Mais cette action sur l'hémoglobine n'en existe pas moins, ainsi qu'il résulte des expériences faites sur des animaux par M. Paudineau, en France. La vérité est que, l'analgésine, sans être inoffensive, expose à moins d'inconvénients et moins de dangers que l'antifébrine. La cyanose, les nausées et les vomissements ne se montrent que lorsqu'on dépasse les doses indiquées ci-dessus. Ajoutons que M. Hepp (*Progrès médical*, 1889, n° 39) a vu survenir des accidents convulsifs chez une phthisique qui avait 0,25 + 0,50 d'exalgine. — P. N.

De la constipation et de l'aliénation mentale (*Paris médical*, 1890). — Dans une thèse intéressante de Lyon, M. Fevat étudie les faits de ce genre et conclut en disant : Il existe normalement dans le gros intestin des matières toxiques, comme l'ont prouvé les travaux de l'Ecole moderne.

©BIU Santé

Ces produits toxiques, sous l'influence de l'alimentation, de troubles dans les actes de la digestion ou de perturbations diathésiques de la nutrition, peuvent augmenter comme quantité, soit que leur fabrication soit plus active, soit qu'il y ait accumulation par insuffisance des émonctoires naturels ; leur qualité toxique peut être également accrue.

La rétention des matières fécales favorise la pénétration de ces toxiques dans l'économie.

Ces produits toxiques sont la cause de phénomènes nerveux chez les aliénés constipés. La constipation peut, à elle seule, ou sans l'influence de l'hérédité, créer de toutes pièces les troubles mentaux. Dans un grand nombre de cas elle contribue au moins à les entretenir.

L'état mental et l'état de constipation ont très souvent une courbe parallèle.

Le traitement de la constipation améliore l'état nerveux ou mental, alors que les médicaments réputés actifs vis-à-vis du système nerveux sont restés impuissants.

Il est plus important qu'on ne le pense généralement chez les nerveux et les aliénés, de veiller d'une façon constante à ce que l'expulsion fécale se fasse normalement.

Ces idées ne sont pas nouvelles, mais il est bon de revenir aux vieilles idées, alors que la rigueur de l'expérimentation moderne a corroboré la finesse de l'observation ancienne.

Le traitement de la constipation doit être surtout causal et viser l'état général très souvent. L'antisepsie intestinale doit être faite quand il existe des signes d'intoxication. Les purgatifs ne doivent être considérés que comme des évacuants propres à préparer la voie au traitement causal. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 juillet 1890. — Présidence de M. Abadie.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit les journaux et revues de la quinzaine.

M. de Beauvais : J'ai l'honneur d'offrir à la Société un exemplaire du rapport officiel que j'ai adressé au Ministre de l'Intérieur sur l'application et les effets du régime cellulaire à Mazas. Ce travail est le résumé fidèle de mes observations depuis vingt ans que je dirige le service médical de cette prison. Au point de vue sanitaire général, je constate que le système cellulaire n'est pas préjudiciable à la santé des prévenus entrés bien portants, même à la suite d'un séjour assez prolongé, un an et plus.

Les maladies spontanées sont peu fréquentes à Mazas, et la mortalité y est moins grande que dans les prisons en commun. Des maladies, soit contagieuses, soit infectieuses, sous forme sporadique ou sous forme épidémique, sont très rares à Mazas, alors même que celles-ci sévissent dans les arrondissements limitrophes et les hôpitaux voisins, telles que fièvre typhoïde, scarlatine, variole, rougeole, diphthérie, choléra en 1884, grippe en 1889. A propos de cette dernière maladie, dont nous donnons une relation très détaillée dans ce mémoire, nous prouvons que l'isolement cellulaire a préservé les détenus, tandis que l'épidémie a frappé le personnel des bureaux, des gardiens, tous ceux qui ont été en contact direct avec les malades venus du dehors.

Les maladies les plus communément observées à Mazas sont les affections dues au froid, à l'humidité et au régime alimentaire réglementaire, ainsi qu'à l'absence de vin et à la mauvaise qualité de l'eau, qui n'est filtrée que depuis 1890.

Depuis vingt ans, le scorbut ne s'est manifesté que deux fois, en 1871 et en 1877.

La srofule est la seule maladie constitutionnelle que le régime cellulaire semble provoquer et activer d'une manière toute particulière chez les sujets lymphatiques et prédisposés, par le défaut d'aération, d'exercice musculaire et par l'insuffisance du régime alimentaire. La scrofule revêt parfois, à Mazas comme dans les autres prisons, la forme épidémique.

On comprend l'importance de l'isolement pour les tuberculeux, qui sont des foyers de contagion pour ceux qui cohabitent avec eux.

Deux graves et importantes questions m'ont été soumises à propos de la folie et du suicide.

Le régime cellulaire a-t-il, comme l'a dit M. le député Millerand à la Chambre, une influence fatale, désastreuse sur l'état mental des personnes? Peut-on lui attribuer les accès de folie de tout genre qu'on y remarque annuellement? Dans ce mémoire, nous avons pu démontrer qu'en dehors des fous entachés d'hérédité, d'alcoolisme ou d'épilepsie, nous n'avons constaté, pendant vingt-ans, que des troubles cérébraux passagers, sans gravité, chez les prévenus écroués à Mazas. Pour nous, la folie pénitentiaire, dans le sens absolu du mot, est tout à fait exceptionnelle.

Quant aux suicides, ils ont diminué dans la proportion d'un tiers depuis ces vingt dernières années, malgré la surexcitation mentale des prisonniers incarcérés à Mazas, surexcitation due aux angoisses de la prévention, de l'instruction, de l'isolement, du remords, de la crainte du déshonneur. Le chiffre moyen est de 3 par an sur une population mobile de 7 à 8,000 personnes. Dans certaines années, il n'y a pas eu de suicide; dans d'autres, un seul. On peut donc dire que le suicide est relativement rare à Mazas. Nous signalerons une cause nouvelle de suicide dans les prisons, c'est la morphinomanie.

Nous dirons, en terminant, que le régime cellulaire est aujourd'hui bien supporté, que l'impression d'effroi qu'il causait au début de son introduction s'est émoussée; en un mot, les détenus s'y sont habitués, la prévention cellulaire est passée dans nos mœurs, et rend, à coup sûr, des services plus grands que ses inconvénients et ses dangers, au point de vue moral comme au point de vue physique.

— M. Delasiauve fait une communication sur les méthodes de classification à employer en aliénation mentale.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions, consignations et travaux pratiques pour le 1er trimestre de l'année scolaire 1890-91.*

I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 16 octobre. — Il sera clos le samedi 22 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première, de deuxième, de troisième années de doctorat, de première et de deuxième années d'officiat, les jeudi 16, vendredi 17, samedi 18, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24, samedi 25, mercredi 29, jeudi 30, vendredi 31 octobre, et les mercredi 5, jeudi 6, vendredi 7, samedi 8, mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14, samedi 15 novembre;

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21 et samedi 22 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 18 novembre 1890.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat

©BIU Santé

de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1889-90. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 13 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 13 et le mardi 14 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale; sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant 16 inscriptions;

2° Les docteurs français;

3° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

(Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. *Cartes d'étudiants.* — Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1890-91, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

Hôpitaux de Paris. — *Jury de l'internat :* MM. Robin, Letulle, Raymond, Jalaguier, Tuffier, Polaillon, Champetier de Ribes.

Jury de l'externat : MM. Siredey, Babinski, Variot, Charrin, Broca, Chaput, Walther.

Concours de l'internat en médecine. — *Avis.* — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le mercredi 15 octobre, à midi, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu annexe (bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu, entrée rue de la Bûcherie, 33).

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria.

Concours pour le prix Civiale. — La date de la remise des mémoires présentés par MM. les élèves devant concourir pour le prix Civiale, qui avait été primitivement fixée au 15 octobre courant, est reportée au 25 décembre 1890.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boggs (de Paris), Bourguet (de Béziers), Olive (de Marseille), Pernin (de Marchaux).

Société de médecine de Paris. — Séance du 11 octobre 1890. — *Ordre du jour :* Communications diverses.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. La cholécystentérostomie. — II. Sociétés et Congrès. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Formulaire. — V. Courrier.

La cholécystentérostomie.

Nos lecteurs ont pu voir que la chirurgie du foie avait été l'objet, dans les dernières séances de l'Académie, d'importantes communications dues à MM. Terrier et Périer. L'intervention chirurgicale, dans un certain nombre d'affections hépatiques, et spécialement dans la lithiase biliaire, a, en effet, été suivie, dans beaucoup de cas, de si beaux succès, que le médecin doit bien savoir qu'il ne faut pas trop s'attarder, dans les tumeurs biliaires ou les obstructions calculeuses graves, à un traitement purement médical trop souvent inutile. Parmi les opérations récemment conseillées, l'une des plus ingénieuses est certainement la cholécystentérostomie, que nous allons étudier d'après le travail inaugural de M. Delagenière.

I

La cholécystentérostomie est l'abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin.

En 1880, Nussbaum conseilla cette opération pour rétablir le cours de la bile dans le cas de rétention. La même année, Winiwarter (de Liége) eut à soigner un cas d'obstruction du canal cholédoque et songea à réaliser la cholécystentérostomie. Mais son opération fut aussi mal conçue que mal exécutée ; son malade eut successivement une fistule biliaire et deux fistules stercorales ; ce n'est qu'un an et demi après la première intervention que l'on put le considérer comme guéri. Georges Harley, en 1883, proposa de placer de la potasse caustique entre les parois adjacentes de la vésicule biliaire et du duodénum pour les réduire dans le ventre après les avoir cousues ensemble ; la fistule en résultant établirait la communication. Un an plus tard, Gaston d'Atlanta étudia d'abord théoriquement l'abouchement de la vésicule biliaire et du duodénum, puis essaya d'appliquer son procédé chez le chien. Le même auteur publia ensuite un second mémoire dont l'apparition fut précédée de celle d'un travail important de F. Colzi (de Florence) ; ce dernier pratiqua aussi des expériences chez le chien et obtint des résultats très complets ; son procédé fut suivi par Monastyrki et Kappeler, les deux premiers chirurgiens qui firent la cholécystentérostomie.

L'opération fut faite, en effet, pour la première fois par Monastyrki le 4 mai 1887 et, pour la seconde fois, par Kappeler, le 6 juin de la même année. Les deux malades étaient atteints d'une tumeur de la tête du pancréas, et la fistule fut établie, dans les deux cas, dans une anse d'intestin grêle. La troisième opération est due à Socin (de Bâle), et date du 19 novembre 1887. Vinrent ensuite Bardenheuer, qui réussit probablement à établir une fistule duodéno-cystique, Mayo Robson (de Leeds) et, enfin, M. Terrier.

©BIU Santé

II

Deux opérations sont habituellement pratiquées lors d'intervention chirurgicale sur les voies biliaires : la cholécystotomie et la cholécystectomie.

a) Dans la cholécystotomie, on fait l'ouverture de la vésicule (J.-L. Petit, — Marion Sims, — Lawson-Tait). L'opération est exécutée généralement en un temps et a pour but d'enlever de la vésicule les calculs qu'elle peut contenir; elle est suivie du développement d'une fistule biliaire. La cholécystotomie est très bénigne, et Lawson-Tait, opérateur exercé, il est vrai, n'a eu que 3 morts sur 55 opérations.

Quand l'opération est faite dans un cas de lithiase biliaire et qu'il n'y a pas d'obstruction du cholédoque, la fistule disparaît spontanément ou est facilement obturée par une autoplastie. Mais, s'il y a oblitération calculeuse, les conditions sont beaucoup moins favorables. On pourra tenter très prudemment de faire arriver le calcul dans la vésicule, mais souvent on échouera ou il se produira des accidents très graves (déchirure du conduit dans un cas de Trélat). Si donc les calculs restent dans le canal cholédoque ou dans le canal cystique, on aura une fistule laissant écouler de la bile ou du mucus. Les calculs peuvent encore être enclavés dans les canaux hépatiques ou dans la glande, et alors la cholécystotomie est inutile. Naturellement, ces considérations s'appliquent aux cas où l'occlusion des canaux est due à d'autres causes qu'à la présence de calculs.

On peut faire la cholécystotomie en deux temps, ou bien encore à suture perdue (ideal cholecystotomy des Américains); mais nous ne voulons pas faire ici l'histoire de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire et nous renverrons, pour l'exposé complet des procédés, aux mémoires de Rodet, Lawson-Tait, Delagenière, etc.

b) La cholécystotomie a comme principal inconvénient la persistance d'une fistule donnant passage soit à de la bile, soit à du muco-pus. Dans ce dernier cas, on pourra obturer l'ouverture anormale par différents procédés; dans le premier, la fermeture de la fistule sera impossible à obtenir si le canal cholédoque ne se désobstrue pas complètement. Aussi Langenbeck a-t-il proposé l'extirpation complète de la vésicule, naturellement dans les cas où le canal cholédoque était perméable. On isole la vésicule des organes voisins et du foie, puis, ce qui est souvent difficile, on dissèque le canal cystique; enfin, on lie le pédicule qu'il forme avec un fil de soie. L'incision de la vésicule est alors faite entre deux ligatures. Le principal danger de la cholécystectomie réside dans le reflux possible de la bile dans le péritoine, si le cholédoque n'est pas parfaitement perméable. En se reportant au compte rendu de la séance de l'Académie du 30 septembre 1890, on verra que M. Terrier a paré à cet accident, qui s'est, en effet, produit dans son cas : 1° en plaçant un drain de moyen calibre du col de la vésicule à la plaie abdominale, à la réunion de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs; 2° en faisant deux sutures qui réunissaient l'épiploon au péritoine pariétal, ce qui isolait en quelque sorte le trajet des drains de la cavité abdominale. La cholécystectomie est simple; mais, bien que cela soit rare, il peut se former dans le tissu hépatique des calculs qui oblitèrent ensuite le cholédoque; le malade est alors atteint d'accidents d'obstruction qui sont incurables.

c) La cholécystentérostomie est une opération plus radicale que les deux autres et n'est pas plus grave qu'elles, puisque sur sept cas bien connus il

© BIU Santé

n'y a qu'un cas de mort, celui de Bardenheuer. Aussi M. Delagenière propose-t-il de la faire le plus souvent possible et pose-t-il les règles suivantes. La cholécystentérostomie est indiquée dans :

1° Tous les cas d'occlusion complète ou incomplète du canal cholédoque ayant amené une dilatation de la vésicule, ou de la rétention biliaire ;

2° Tous les cas d'hydropisie de la vésicule dus à l'occlusion du canal cystique, qu'on ait ou non reconnu la cause, car alors ce n'est plus une fistule biliaire externe qui est à craindre, mais une fistule donnant un écoulement muco-purulent ;

3° Tous les cas de lithiase biliaire à calculs multiples ou à calcul unique enclavé définitivement dans le canal cystique ou dans le cholédoque, à la condition toutefois que les parois de la vésicule ne seront pas trop altérées.

La cholécystotomie sera alors réservée aux cas suivants :

1° Lorsque la vésicule sera remplie de pus sans altération organique de ses parois.

2° Dans les cas de lithiase biliaire à calcul unique et non définitivement enclavé, et lorsque les canaux cystique et cholédoque seront reconnus perméables.

Quelquefois, même dans ces conditions éminemment favorables, il pourra exister une fistule consécutive. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à pratiquer la cholécystentérostomie secondaire.

Enfin la cholécystectomie se trouve indiquée toutes les fois que l'on pourra avoir intérêt à supprimer la vésicule biliaire :

1° Quand ses parois seront dégénérées, ou siège de cancer primitif des voies biliaires ;

2° Quand elles seront altérées par une longue suppuration ;

3° Dans certains cas de fistules muco-purulentes consécutives à la cholécystotomie ;

4° Enfin dans certains cas de calculs volumineux enclavés dans le canal cystique lorsque la vésicule ne contient ni bile ni muco-pus, et que le canal se trouvera enclavé avec la tumeur.

III

Pour poser les indications formelles de la cholécystentérostomie, il faut, le plus souvent, recourir à la ponction exploratrice ou à la laparotomie. La ponction, qui doit naturellement toujours être faite avec un appareil aspirateur, est peu utile parce qu'elle ne permet pas de découvrir exactement la cause des accidents. Des plus, elle est dangereuse, car elle expose au suintement dans la cavité péritonéale du liquide contenu dans la vésicule. Au contraire, l'incision de la paroi abdominale et l'exploration de la cavité séreuse ne présentent aucune gravité quand la laparotomie est faite convenablement ; enfin, si l'intervention est indiquée, cette opération en constitue le premier temps. Il faudra donc, dit Delagenière, recourir à la laparotomie exploratrice chaque fois qu'il existera dans l'esprit, ne fût-ce qu'un doute sur la possibilité d'une lésion opérable, soit du foie, soit des voies biliaires.

L'opération doit naturellement être faite le plus tôt possible avant que l'épuisement du malade ne soit trop prononcé. Rickeets a soutenu que l'état général trop mauvais était une contre-indication. Cependant, comme les opérations pratiquées sur les voies biliaires constituent, la plupart du

©BIU Santé

temps, des traumatismes légers et que le malade est à l'abri du choc opératoire, on pourra, si l'on pense qu'il supportera le sommeil chloroformique pendant trois quarts d'heure, tenter la cholécystentérostomie (Delagenière). La malade de M. Terrier était mourante le jour de l'opération.

IV

Le lieu où doit être faite l'incision de l'abdomen dans les opérations pratiquées sur la vésicule a été très discuté. M. Delagenière préconise l'incision médiane au-dessus de l'ombilic, car ses avantages sont nombreux. C'est celle qui expose le moins aux éventrations consécutives et aux hémorrhagies; elle ouvre la cavité presqu'au niveau de la première portion du duodénum, enfin elle rend l'exploration très facile. Il est vrai qu'elle est un peu éloignée de la vésicule qui, quand il y aura des adhérences, ne pourra être amenée sur la ligne médiane, mais on aura toujours la ressource, en cas de gêne, de faire partir de l'extrémité inférieure de l'incision verticale une deuxième incision transversale intéressant le muscle droit.

On devra tâcher de faire l'abouchement de la vésicule dans le duodénum. On a préconisé le côlon (Williet), qui est plus rapproché de la vésicule, en faisant remarquer de plus que, très souvent, dans les cas anciens d'obstruction biliaire, la sécrétion de bile ne se fait plus, et que, au point de vue physiologique, il n'y a pas d'intérêt à choisir une anse plutôt qu'une autre. M. Delagenière fait remarquer avec raison que les lésions profondes du foie sont loin d'être la règle, surtout dans les observations récentes; comme, de plus, le côlon est la portion de l'intestin qui renferme le plus de microbes, c'est cette partie du tube intestinal qui pourra le plus facilement devenir le point de départ d'une infection locale ou générale. Il convient donc d'adopter pour règle de se rapprocher le plus possible de l'estomac et de choisir, si on le peut, le duodénum pour établir l'anastomose.

Le temps qui consiste à chercher la vésicule et l'intestin est le plus délicat de l'opération. Lorsque l'abdomen est ouvert, il faut d'abord attirer la vésicule au dehors, l'entourer de compresses et la débarrasser de son contenu par la ponction ou l'incision. La ponction, faite à l'aide d'un appareil aspirateur, sera suffisante si la vésicule ne renferme que de la bile ou du mucus fluide; mais, s'il y a du muco-pus ou des calculs biliaires, il faudra faire une incision évacuatrice sur le fond de l'organe. L'incision sera transversale et d'une étendue minimum de 15 millim.; elle permettra d'évacuer le contenu du réservoir, de l'explorer avec le doigt, de le nettoyer, etc.

On prendra pour l'intestin les mêmes précautions que pour la vésicule, c'est-à-dire que l'on attirera l'anse au dehors pour l'entourer de compresses bouillies, ensuite on la videra en la pressant entre les doigts. Quand il s'agit du duodénum, l'aide n'a qu'à saisir avec deux doigts le pylore qu'il reconnaît facilement à la petite dépression circulaire qui se trouve à l'union de l'intestin et de l'estomac, puis à l'attirer doucement en haut à travers la plaie; l'intestin se vide presque de lui-même.

Il y a deux procédés pour établir la communication entre l'intestin et la vésicule, et M. Delagenière les décrit dans tous leurs détails.

Le procédé de M. Terrier, ou à un seul rang de sutures séreuses, consiste à circonscrire un petit espace au moyen d'une rangée circulaire de sutures unissant entre elles les séreuses de la vésicule et du duodénum, puis à établir la communication entre les organes dans l'espace laissé libre entre

les sutures. On met en contact la face inférieure de la vésicule avec la face antéro-supérieure de l'intestin, puis on fait dix points de suture. Huit sont placés sur deux rangées antéro-postérieures, de façon à laisser entre ces deux rangées un espace suffisant pour pratiquer la communication; les deux autres sont disposées en bourse aux deux extrémités de cet espace afin de le fermer complètement.

M. Delagenière préconise surtout le procédé de Colzi ou procédé des deux boutonnières réunies par deux rangées de sutures. Voici comment il conseille d'opérer: On pratiquera sur le fond de la vésicule biliaire une incision transversale d'une longueur de 15 millimètres. Cette incision aura pour résultat de créer une boutonnière transversale présentant par conséquent une lèvre antérieure et une lèvre postérieure. Une incision de même longueur exactement sera pratiquée sur l'intestin, pour que la boutonnière qui en résultera corresponde exactement comme longueur et comme direction à la boutonnière de la vésicule. Elle aura donc comme elle une lèvre antérieure et une lèvre postérieure. Pour établir la fistule, il faut unir entre elles les deux lèvres antérieures et les deux lèvres postérieures. Pour cela, quatre rangées de sutures sont nécessaires; chaque rangée doit comprendre de cinq à sept fils de fin catgut ou de soie fine; on pourra employer indifféremment une aiguille ordinaire ou une fine aiguille de Reverdin.

Pour unir les deux lèvres postérieures, on fait d'abord une première rangée de sutures séreuses; chaque fil sera conduit perpendiculairement à la boutonnière, sans atteindre les muqueuses, et passera à 4 ou 5 millimètres du bord libre de l'incision, aussi bien sur l'intestin que sur la vésicule, étant introduit à 4 ou 5 millimètres plus en dehors. On placera cinq ou six fils, de telle sorte que, lorsqu'ils seront serrés, les séreuses de la vésicule et de l'intestin soient accolées ensemble sur une étendue de 4 à 5 millimètres, à 4 ou 5 millimètres des deux bords libres des lèvres postérieures. Lorsque les fils de ce premier rang de suture seront serrés, on passera au deuxième rang ayant pour but d'unir entre elles les deux muqueuses au niveau du bord libre des deux lèvres postérieures. Pour cela, il suffira de traverser complètement les deux lèvres postérieures avec le fil à 1 ou 2 millimètres du bord libre, puis de le nouer; six fils seront ainsi placés. On obtiendrait le même résultat avec une suture à surjet qu'on arrêterait au niveau des angles. Pour bien fermer l'orifice à cet endroit, il faudra y placer un fil unissant les deux muqueuses. Les deux lèvres postérieures seront donc réunies par deux rangs de suture, l'un unissant les séreuses, l'autre les muqueuses. Les deux lèvres antérieures devront être unies de la même façon, mais on appliquera en premier le rang des sutures muqueuses. Chacun des points sera fait en traversant à 1 ou 2 millimètres de son bord libre la lèvre antérieure de l'intestin de dehors en dedans. Le fil sera ensuite passé de la même façon à travers les parois de la vésicule, mais de dedans en dehors, de telle sorte qu'en nouant les fils extérieurement, les muqueuses se trouveront réunies. A ce moment, la fistule sera complètement fermée; si on a le moindre doute sur l'occlusion complète, on placera un ou deux fils supplémentaires. Enfin, on fera le quatrième rang de sutures en arrière de celui qui vient d'être fait. Chaque fil pénétrera à travers la séreuse de l'intestin dans l'épaisseur de la musculeuse, sans atteindre la muqueuse, à 5 ou 6 millimètres en arrière du troisième rang des sutures. On le fera ressortir à 1 ou 2 millimètres de ces sutures pour le faire pénétrer de la même façon dans l'épaisseur de la paroi de la

©BIU Santé

vésicule. En fermant ces fils, on adossera le péritoine des deux organes en arrière des sutures muqueuses, de telle sorte que la ligne de défense péritonéale soit complète. Au niveau des angles, pour parfaire la défense, on pourrait placer des fils en bourse. Pour ces fils, l'aiguille pénétrera d'abord dans l'intestin sous la séreuse, dans la musculeuse, sans intéresser la muqueuse, cheminera ainsi pendant quelques millimètres, sortira alors pour pénétrer encore une fois quelques millimètres plus loin dans les mêmes parois intestinales ; elle sera ensuite conduite de la même façon dans l'épaisseur des parois de la vésicule; les deux chefs du fil, une fois noués, assureront la fermeture.

Le procédé des deux boutonnières établit entre la vésicule et le duodénum une communication capable de recevoir le bout du doigt, et les muqueuses des deux organes sont en continuité l'une avec l'autre, ce qui est très favorable pour éviter la rétraction progressive de la fistule et peut-être son occlusion.

Naturellement, l'opération sera faite selon toutes les règles : antisepsie intestinale préalable avec le naphtol β administré pendant cinq à six jours, antisepsie minutieuse pendant l'acte opératoire, hémostase très soignée, etc. Quand la vésicule est adhérente, le chirurgien se donnera du jour par une deuxième incision, ainsi que nous l'avons dit plus haut, et se décidera suivant les cas.

M. Delagenière n'est pas partisan du cathétérisme des canaux cystique ou cholédoque pratiqué avec une sonde molle ; le palper fournit, pour lui, des renseignements suffisants. Il faut pénétrer jusque dans l'hiatus de Winslow, afin de rechercher si l'obstruction ne tient pas à une tumeur de la tête du pancréas. Très souvent, il arrive que l'on ne peut reconnaître la cause des accidents; l'opération sera quand même indiquée.

Les résultats immédiats de la cholécystentérostomie s'observent rapidement : l'ictère s'atténue, les selles se colorent de nouveau, etc. Consécutivement, il n'y a qu'un résultat palliatif s'il s'agit d'une tumeur maligne, mais la guérison complète peut être espérée dans le cas d'occlusion du cholédoque par calcul, cicatrices, etc. Anatomiquement, on a constaté chez le chien que la vésicule se transforme en un canal et qu'il se forme une valvule à son orifice intestinal.

Nous avons tenu à donner une description détaillée de la cholécystentérostomie, car cette opération, non décrite encore dans les Traités classiques, nous paraît répondre à un grand nombre d'indications et sera sans doute exécutée de plus en plus fréquemment.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD (1er SEMESTRE 1890).

SOMMAIRE : Sclérose latérale amyotrophique. — Le clou phymique. — Calculs urinaires. — Toxicité de l'acide borique. — Endocardites infectieuses. — Lithiase biliaire.

M. CURTIS a présenté une observation de *sclérose latérale amyotrophique* évoluant d'une façon un peu différente de la maladie de Charcot. En effet, la symptomatologie changeait selon que l'on examinait le malade par en bas ou par en haut. Les membres inférieurs avaient conservé leur volume, leur aspect normal, mais la marche était devenue

©BIU Santé

impossible par suite de fortes contractures spasmodiques des masses musculaires de la jambe. Au repos, les réflexes rotuliens étaient exagérés et la flexion brusque du pied amenait une trépidation rythmique plus prononcée à droite qu'à gauche. Enfin, même au repos, le malade accusait parfois des contractions vives dans la région des mollets. Les membres supérieurs étaient bien différents et se montraient d'une maigreur extrême. Les muscles étaient considérablement atrophiés, surtout à la main qui, devenue impotente par suite de la disparition presque totale de l'éminence thénar et de l'éminence hypothénar, présentait un aspect squelettique. Sous l'influence du froid ou d'une cause mécanique, les muscles de ces régions étaient parcourus par de petites contractions fibrillaires. Le malade présentait, en outre, quelques symptômes de paralysie labio-glosso-laryngée.

M. Curtis a pensé qu'il s'agissait d'un cas de sclérose latérale amyotrophique. En effet, les troubles des membres inférieurs étaient indubitablement dus à la sclérose des cordons latéraux; l'atrophie des bras, des mains, la paralysie labio-glosso-laryngée, bien qu'ébauchée, ne pouvaient se rattacher qu'à une lésion des cornes antérieures et des noyaux bulbaires. C'est là la double altération anatomique qui caractérise la maladie de Charcot. Toutefois, le malade de M. Curtis ne reproduisait par le type décrit par les auteurs; il était, en effet, coupé en deux, pour ainsi dire : sclérosé par en bas, atrophié par en haut par suite des lésions distinctes localisées dans des segments différents de la moelle. Ce serait donc une forme aberrante de sclérose latérale amyotrophique. Une autre hypothèse serait encore admissible dans des cas du même genre, c'est que la sclérose latérale et l'altération des cornes grises, au lieu de dépendre l'une de l'autre, n'aient été que des lésions simultanées produites sous l'influence d'une même cause déterminante.

Il faudrait alors distinguer de la sclérose latérale amyotrophique la sclérose latérale avec amyotrophie.

— MM. Combemale et François ont étudié le *clou phymique*. D'après M. Filleau, il existerait, pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à son début, un signe dont la valeur lui a paru incontestable et qu'il lui a été donné de constater fréquemment. C'est le clou phymique. Il s'agit d'une sensation de douleur en certains points de la poitrine et en particulier au niveau des fosses sus et sous-épineuses, de l'espace scapulo-rachidien, de la pointe de l'omoplate, de la fosse sous-claviculaire, lorsque l'on comprime le pneumogastrique entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien. Cette douleur s'accompagne vite d'une dyspnée de courte durée avec accès de toux brève et saccadée. M. Combemale a recherché ce signe sur 22 tuberculeux, et voici les conclusions auxquelles l'ont amené ses recherches. Sur 22 malades atteints de tuberculose des voies respiratoires à tous les degrés, depuis l'hémoptysie jusqu'à la fonte tuberculeuse complète, le clou phymique dans ces points essentiels, douleurs, dyspnée, toux, n'a pas été retrouvé, si ce n'est dans deux cas où il n'avait pas d'ailleurs la précision désirable.

A ces deux cas non absolument négatifs, M. Combemale en ajoute un troisième, celui d'une personne atteinte de bronchite non tuberculeuse, qui a manifesté l'existence du clou phymique. Cette recherche fit voir que le clou phymique, et par suite sa valeur diagnostique, perd de son importance. Les résultats eussent été moins incertains si on l'avait recherché sur un plus grand nombre de malades. Quoi qu'il en soit, s'il n'est pas constant, le clou phymique se rencontre au moins parfois dans la tuberculose pulmonaire, et, à ce seul titre, il mérite d'être recherché en clinique.

— M. Folet a lu une note relatant deux cas de *calculs vésicaux* datant de l'enfance, où la dureté du noyau était remarquable et telle qu'elle rendait très pénible, ou même impossible, l'opération de la lithotritie. Après avoir exposé les deux observations, en même temps que toutes les péripéties de la tentative d'écrasement par le lithotriteur, M. Folet a passé en revue toutes les observations de ce genre disséminées dans les journaux et dans les thèses. Sur 337 observations de lithotritie réunies par Kirmisson, Desnos et Tisco, il n'en a trouvé que 7 où l'opération a été faite chez des sujets de 18 à 29 ans, et dans 4 cas seulement les symptômes remontaient à l'enfance. Sur ces 4 cas, 2 donnèrent lieu à des lithotrities laborieuses. Dans les observations de M. Folet, on voit que

©BIU Santé

le calcul placé avec la main entre les mors du lithotriteur, suivant les conditions de prise les plus favorables, n'a pas été broyé même avec l'aide du marteau percuteur.

Dans ces conditions, la lithotritie étant impraticable, la taille s'impose naturellement. Mais la cystotomie sus-pubienne, si bénigne aujourd'hui, n'est-elle pas elle-même préférable à une lithotritie longue, laborieuse, pouvant être suivie d'accidents ou de récidive?

M. Folet pencherait vers l'affirmative. En tout état de cause, il paraît sage, lorsqu'on a affaire, chez un adulte, à un calcul datant de l'enfance, et que l'intégrité des voies urinaires et la tolérance de la vessie décident le chirurgien à faire la lithotritie, de songer à la constitution habituelle de ces calculs; un noyau très gros, très dur, revêtu d'une écorce tendre, et, par suite, de prévoir et d'annoncer l'éventualité à laquelle on peut être acculé, à savoir l'impossibilité absolue du broiement nécessitant la taille hypogastrique.

— M. Lemoine a appelé l'attention sur la *toxicité de l'acide borique*. Ce corps est regardé comme un antiseptique dont on n'a pas, en général, à craindre d'effets toxiques. On l'emploie, en médecine, à l'intérieur; en chirurgie, à des doses très élevées, et pourtant, si de son fait on n'a pas eu à signaler des accidents graves, trois observations de M. Lemoine prouvent qu'en certains cas on peut provoquer des accidents assez sérieux. Ces accidents se sont manifestés par des éruptions rubéoliques confluentes sur certaines parties du corps, accompagnées de vomissements, d'état nauséeux permanent, de céphalalgie intense, d'insomnie, sans élévation de température et sans accélération du pouls. La seconde fois, c'est une urticaire généralisée avec vomissements et délire calme. Les accidents paraissent être de deux ordres : les uns reconnaissent comme cause l'élimination de l'acide borique au dehors, ce sont les vomissements et les éruptions cutanées; les autres sont d'origine nerveuse, tels que maux de tête, hallucinations, délire. Des cas semblables sont rares. M. Lemoine en a trouvé un dans la litérature médicale, celui de Johnson (de Stockholm), et cependant tout le monde donne de l'acide borique, à l'intérieur, à la dose de 2, 3, 4 et même 5 grammes par jour. Il est probable que ces éliminations par la peau et par les muqueuses, ou que ces rétentions de l'acide borique se font quand les reins fonctionnent mal. C'est l'interprétation de M. Lemoine et elle repose sur le diagnostic même porté sur ses malades, l'un atteint d'artério-sclérose, l'autre d'affection vésicale aiguë avec fonctionnement rénal insuffisant.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Lemoine, M. Dubar a rapporté avoir vu un cas absolument semblable. C'est celui d'une femme atteinte de salpingite suppurée ouverte dans le rectum.

— M. Surmont a présenté un cas extrêmement intéressant d'*Endocardite infectieuse consécutive à l'influenza*. Ce malade, dégradé par l'alcoolisme et affaibli par la grippe, prit une pneumonie et, au décours de celle-ci, succomba rapidement, emporté par une endocardite mitrale subaiguë dont la nature infectieuse, attestée par l'état général du sujet, les embolies multiples, les phénomènes méningés, était évidente. Ce cas d'ailleurs, n'est pas unique, et M. Surmont a cité ceux de Lancereaux et de Bezançon complétés par Netter, etc. Pour lui, il s'agissait d'une endocardite végétante consécutive, à une pneumonie à pneumocoque. En effet, l'endocardite due au pneumocoque de Talamon-Frænkel est plus précoce que l'endocardite à streptocoques, ne revêt pas la forme pyémique et se montre souvent accompagnée de méningite.

— M. Combemale a observé un cas d'endocardite végétante de la *valvule auriculo-ventriculaire droite*. Le malade présentait pendant sa vie des râles nombreux disséminés dans les poumons, un état général mauvais et une fièvre intense. Le cœur, examiné avec soin, ne présentait aucun bruit morbide. Le patient mourut comme serait mort un malade atteint de granulie, progressivement asphyxié et sans que la fièvre ait fléchi. A l'autopsie, les poumons ne présentaient que des lésions insignifiantes ; mais il en était autrement du cœur. En effet, les valvules de l'orifice auriculo-ventriculaire droit révélaient une endocardite végétante énorme, avec productions morbides considérables, dont quelques-unes atteignent jusqu'au volume d'une noisette. L'intérêt de cette observation

©BIU Santé

réside dans le siège insolite de la lésion et aussi dans la nature spécifique microbienne de l'endocardite. Le siège tricuspidien est, en effet, extrêmement rare. Les micro-organismes ont été constatés par M. Combemale. Le fait apporte un contingent numérique aux observations de Hallopeau, Klebs, Weichselbaum, etc., sans corroborer en aucune façon l'idée erronée de Koster et de Klebs, que toutes les endocardites granuleuses sont de nature infectieuse. Les microcoques de M. Combemale ne ressemblaient à aucun des micro-organismes décrits.

— MM. Thiriion et Malfilatre ont montré un *canal cholédoque et un canal hépatique remplis de calculs*. La malade âgée de 59 à 60 ans était morte de tuberculose pulmonaire sans avoir présenté d'ictère. A l'autopsie, on trouva le foie à peu près normal et un canal hépatique énormément dilaté et rempli de calculs, alors qu'il y en avait très peu dans le canal cystique et la vésicule biliaire. A la coupe, les canaux biliaires étaient très dilatés partout et renfermaient des calculs de volume variable et d'autant plus friables qu'on remontait plus haut vers l'origine de ces canaux. Dans les dernières ramifications, on voyait sourdre de la bile très épaisse et, autour de leurs orifices, apparaissait une zone d'un blanc tout à fait pâle, tranchant sur le blanc jaunâtre du tissu hépatique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 octobre — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature de M. Duguet, et de MM. Monod et Terrillon dans les sections de pathologie médicale et chirurgicale;

2° Un pli cacheté de M. le docteur Stackler (de Paris);

3° Un relevé des abcès de foie opérés par la méthode de Little dans les hôpitaux de la marine à Toulon, par M. Bertrand;

4° Un rapport de M. Parizot, inspecteur des enfants assistés du Doubs, sur les services de son ressort pour l'année 1889;

5° Un rapport de M. Le Roy des Barres sur les maladies épidémiques et les maladies virulentes dans l'arrondissement de Saint-Denis, etc.

De l'exalgine. — M. Desnos communique les résultats de ses recherches sur ce médicament. C'est une méthylacétanilide qui se présente sous forme d'une poudre blanche soluble dans l'eau bouillante et l'alcool chaud, peu soluble dans l'eau froide, sauf quand elle est alcoolisée. Le médicament agit surtout sur le bulbe et le système cérébro-spinal; les malades accusent une sensation de vertige parfois très prononcée, du refroidissement, des bourdonnements d'oreilles, quelquefois des maux de tête, de la somnolence ou simplement de la torpeur. Dans quelques cas, il se produit des sueurs profuses. On peut donner de 0,25 à 1 gr. 50 et même un peu plus; il faut employer les doses élevées avec précaution, car, à partir de 0,75, il y a souvent une cyanose légère. M. Desnos n'a pas eu d'autres accidents jusqu'à 1 gr. 75 par doses de 0,25. Il n'y a pas de vomissements et l'estomac demeure très tolérant. Du reste, il n'y a pas production de méthémoglobine, d'après M. Hénocque, mais diminution de l'hémoglobine par destruction d'un certain nombre de globules.

M. Desnos a employé l'exalgine avec succès dans beaucoup de névralgies, dans des névralgies faciales, notamment quand elles sont congestives. Les névralgies anémiques sont aussi améliorées, mais récidivent fréquemment. Les résultats ont encore été bons : dans une névralgie très grave de la branche ophthalmique du trijumeau, dans les névralgies intercostales, viscérales, etc. On échoue à peu près complètement dans les céphalées diffuses, les migraines. Les douleurs fulgurantes de l'ataxie sont très favorablement influencées. Il en est de même des rhumatismes dans lesquels prédomine

©BIU Santé

l'élément douleur. Un cas de paralysie agitante a été très amendé, mais il y a eu une rechute.

L'exalgine est, en résumé, un analgésique précieux qui pourra réussir dans des cas où des médicaments du même genre auront échoué. C'est un médicament énergique que l'on doit manier prudemment et qui ne doit pas être livré aux fantaisies du public.

Etiologie du tétanos. — M. Nocard lit un rapport sur un travail de M. Peyraud relatif à l'étiologie du tétanos. L'auteur a inoculé du fumier de cheval et n'a eu que des échecs; la poussière de foin a rendu 50 p. 100 des animaux tétaniques; enfin la terre d'un chai non cultivé a rendu malades tous les animaux inoculés. Cependant cette même terre, entre les mains de M. Nocard, n'a donné le tétanos qu'à deux lapins sur dix-huit. M. Peyraud a cherché à vacciner les lapins contre le tétanos, bien que cette malade soit récidivante; il donne aux animaux un poison d'origine végétale, la strychnine, à laquelle il accoutume l'organisme pour le rendre réfractaire au virus tétanique. Pour cela, il fait ingérer aux lapins, pendant cinq à six jours, une quantité de strychnine qui varie suivant l'âge, et l'on inocule ensuite une dose de virus tétanique suffisante pour les tuer lorsqu'ils ne sont pas soumis à l'action de la strychnine. De plus, injecté de nouveau après l'inoculation du tétanos, le poison exagérait les effets du virus.

M. Nocard a injecté des cultures virulentes de tétanos et a vu mourir aussi bien les animaux témoins que les vaccinés, même en employant des doses de strychnine supérieures à celles indiquées par M. Peyraud.

M. Nocard conclut donc que la strychnine ne vaccine pas contre le tétanos. Le travail de M. Peyraud a cependant mis en lumière un fait intéressant, à savoir qu'une terre qui n'a pas été cultivée depuis de nombreuses années peut être tétanigène.

Diphthérie de l'homme et des animaux. — M. Delthil lit une note d'après laquelle la diphthérie des animaux, mammifères ou oiseaux, est identique à celle de l'homme, transmissible des animaux à l'homme; les animaux des basses-cours doivent donc être attentivement surveillés.

Chirurgie du foie. — M. Périer présente d'abord une malade à laquelle il a fait la laparotomie pour un *kyste hydatique du foie* rompu dans le péritoine; le liquide du kyste renfermait de la bile. La rupture du kyste se produisit dans un effort et entraîna une syncope, des évacuations par en haut et par en bas. La malade travailla encore très péniblement les jours suivants; elle ressentait, depuis l'accident, un goût horrible dans la bouche, et le ventre augmentait de volume. Six mois plus tard, M. Périer constata l'existence d'une ascite avec œdème du membre inférieur droit. La laparotomie donna issue à huit litres d'un liquide teinté par la bile et à des vésicules hydatiques flétries. Le péritoine était épaissi, tomenteux. Il y avait à la face convexe du foie une cavité hémisphérique renfermant de nombreux débris de membranes. M. Périer sutura la plaie dans la partie supérieure et plaça en bas un drain gros comme le pouce qu'il enfonça dans le petit bassin. Il s'écoula, les jours suivants, un liquide fortement teinté par la bile. Plusieurs fois M. Périer versa dans le péritoine, par le drain, une ou deux cuillerées de naphtol camphré. On retira le drain le dix-huitième jour, et, peu à peu, la petite fistule se rétrécit.

La malade guérit après avoir éliminé, par sa fistule, des débris d'hydatides; un des fragments de membrane avait un mètre de longueur et un demi-litre comme masse.

M. Périer rapporte ensuite l'histoire d'une malade de 24 ans à laquelle il a extirpé la vésicule biliaire pour un calcul engagé dans le col. Il y avait, à droite de la ligne médiane, une masse sphérique, mobile, mais moins de haut en bas que dans les autres directions, indolente, fluctuante, mate, et entourée complètement d'une zone sonore; le foie était normal, l'état général bon; il n'y avait pas d'ictère. Une ponction donna un liquide séreux dans lequel on trouva de la cholestérine et des leucocytes. La tumeur se reforma et l'opération permit de constater qu'il s'agissait de la vésicule biliaire dilatée.

M. Périer extirpa la tumeur et oblitéra le canal cystique en rentrant en dedans le bord de la section et en faisant quatre points de suture en bourse entrecoupée, puis une

©BIU Santé

deuxième suture en surjet, par-dessus la première, pour bien adosser la surface externe de la vésicule à elle-même. Les suites furent très simples et la malade guérit rapidement. Un point remarquable de l'observation est qu'une languette extrêmement mince de tissu hépatique recouvrait la vésicule; la situation anormale de cette dernière dépendait probablement d'un déplacement qui s'était fait pendant une grossesse remontant à neuf mois. Du reste, pendant cette guérison, il y avait eu des accidents que l'on peut rattacher à une colique hépatique larvée.

La dépopulation de la France. — M. Lagneau a répondu aux principales objections de M. Javal. Ce dernier attribue surtout à l'affaiblissement des croyances religieuses, à la suppression du droit d'aînesse et à la généralisation du service militaire l'abaissement de la natalité. Il y a cependant des départements très religieux qui ont fort peu de naissances.

Pour accroître la natalité, il ne faut pas limiter le service militaire aux aînés, car, actuellement, la France a besoin d'armer un grand nombre d'hommes. Ce qu'il faut, c'est réduire le temps de présence sous les drapeaux, afin de faciliter les mariages; dans ce but, il est nécessaire de donner dans l'enfance une éducation militaire préparatoire. A partir de 22 et 23 ans, les mariés meurent moins que les célibataires.

Il faut diminuer les charges fiscales qui portent surtout sur les nombreuses familles, mais, quant au droit d'aînesse, s'il favorisait, dans certains cas, la naissance des enfants, il forçait beaucoup de cadets à garder le célibat religieux.

Les alcools doivent être très imposés et d'énormes contributions devraient frapper les débits, cafés, etc. Il peut être utile d'abaisser la taxe de loyer dans les familles au-dessus de trois enfants et de surtaxer les célibataires ayant passé 30 ans; cela fournira de l'argent pour les enfants assistés. Si le père de famille avait droit à un vote cumulatif proportionnel au nombre des têtes qu'il représente, cela ferait régulariser beaucoup d'unions.

FORMULAIRE

Potion contre la galactorrhée. — Braun.

Pour faire la galactorrhée, on applique sur les seins un bandage compressif; on restreint l'alimentation, on défend l'usage de la bière; on produit une dérivation sur l'intestin à l'aide d'un sel purgatif. — En cas d'inefficacité de ces divers moyens, on a recours à la potion suivante :

Iodure de potassium.....	2	grammes.
Eau distillée	100	—
Sirop de framboises.....	20	—

F. s. a. — Une cuillerée à soupe de cette potion, le matin, à midi et le soir. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Exercices de dissection à l'Ecole pratique.*

M. P. Poirier, chef des travaux anatomiques.

I. *Ostéologie.* — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre.

II. *Dissection.* — Les pavillons de dissection sont ouverts à partir du lundi 10 novembre tous les jours, de midi à quatre heures.

©BIU Santé

Les prosecteurs, chefs de pavillons, et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième années; les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Elèves obligés, deuxième et troisième années (suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle (cinquième ou neuvième).

2° Elèves non obligés et docteurs.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile des élèves.

Médecine opératoire à l'Ecole pratique. — M. le docteur Rieffel, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du jeudi 16 octobre 1890, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire la demande écrite (sur timbre de 60 centimes) au doyen de la Faculté avant le jeudi 10 octobre.

Distinction honorifique. — Le roi de Grèce vient de nommer M. le docteur Brouardel commandeur de l'ordre du Sauveur.

— L'Académie de médecine de Turin décernera un prix de 18,000 francs au meilleur travail : « Sur la nature et la prophylaxie des maladies infectieuses de l'homme. » Les manuscrits peuvent être envoyés en français, en italien ou en latin.

Cours pratique de chimie, de microbiologie et de microscopie. — M. Lafon, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, ancien préparateur du professeur Brouardel, directeur du laboratoire de recherches appliquées à la médecine et à l'hygiène, fera pendant l'année scolaire 1890-1891 un cours pratique permanent de chimie, de microbiologie et de microscopie médicales, dans son laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

Ce cours pratique, d'ordre essentiellement technique, est destiné à mettre les médecins en mesure d'exécuter les examens chimiques microbiologiques et microscopiques les plus usuels que l'on rencontre dans la pratique médicale.

Les méthodes d'analyses et de recherches, qui font l'objet de cet enseignement, sont particulièrement adaptées aux besoins et aux usages de la clinique médicale.

S'inscrire d'avance tous les jours de trois à quatre heures au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

A céder un poste médical dans une commune importante de la Loire-Inférieure : Situation charmante sur les bords de la Loire, à 15 kilomètres de Nantes. Excellente clientèle de propriétaires; habitation plus que confortable à cinq minutes de la gare; chasse, pêche; grandes facilités de payement. — S'adresser aux bureaux du journal.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

PHTHISIE, *Bronchites, Catarrhes.* — **L'Émulsion Marchais,** la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. Bibliothèque : Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. — III. Revue des journaux : Suspension dans l'ataxie locomotrice. — Les tumeurs adénoïdes et les laryngites striduleuses. — IV. Sociétés et Congrès. — V. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Ulcérations tertiaires au cours de la syphilis.

La variété de beaucoup la plus intéressante des ulcérations syphilitiques tertiaires des organes génitaux chez l'homme, est assurément celle qui succède aux nodules tuberculo-gommeux du prépuce et du sillon balano-préputial. Ce sont des lésions fréquentes, puisque, d'après les statistiques de mon savant collègue M. Mauriac, elles représenteraient près des huit dixièmes des syphilomes tertiaires des organes génitaux chez l'homme; ce sont surtout des lésions importantes à connaître à cause des erreurs de diagnostic qu'elles ont entraînées et qu'elles entraînent encore tous les jours, malgré les travaux nombreux qu'elles ont provoqués depuis que le professeur Fournier nous en a fait connaître la nature exacte et l'allure (*Arch. gén. de méd.*, 1888.)

Ici, comme sur la peau, les lésions peuvent être principalement ulcéreuses ou tuberculo-ulcéreuses. Les formes ulcéreuses présentent les plus grandes analogies avec le chancre simple dont elles ont les bords irréguliers et anfractueux, taillés à pic; le fond inégal et jaunâtre, la base souple, et souvent les dimensions; dans ces régions humides, il ne se forme pas de croûte à la surface de l'ulcération, comme on en observe dans la forme ecthymateuse du syphilome tertiaire du fourreau. Les formes hyperplasiques présentent, au contraire, souvent les plus grandes similitudes avec le chancre induré initial.

Dans la forme scléro-ulcéreuse de la syphilose du gland, on voit, quand on peut suivre les différentes étapes du développement du mal, un foyer d'induration cartilaginiforme apparaître dans le fond du sillon balano-préputial, foyer aussi résistant, aussi dur que l'est celui de l'accident initial le plus induré. Cette masse peut se présenter sous forme de nodules ou sous celle de lamelles; dans le premier cas, elle se présente sous forme d'un petit noyau arrondi ou ovalaire du volume d'une lentille, d'un pois, d'une noisette, d'une amande; dans le second cas, c'est une plaque, plus ou moins volumineuse, pouvant former tantôt une lamelle limitée, perdue dans le fond du sillon balano-préputial, tantôt une induration en demi-lune, dont

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 14, 26 août, 4, 11, 16, 25, 30 septembre, 9 et 11 octobre 1890.

©BIU Santé

la base repose sur ce sillon et dont le sommet se prolonge dans l'épaisseur du prépuce, ou bien une masse diffuse occupant une étendue plus ou moins considérable, parfois toute l'étendue de la rainure balano-préputiale, dont elle remplit et efface l'excavation, égalant dans son développement les indurations les plus étendues de l'accident initial.

Ces masses indurées sont recouvertes d'une muqueuse saine, plus ou moins distendue suivant le volume et la profondeur du noyau d'induration; dans le cas de distension très accusée, la muqueuse devient violacée, voire même blanche, et on la croirait sur le point de se rompre, quand la distension est excessive.

A la face interne du prépuce, on peut observer des noyaux d'induration analogues à ceux du sillon balano-préputial, recouverts d'une muqueuse saine et se présentant ordinairement sous forme de plaques de dureté cartilaginiforme, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 2 francs ; de telles plaques font ordinairement saillie sous la muqueuse à cause de la mollesse des tissus au milieu desquels elles sont renfermées.

Plusieurs nodules d'induration peuvent se rencontrer simultanément chez le même sujet, soit dans le sillon balano-préputial, soit dans l'épaisseur du prépuce, quelquefois disséminés dans l'un et dans l'autre.

De tels nodules donnent. quand on les palpe, la sensation d'un corps étranger, noyau de cerise ou amande, introduit sous la muqueuse ; leur dureté, qui rappelle celle du cartilage ou du carton, tranche nettement sur la souplesse normale des tissus avoisinants. Ces masses sont nettement délimitées, elles ne se fondent pas dans les parties avoisinantes ; elles tranchent brusquement sur les tissus limitrophes, au milieu desquels elles forment comme de véritables corps étrangers.

Ces lésions, en raison de leur développement lent et de leur indolence absolue, échappent au malade, qui ne les découvre que par hasard et ne s'en préoccupe que le jour où elles se sont ulcérées.

Abandonné à lui-même, le noyau d'induration aboutit, dans le plus grand nombre des cas, à l'ulcération, qui peut se produire fort lentement, mais se produit presque infailliblement. Le néoplasme se rapproche progressivement de la muqueuse qui lui devient adhérente et ne glisse plus sur lui, devient tendue, violacée, de plus en plus mince et finalement s'ulcère, laissant à jour une ulcération dont l'importance variera dans la plupart des cas avec l'importance du noyau d'induration qui l'a précédée.

C'est une ulcération en général peu étendue, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de vingt à cinquante centimes, creusant assez profondément dans le noyau d'induration au niveau duquel elle est née, ayant souvent au moins deux ou trois millimètres de profondeur ; pouvant devenir beaucoup plus profonde, former de véritables cratères dans le cas où le noyau d'induration était très volumineux ; de telles ulcérations creusent parfois jusqu'au canal de l'urèthre et le perforent.

Dans les cas où l'érosion est superficielle, ses bords se continuent en pente douce avec les tissus voisins ; dans le cas d'ulcération profonde, les bords sont taillés à pic, irréguliers.

Le fond est le plus souvent inégal, jaunâtre, pultacé, formé par le tissu même du syphilome en désagrégation.

L'ulcération repose sur un fond dur, chondroïde, plus ou moins épais, qui n'est autre que la partie persistante, non détruite, du noyau d'induration syphilitique que nous avons vu précéder le développement de l'ulcération.

©BIU Santé

Souvent l'ulcération suit de près l'induration, et quelques jours seulement s'écoulent entre l'apparition de celle-ci et la formation de celle-là ; mais quelquefois l'induration peut ne s'ulcérer que plusieurs semaines après son apparition; l'ulcération peut même ne pas se produire, et le noyau d'induration se résorbe sans avoir subi à aucun moment le processus ulcéreux.

Après guérison, il ne peut persister aucune trace appréciable de l'accident, si l'ulcération a été très peu profonde; sinon, il reste une cicatrice d'étendue et de profondeur proportionnées à l'importance que l'ulcération avait acquise, cicatrice superficielle et insignifiante dans quelques cas, véritable cratère dans d'autres. Il se peut même que des désordres graves persistent après guérison du syphilome, quand des organes importants ont été atteints; fistule urinaire dans le cas de perforation de l'urèthre, rétrécissement du canal dans le cas d'ulcération du méat.

Certaines ulcérations tertiaires à base indurée présentent, quand elles sont complètement constituées, la ressemblance la plus parfaite avec différentes formes du chancre induré; aussi le professeur Fournier a-t-il cru devoir les qualifier *pseudo-chancres indurés*, appellation adoptée par la plupart des syphiligraphes, parce qu'elle indique bien les analogies des deux lésions et la difficulté du diagnostic; de telles ulcérations avec leur base indurée chondroïde offrent, en effet, avec l'accident initial de la syphilis de telles ressemblances que la confusion serait assez souvent inévitable, si on ne connaissait l'histoire du malade et l'ancienneté de la syphilis; il n'est, en effet, pour ainsi dire pas de variété de chancre, depuis le plus petit, depuis le lenticulaire jusqu'au plus volumineux avec son induration excessive, depuis la petite érosion initiale jusqu'au chancre phagédénique, que les syphilomes tertiaires du sillon balano-préputial ne puissent calquer. La seule différence, mais elle est capitale, et j'aurai l'occasion d'y insister ultérieurement, c'est que, contrairement au chancre initial, l'ulcération syphilitique tertiaire ne réagit pas sur le système lymphatique de la région, elle ne provoque ni lymphangites secondaires ni adénopathies symptomatiques.

Les causes sous l'influence desquelles se reproduisent ces pseudo-chancres indurés sont des plus obscures; on pourrait presque dire qu'elles nous échappent complètement. Quand un malade, qui se croyait depuis longtemps guéri, vient, après des années de tranquillité, nous présenter un syphilome chancriforme, il nous est le plus souvent impossible, même après l'enquête la plus minutieuse, de dire sous quelle influence s'est produit ce réveil tardif et inattendu de la maladie. Une circonstance a cependant frappé tous les observateurs, c'est que le nouvel accident chancriforme siège, dans le plus grand nombre des cas, dans le point que le chancre premier avait occupé ou dans son voisinage immédiat, et la plupart des auteurs sont aujourd'hui portés à admettre que le virus syphilitique, après avoir une première fois manifesté sa présence en ce point, peut y sommeiller pendant des années, n'attendant qu'une occasion propice de montrer à nouveau son action; le microbe, ou ses descendants, subsisteraient silencieux pendant des années en un point de l'économie et ne lui deviendraient nocifs que de loin en loin, sous l'influence de causes encore inappréciables.

Quelques observations, recueillies dans ces dernières années, me portent à croire que l'apparition de syphilomes chancriformes est, dans quelques

©BIU Santé

cas, en relations manifestes avec les rapports que les malades ont pu avoir avec des femmes d'une santé suspecte. Dans une leçon sur les *syphilis récidivées* parue dans la *Semaine médicale* de 1888, j'ai publié deux observations dans lesquelles cette influence causale me paraissait plus que probable.

Un homme de 45 ans, d'une vigueur au-dessus de la moyenne, vint me consulter, en 1885, pour une induration volumineuse ulcérée siégeant au niveau du sillon balano-préputial et ayant tout l'aspect d'un chancre syphilitique; la consistance du noyau induré était chondroïde; la plaque indurée supportait une ulcération de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, de coloration rouge vive, présentant tous les attributs de l'érosion chancreuse; il n'y avait pas d'adénopathie inguinale.

En interrogeant le malade, j'appris qu'il avait été soigné vingt-cinq ans auparavant par Langlebert pour une syphilis nettement caractérisée, car il y avait eu accident primitif suivi d'accidents secondaires incontestables. Après guérison complète, cet homme s'était marié et avait eu deux enfants aujourd'hui encore bien portants; devenu veuf, il était allé chercher fortune en Amérique, où il vivait dans les mines d'or, loin des villes, n'ayant aucune femme dans son entourage et condamné à la continence pendant le temps qu'il passait dans les mines. Dernièrement notre malade, après un séjour prolongé loin des villes et une sagesse forcée de plusieurs mois, avait été rappelé précipitamment en France : Un soir, avant de s'embarquer (et ce fut la seule fois pendant son voyage), il s'accorda, avec une femme de vertu plus que douteuse, les plaisirs dont il était privé aux mines. Dix jours après, pendant qu'il était embarqué, il constatait une induration du sillon balano-préputial qui ne fit que s'accroître de jour en jour; c'est elle qui avait, quand le malade vint me trouver, quinze jours environ après le début de l'accident, le volume d'une grosse noisette, la consistance chondroïde et l'ulcération caractéristique.

Je pus suivre le malade pendant cinq semaines avant son départ pour l'Amérique; il ne se produisit ni adénopathie inguinale ni éruption secondaire. Sous l'influence d'un traitement mixte, la lésion balano-préputiale s'améliora assez rapidement.

A peu près à la même époque, un autre malade venait me consulter, atteint, lui aussi, d'un pseudo chancre induré des plus caractérisés. Le début de ce chancre remontait à cinq ou six jours; il n'y avait pas d'adénopathie inguinale, encore moins d'éruption cutanée.

Voici qu'elle était l'histoire de ce malade : Onze ans auparavant, il avait eu une syphilis très nette traitée à l'hôpital; marié depuis plusieurs années, il n'avait point eu d'enfants. Une dizaine de jours avant de voir apparaître l'accident pour lequel il venait consulter, il avait, par exception, donné un coup de canif dans le contrat et eu des rapports avec deux femmes qu'on peut, sans les injurier beaucoup, suspecter de n'être pas d'une santé irréprochable.

Je revis le malade une huitaine de jours après la première consultation, rien n'était changé dans son état; depuis lors je ne l'ai plus revu.

N'est-ce pas chose intéressante, écrivais-je à cette époque, que cette coïncidence de deux anciens syphilitiques n'ayant depuis longues années présenté aucun accident et se réveillant tous deux porteurs d'un pseudo-chancre induré quelques jours après s'être exposés à un rapprochement dangereux, l'un après des mois de continence forcée, l'autre après des années de sagesse matrimoniale? N'était-on pas naturellement conduit à se demander si l'apparition de l'accident commun dont ces deux malades étaient atteints, et qui se présentait dans des conditions si analogues, n'était pas en relation directe avec le rapprochement suspect dans lequel tous deux s'étaient engagés? Cette hypothèse me paraissait dès lors vraisemblable.

Malheureusement, il n'y avait là qu'une impression ; l'absence de confrontations ne permettait pas d'affirmer que les lieux que nos malades avaient fréquentés fussent réellement malsains, encore moins de dire en quoi ils étaient malsains. Fallait-il admettre que nos malades avaient été victimes d'une réinfection syphilitique, et que ce que nous avions observé n'était pas une manifestation tertiaire de la syphilis, un syphilome chancriforme, pour employer la qualification du professeur Leloir, mais bien le résultat d'une nouvelle inoculation syphilitique, un nouveau chancre survenu chez un malade mis à l'abri d'accidents graves, d'accidents secondaires par l'existence d'une syphilis antérieure? Diday n'aurait pas, autrefois, hésité à admettre cette opinion; il aurait qualifié de telles lésions de chancroïdes, voulant indiquer que c'était là l'expression d'une seconde vérole atténuée par l'existence d'une première syphilis, tout comme une seconde variole ou varioloïde se montre atténuée chez les malades antérieurement vaccinés ou atteints d'une première variole.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'aller chercher aussi loin la cause des maux de mes clients.

Ricord a depuis longtemps démontré, et c'est un fait sur lequel les professeurs Fournier et Neumann ont insisté, que, chez les anciens syphilitiques, des lésions banales, une balanite simple, un chancre mou peuvent s'indurer et peuvent, en s'indurant, prendre tous les caractères d'un pseudo-chancre : cette possibilité de l'induration de lésions banales chez les anciens vérolés me paraît suffire à expliquer les accidents observés chez mes malades et il me paraît inutile d'invoquer une nouvelle infection syphilitique pour expliquer la naissance des lésions dont ils souffraient; il est, je crois, permis d'admettre que ces malades, ayant recueilli dans un coït impur un principe infectieux dont l'effet eût été une balanite simple, un herpès génital, un chancre simple chez un malade non syphilitique antérieurement, ont pu, en leur qualité d'anciens syphilitiques, indurer d'emblée de telles lésions et leur donner un faux aspect de chancre convertissant en pseudo-chancres indurés des affections inflammatoires banales qui, chez d'autres, auraient été des lésions manifestement asyphilitiques. Quelques observations récemment recueillies me semblent corroborer cette hypothèse.

Le 8 février dernier, P... (Ernest), 33 ans, boucher, entre dans mon service de l'hôpital du Midi pour une ulcération du sillon balano-préputial dont le début remontait à trente-cinq jours. Cette ulcération avait débuté, dans la rainure, huit jours après un coït suspect, par une petite pustule qui laissa après sa rupture une ulcération assez profonde; celle-ci s'est étendue en largeur sur la face interne du prépuce et, au moment où nous voyons le malade, elle mesure 1 centimètre de diamètre. Sa forme est irrégulièrement ovalaire, ses bords sont taillés à pic, légèrement décollés; le fond de l'ulcère est assez régulier, peu déprimé, finement granuleux; il donne naissance à une suppuration peu abondante. L'ulcération repose sur une masse indurée soulevant notablement la muqueuse au niveau du sillon balano-préputial et faisant, par son prolongement entre les lames du prépuce, une sorte de volet qui bascule quand on tire la peau en arrière du du gland; cette masse donne, au palper, une sensation de dureté nettement chondroïde.

Un ganglion douloureux se sent dans l'aine gauche. P... déclare avoir eu, il y a dix ans, un chancre induré siégeant à peu près au niveau de la lésion actuelle et une roséole pour lesquels il a été traité à l'hôpital militaire de Cherbourg; depuis lors, il n'aurait plus présenté aucun accident syphilitique.

En recherchant minutieusement s'il existe d'autres manifestations syphilitiques chez

©BIU Santé

ce malade, nous découvrons une péri-onyxis de l'ongle du pouce; aucune autre lésion spécifique.

Le pus du chancre est inoculé au bras gauche et donne naissance à une chancrelle des plus caractérisées.

Le malade sortit trois semaines après son entrée à l'hôpital; le chancre était cicatrisé; l'induration persistait encore; il n'y avait pas eu d'éruption cutanée.

Quelque temps auparavant, le 26 octobre 1889, était entré dans mon service un malade qui se présentait dans des conditions analogues; c'était un homme de 34 ans, qui avait eu la syphilis en 1884 et était depuis plusieurs années indemne de tout accident; il entrait dans mon service pour une ulcération du sillon balano-préputial dont le début remontait à une quinzaine de jours; cette ulcération d'un centimètre de diamètre, d'une profondeur d'un millimètre environ, à bords taillés à pic et non décollés, à fond grisâtre suppurant, reposait au sommet d'un noyau d'induration, étalé, du volume d'une demi-cerise, de consistance nettement chondroïde. Pas de ganglions dans l'aine. L'inoculation du pus recueilli à la surface de l'ulcération donna un résultat positif. En examinant le malade avec soin, je découvris à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche une croûte de rupia; aucune autre lésion syphilitique. Le traitement consista en un attouchement de l'ulcération avec la solution phéniquée au dixième, l'application de rondelles de Vigo, l'emploi du sirop de Gibert.

Quand le malade sortit, le 15 novembre, il ne restait plus qu'une très petite lamelle d'induration. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

ENCYCLOPÉDIE D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PUBLIQUE, publiée sous la direction de Jules ROCHARD. — Lecrosnier et Babé, 1890.

Le premier fascicule du tome III de cette remarquable publication vient de paraître. Il est consacré à l'HYGIÈNE URBAINE.

Le chapitre Ier traite des *Villes en général*; il est écrit par M. Jules Arnould. On y lira avec intérêt le paragraphe consacré à l'historique des villes anciennes et du Moyen-Age. Puis il est question de la topographie et du plan des villes modernes.

Dans le chapitre II, M. Arnould étudie la *Voie publique*, la rue, ses dimensions, ses modes de pavage; l'auteur, après avoir été hostile au pavage en bois, a modifié son premier jugement; il le reconnait supérieur au pavage en grès ou au macadam; s'il coûte un peu plus cher que le pavage en pierre, l'excès de dépense se traduit par une augmentation de salubrité et de confortable.

Le nettoiement de la voie publique, la circulation dans les rues, les ambulances urbaines et les asiles de nuit terminent ce chapitre.

Le IIIe chapitre, qui ne fait que commencer, est écrit par M. Jules Rochard et consacré à la *Ville souterraine*. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Suspension dans l'ataxie locomotrice (*Journal de médecine et de chirurgie*, août 1890). — M. le docteur Gilles de la Tourette donne dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* les résultats obtenus à cet hôpital au moyen de la suspension. On peut les résumer ainsi : Sur 100 ataxiques à la période moyenne de leur affection, 20 à 25 sont améliorés suivant la totalité des symptômes de leur maladie, particulièrement les douleurs fulgurantes, l'incoordination motrice, les troubles génito-urinaires, sans qu'il y ait de changement dans les troubles oculaires et le signe de Westphal.

30 à 35 ressentent, à des degrés divers, une amélioration d'un ou plusieurs, mais non de la totalité des symptômes.

©BIU Santé

Les autres, 35 à 40 p. 100, ne retirent aucun bénéfice ou du moins ne retirent que des bénéfices trop passagers pour entrer en ligne de compte dans les résultats favorables à mettre à l'actif du traitement par la suspension.

Dans les deux premières catégories, les résultats obtenus sont durables, à la condition que la suspension soit continuée, tout au moins dans certaines conditions particulières. A part quelques cas de syncope passagère, deux cas de paralysie radiale temporaire par compression, on n'a pas observé d'accidents sérieux sur un total de plus de 10,000 suspensions pratiquées à la Salpêtrière.

Il y a pourtant à cet égard certaines précautions à prendre. Avant tout, il est nécessaire que la suspension soit tolérée. Or, les lipothymies, les syncopes sont le principal, sinon le seul obstacle à cette tolérance. Certains malades supportent facilement une ou deux minutes de suspension; puis surviennent des bourdonnements d'oreille, des vertiges et la syncope se montrerait infailliblement si l'on n'interrompait pas la séance. Ces menaces de syncope se montrent surtout, les cardiaques étant éliminés, chez les sujets jeunes, pâles, anémiques, chez lesquels la suspension, dès la première séance, est la cause de vives appréhensions. Dans ces cas, on devra procéder graduellement, n'augmenter le temps de suspension que très lentement et surtout, pendant que celle-ci a lieu, tenir l'esprit du malade constamment en éveil. On arrive ainsi progressivement à faire tolérer les trois minutes de suspension nécessaires en moyenne.

Après vingt ou trente séances, s'il n'est pas survenu d'amélioration, on pourra interrompre; mais le malade ne devra pas avoir perdu pour cela tout espoir. Après s'être reposé un mois et demi à deux mois, il pourra reprendre le traitement et en tirer des bénéfices, mais le temps d'interruption ne devra pas être inférieur à un mois et demi.

De même, chez certains malades qui se suspendent depuis longtemps déjà, l'amélioration semble rester stationnaire. Dans ces cas, un repos d'un mois et demi à deux mois a paru favorable, la reprise de la suspension ayant amené une nouvelle amélioration sans que les bénéfices des suspensions antérieures aient disparu pendant le temps du repos. — P. N.

Les tumeurs adénoïdes et les laryngites striduleuses (*Journal de médecine et de chirurgie*, 9 août 90). — M. le docteur Ragoneau a réuni dans sa thèse un certain nombre d'observations dont la plupart sont dues à M. le docteur Coupard, tendant à démontrer que chez un grand nombre d'individus, surtout d'enfants, une simple laryngite catarrhale prend le caractère spasmodique par suite de l'existence antérieure de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal, ou d'une rhinite hypertrophique, quelle qu'en soit la cause.

M. Coupard a vu, par exemple, que, chez 56 malades atteints de tumeurs adénoïdes naso-pharyngiennes, les renseignements les plus minutieux ayant été pris relativement aux accidents dyspnéïques antérieurs, on relevait 45 fois la laryngite striduleuse. D'autre part, beaucoup de cas rangés sans plus de détails sous le nom de laryngites striduleuses se rapportent à des accès nocturnes de suffocation, symptomatiques de la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal.

Enfin, l'impaludisme pourrait, dans quelques cas, agir directement sur la muqueuse naso-pharyngienne en y déterminant une rhinite hypertrophique et produire de la sorte, par voie réflexe, des accès de stridulisme. Ces derniers faits sont d'autant plus intéressants à connaître que le sulfate de quinine a, dans ce cas, beaucoup d'efficacité pour amener la prompte disparition des accidents de spasme laryngé, probablement en décongestionnant la muqueuse nasale, comme il décongestionne la rate ou le foie dans les mêmes circonstances. — P. N.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE.

Sommaire : Injection de cocaïne dans l'opération de l'hydrocèle. — Œdème de la glotte dans les oreillons. — Empyème du sinus maxillaire. — Stigmates professionnels des ouvriers en pianos.

M. F. Giraud a fait, au Comité médical des Bouches-du-Rhône, la relation d'un cas

©BIU Santé

d'*hydrocèle traité par la cocaïne* et le suspensoir de Langlebert. M. A..., âgé de 45 ans, agent d'une Société commerciale, était atteint d'hydrocèle simple de moyenne grandeur, du côté droit. Après lavage antiseptique des bourses, la ponction donna issue à environ 150 grammes de liquide citrin qui fut remplacé par la solution suivante, dont les trois quarts environ pénétrèrent dans la vaginale : chlorhydrate de cocaïne, 3 grammes; eau distillée, 60 grammes. Cette solution ne fut laissée que cinq minutes dans l'intérieur de la poche, où sa présence ne détermina aucune douleur, puis on la fit écouler en en laissant environ une dizaine de grammes. Immédiatement après, M. Giraud injecta la solution iodée (parties égales d'eau et de teinture) et, après malaxation et séjour de cinq minutes, il fit écouler le liquide et obtura la plaie au collodion. Le malade n'avait absolument rien senti. Le suspensoir de Langlebert fut appliqué aussitôt et le malade laissé au repos. A quatre heures de l'après-midi, les souffrances étaient toujours nulles; à neuf heures du soir, apparurent quelques phénomènes d'intoxication cocaïnique : Agitation, fourmillements dans les doigts de la main, crampes aux bras et aux mollets, sécheresse de la gorge, nausées, mal de tête, battements tumultueux du cœur. M. Giraud fit prendre une infusion de thé au rhum et fit une injection hypodermique d'éther. Le lendemain, les phénomènes d'intoxication avaient disparu et la guérison se fit comme d'habitude. L'intérêt de cette observation réside surtout, au sujet de l'emploi de la cocaïne, dans la dose de cette substance, qui a été employée. Cette dose a varié avec chaque opérateur. M. Alezais n'en a employé qu'une quantité minime, 15 centigrammes; M. Schnell va jusqu'à 50 centigrammes; quant à M. Pilatte, il a injecté dans la vaginale de son malade une solution de 2 grammes de sel pour 50 grammes d'eau. M. Giraud a injecté environ 2 gr. 50 dans la vaginale et a eu des accidents; 50 centigrammes à 1 gramme doivent suffire. Le suspensoir de Langlebert permet aux malades de se lever et d'aller à leurs affaires peu de jours après l'opération.

— M. Pilatte a communiqué une observation de *trachéotomie pour œdème laryngé* survenu au cours des oreillons. Le malade était âgé de 29 ans et obèse. Quand il fut pris des oreillons, il y eut de la dysphagie dès le début, puis bientôt de la gêne respiratoire. Cette gêne s'accentua rapidement et alla bientôt jusqu'à l'orthopnée; au laryngoscope, on constata une tuméfaction œdémateuse de l'épiglotte, ayant son maximum sur la partie gauche de cet organe et sur le repli aryténo-épiglottique du même côté. Après avoir essayé de la saignée locale, des accès d'étouffement étant apparus, on dut faire la trachéotomie. Les suites furent très simples et au bout de quatre jours on put enlever la canule. En discutant son observation, M. Pilatte reconnaît qu'il y avait bien un peu d'angine, mais l'inflammation était très légère et il est certain que ce n'est pas elle seule qui a été la cause de l'œdème, il a fallu le concours des oreillons qui gênèrent la circulation en retour.

— M. Millson a recueilli un cas intéressant d'*empyème du sinus maxillaire*. La malade eut deux attaques successives; la première fois, il s'agissait du passage de matières alimentaires jusque dans le sinus à travers la fosse nasale. La seconde fois, l'empyème survint à la suite d'un coryza, mais il était probablement causé par un point d'ostéite chronique existant au sommet d'une dent et ayant transformé en empyème un simple coryza du sinus. Pour arriver à laver largement le sinus avec un liquide antiseptique, une seule ouverture ne suffit pas. L'ouverture naturelle de l'antre d'Highmore doit être réservée pour la sortie du liquide; elle n'a, du reste, que trois à quatre millimètres de diamètre, encore réduits par la tuméfaction de la muqueuse. On se servira, pour injecter le liquide, de la perforation faite dans une alvéole; comme le plus souvent l'empyème est lié à une dent malade, le sacrifice de cette dent n'a que peu d'importance. Quand il y a urgence à évacuer le pus, on peut quelquefois penser à l'ouverture artificielle de la paroi interne de l'antre d'Highmore, au niveau des cornets moyen et inférieur; mais cette opération doit toujours être exceptionnelle, car elle est très douloureuse et l'ouverture doit être très large.

— Les stigmates professionnels des *ouvriers d'une manufacture de pianos* ont été étudiés par M. Alezais. Le fabricant de claviers a *à gauche*, sur la face radiale de la phalangette

©BIU Santé

du petit doigt, un durillon ovale, très net, allongé, suivant l'axe du doigt; à droite, il a, comme les mécaniciens, des callosités sur l'hypothénar et dans l'écartement du pouce et de l'index. On observe encore, chez lui, un épaississement de l'épiderme de la face cubitale du petit doigt, à droite, et un durillon très limité sur la face radiale de chaque médius au niveau de la deuxième articulation phalangienne. Cependant, ces caractères varient un peu d'un ouvrier à un autre, selon les habitudes qu'ils ont dans leur travail; de plus, ils disparaissent vite.

Le découpeur du clavier a les mains rouges, larges, très vasculaires, les doigts épais, aplatis, terminés par des phalangettes spatuliformes, plus larges que les doigts et subluxées en arrière, surtout celles des trois doigts du milieu, à chaque main. Cette déformation doit se voir chez tous les ouvriers qui découpent depuis longtemps à la scie sans fin.

L'ouvrier qui fait la tête du marteau a de gros callus sur la première phalange de l'index droit (face antérieure); celui qui finit le clavier, des rugosités de la face interne de l'avant-bras.

Le fabricant de cordes couvre d'un capuchon de cuir épais l'index et le médius de chaque main. Ces deux doigts, toujours préservés, sont lisses, à peau fine, tandis que la face antérieure de l'annulaire et du petit doigt, surtout à droite, sont calleuses. Sur le petit doigt, ces callosités siègent au niveau de la tête du cinquième métacarpien, sur l'annulaire, au niveau de la face antérieure de la phalange. Ces régions sont sillonnées de raies noirâtres, obliques en bas et en dehors, selon la direction des cordes. Sur la face dorsale de l'annulaire et sur le bord externe de la tête de la première phalange, un pli permanent de la peau est dû à son refoulement par le capuchon de cuir qui couvre ordinairement le médius.

L'accordeur, qui manie journellement la clef, a, dans la paume de la main droite, deux séries de petits durillons jaunâtres, cornés sur les points les plus saillants; la série inférieure répond aux têtes des métacarpiens, la supérieure au milieu de la région palmaire; la main gauche, qui frappe sur les touches, en est toujours indemne.

En médecine légale, on sait que la constatation des stigmates professionnels peut avoir une grande importance; c'est pourquoi nous avons donné les résultats obtenus par M. Alezais. Malheureusement, certaines déformations qu'il a décrites sont peu persistantes et s'effacent dès que l'ouvrier a suspendu son travail depuis quelque temps.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS.

Un cas d'empoisonnement par la cocaïne.

A la Société de médecine d'Amiens, M. L. Kayser a fait la communication suivante sur un cas d'*empoisonnement par la cocaïne :*

Mlle X., âgée de 23 ans, lymphatique, sans antécédents hystériques ou même simplement nerveux, à la suite d'une injection de quart de seringue de Pravaz, soit 25 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne, a présenté les phénomènes suivants : L'injection a été faite à six heures du soir au niveau du collet de la première molaire supérieure, la jeune fille se trouvant au début de sa période menstruelle.

Aussitôt après l'injection, la malade reste dans la position où on l'a mise, sans aucun mouvement, sans répondre aux questions qui lui sont posées, sans même témoigner par un regard ou par un geste qu'elle entend la parole qui lui est adressée. Prévenu de suite, je la trouvai dans cet état vingt minutes après le début de l'accident. La face est pâle, la pupille dilatée à son maximum, le regard fixe. La malade, que je prends par la main, me suit sans effort ni résistance, descend l'escalier d'un premier très élevé, monte en voiture, et, arrivée chez elle, monte un escalier tournant. On la couche, et je lui fais absorber de suite quelques gouttes d'éther (le contenu de cinq perles de Clertan) mélangées à un peu d'eau sucrée, pendant que je lui fais préparer du café noir très concentré. Elle accomplit tous les mouvements d'une façon absolument automatique, comme une personne hypnotisée qui répète les mouvements qu'elle voit faire et se laisse manier par les personnes présentes. Je constate que la température axillaire est de 36°5, toute la partie abdomi-

©BIU Santé

nale est météorisée, la respiration est douce et égale, le pouls est normal, la sensibilité cutanée est intacte quoiqu'un peu affaiblie. A sept heures, j'obtiens involontairement la première parole. Je voulais lui faire boire du café, elle repoussa le bol en me disant : « Buvez d'abord. » Après que j'en eus goûté, elle absorba le reste à deux ou trois reprises successives. Dix minutes après, la scène change. La face se colore vivement, les yeux toujours dilatés sont brillants ; il survient un délire très gai. L'ouïe et l'odorat sont exaltés. La cloche de Saint-Honoré qui sonne lui annonce un baptême ou un mariage, la musique de la foire la ravit. Elle ne parle que d'aller au cirque et, quand on lui promet de l'y conduire, elle bat des mains, cite les représentations des années précédentes auxquelles elle a assisté, mais, chose qui me frappe, elle demande qui est le vieux monsieur qui était près d'elle tout à l'heure. Or, c'était une personne qu'elle voit tous les jours depuis quatre ans. Je le nomme et elle me répond : « Je ne sais pas. » Je lui demande alors si elle me connaît, ainsi que les personnes présentes. Elle nous dit notre âge, la nature de nos occupations, nous cite une foule de menus faits qui nous sont arrivés depuis six ans que nous la connaissons, mais il lui est impossible de se rappeler nos noms, je lui demande comment elle s'appelle ; elle n'en sait rien ; je lui dis ses noms et prénoms, elle me rit au nez, en me disant : « En voilà un drôle de nom, ce n'est pas le mien. » Et quand j'insiste, elle semble réfléchir et chercher son nom et finit toujours par me répondre : « Je ne sais pas. » En même temps, elle fait de temps à autre de profondes inspirations, répétant chaque fois : « Ah ! qu'il fait bon, que je suis heureuse. » La force musculaire est abolie, malgré tous ses efforts apparents ; on ne sent pas la pression de ses doigts sur le poignet. Le goût n'existe plus, elle rejette des pastilles de menthe qu'elle avait demandées, prétendant qu'on lui a donné du sable. Enfin, à neuf heures, les pupilles se contractent et se dilatent alternativement, la mémoire des noms lui revient, mais non le souvenir de ce qui s'est passé à partir de l'injection de cocaïne. La nuit est calme, la malade dort deux ou trois heures, se lève à huit heures du matin, sans troubles, sans douleurs. « Je suis comme une personne effrayée, me dit-elle. » Elle déjeune sans grand appétit à midi et se trouve si bien disposée qu'elle assiste à la représentation du cirque jusqu'à la fin. Le besoin d'aller à la garde-robe s'est fait sentir dans la journée et la sécrétion urinaire se fait sans modification. Après une suspension de vingt-quatre heures, l'écoulement menstruel suit son cours régulier.

Cette relation d'empoisonnement par la cocaïne est intéressante par les troubles de la motilité, par l'abolition au début des fonctions cérébrales intellectuelles, leur rétablissement laissant subsister l'amnésie, la surdité verbale de la personnalité.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 octobre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Traitement de la péritonite tuberculeuse par ponction suivie de lavage. — De l'hystérie simulant la chorée de Sydenham. — Traitement de la diarrhée infantile par le lait stérilisé.*

M. Debove : En 1862, Spencer Wells, pensant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, fit une laparotomie à une femme atteinte de péritonite tuberculeuse. Or la malade guérit non seulement de l'opération, mais encore de sa péritonite tuberculeuse, de telle sorte que l'année dernière, c'est-à-dire vingt-sept ans après la laparotomie, elle était encore en parfaite santé.

Depuis, de telles erreurs de diagnostic furent souvent commises, au grand profit des malades, si bien que les chirurgiens conseillent aujourd'hui, comme traitement de la péritonite tuberculeuse, la laparotomie suivie d'un lavage du péritoine.

Mais, pour faire ce lavage, la laparotomie n'est pas nécessaire et peut être remplacée par la simple ponction.

C'est ainsi que M. Debove a traité une femme de 28 ans, entrée dans son service le

9 juillet dernier pour péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Trois cobayes, inoculés avec du liquide, se tuberculisèrent. Le 12 juillet, une ponction fut pratiquée, qui permit de retirer six litres de liquide citrin et qui fut suivie d'un lavage avec deux litres d'eau boriquée saturée. L'eau et les appareils avaient été stérilisés à l'autoclave, à une température de 120°. Le soir même, la température, qui était à 38° le matin, s'éleva à 40°2; mais la fièvre tomba progressivement les jours suivants, l'état général s'améliora, l'embonpoint et les forces reparurent et, au bout de deux mois, la malade pouvait être regardée comme guérie.

Dans d'autres cas, la guérison survint après une simple laparotomie qui avait permis de voir les granulations qui infiltraient le péritoine et dans lesquelles on avait retrouvé le bacille de la tuberculose.

Il est évidemment très extraordinaire de voir une péritonite tuberculeuse guérir par une simple laparotomie avec ou sans lavage. Mais le fait est parfaitement démontré.

Pour laver le péritoine, il n'est cependant pas nécessaire de l'ouvrir; la laparotomie, en effet, est une opération grave, malgré les progrès de la chirurgie antiseptique, et ne doit être pratiquée que lorsqu'elle s'impose. On devra lui préférer de simples ponctions suivies de lavage, qui, comme dans le cas de M. Debove, donnent des résultats aussi favorables.

— M. Debove : MM. Rendu, Charcot, Pitres ont établi que les diverses variétés du tremblement hystérique peuvent simuler le tremblement de la sclérose en plaques, de la paralysie agitante. M. Debove, de son côté, vient d'observer un cas d'hystérie simulant la chorée de Sydenham, au point que le diagnostic de chorée avait été primitivement porté. Les mouvements désordonnés des membres, de la tête, du cou, ressemblaient d'une façon frappante à ceux qu'on observe dans la chorée; il y avait un embarras considérable de la parole.

Quelques jours après l'entrée du malade, un jeune homme de 21 ans, on lui découvrit deux zones douloureuses correspondant aux régions ovariennes de la femme; la recherche des autres stigmates de l'hystérie ne révèla que l'anesthésie pharyngée, mais cela suffisait pour établir un diagnostic. M. Debove fit alors une compression énergique des deux zones douloureuses, qui arrêta net les mouvements choréiformes. Cette guérison subite confirma le diagnostic d'hystérie. La difficulté de la parole disparut et le malade put donner des renseignement sur ses antécédents personnels et héréditaires. L'hystérie peut donc simuler la chorée ordinaire, et il est probable que les cas analogues sont moins rares qu'on ne le croit généralement.

— M. Comby : La diarrhée saisonnière qui décime la population infantile des grandes villes est un véritable fléau; elle frappe surtout les enfants nourris au biberon avec du lait falsifié ou altéré. Cette diarrhée est donc d'origine alimentaire.

A Paris, surtout pendant l'été, il est bien difficile dans les milieux pauvres de se procurer un lait de bonne qualité et aseptique. Or la scarlatine, la stomatite aphteuse, la fièvre typhoïde, la tuberculose peuvent se transmettre par le lait. Avant d'avoir recours aux remèdes pharmaceutiques, il faut donc chercher à modifier le régime alimentaire des enfants. La stérilisation préalable du lait en est le meilleur moyen, à condition toutefois que l'on stérilise un lait non falsifié. De plus, la stérilisation faite dans les ménages par l'ébullition est incomplète, et même le lait bouilli s'altère rapidement, surtout pendant l'été.

On trouve aujourd'hui dans le commerce un lait pur stérilisé qui peut être considéré comme un aliment de premier choix pour les enfant sains ou malades.

M. Comby a traité, à la fin de cet été, 56 enfants de 1 mois à 2 ans par l'usage exclusif de ce lait stérilisé. Ces enfants, atteints de diarrhée saisonnière d'origine alimentaire, ont été presque tous rapidement guéris. Ce lait n'a pas de goût et est parfaitement digéré. On peut donc fonder de grandes espérances sur l'usage du lait stérilisé dans l'alimentation artificielle des jeunes enfants. Car, s'il guérit la diarrhée, il peut aussi la prévenir; grâce à son emploi exclusif, on ne verrait plus la diarrhée infantile faire tant de victimes.

©BIU Santé

MM. Ollivier et Debove ont aussi employé du lait stérilisé, l'un chez les enfants, l'autre chez les adultes. Les résultats ont été très favorables.

FORMULAIRE

Traitement de la pleurésie. — V. Widal.

Combattre le point de côté par des injections morphinées, ou mieux par une application de ventouses scarifiées ou de sangsues. L'émission sanguine sera proportionnée aux forces du malade, ainsi qu'à l'intensité de la douleur locale et de l'oppression qui en résulte. Ce simple traitement suffit, dans bien des cas, pour faire rétrograder l'épanchement au bout de dix à quinze jours. Dans le cas contraire, on recourt aux diurétiques, principalement au bicarbonate de soude, ou aux eaux minérales alcalines ajoutées au lait. Si l'épanchement reste stationnaire, et que la résorption n'ait pas commencé après vingt ou vingt-cinq jours, il a des chances de passer à l'état chronique, et il faut alors faire intervenir les moyens chirurgicaux. — Chez les veillards atteints de pleurésie, les émissions sanguines sont le plus souvent contre-indiquées : On prescrit de préférence les toniques. — Dans la seconde enfance, cataplasmes légèrement sinapisés, ventouses, purgatifs salins légers, oxymel scillitique à la dose de une à trois cuillerées à soupe. — Badigeonnage iodé, frictions d'huile de croton, régime lacté. — N. G.

COURRIER

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois de septembre dernier, 158 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur.

49 ont été mordues par des chiens dont la rage a été reconnue expérimentalement.

93 ont été mordues par des animaux reconnus enragés par l'examen vétérinaire.

16 ont été mordues par des animaux suspects de la rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 141 fois; chats, 17 fois.

Pasteur et Saint-Hubert a Anvers. — Malgré l'opposition de la minorité libérale, le Conseil provincial d'Anvers a pris la résolution suivante : « Les malades qui, pour obtenir leur guérison, feront un pélerinage à Saint-Hubert, recevront de la caisse provinciale le même secours que ceux qui se rendent à l'Institut Pasteur.

On pensait généralement que le gouvernement belge refuserait son assentiment à la concurrence qu'on veut établir entre Saint-Hubert et Pasteur; mais il paraît que le *Moniteur* vient de publier le décret approuvant la délibération ci-dessus.

(*Bull. méd.*)

Les sages-femmes septiques en Prusse. — Le tribunal correctionnel de Bochum vient, paraît-il, de condamner à trois ans et demi de prison une sage-femme qui, malgré la défense faite par le médecin et signifiée par l'administration d'exercer sa profession pendant un certain temps, à la suite d'une série d'accidents puerpéraux imputables à sa négligence, a continué de pratiquer des accouchements dans les mêmes conditions et a ainsi provoqué la mort d'une personne et mis en danger celle d'une autre.

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN. — II. DU CASTEL : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — III. Revue de chirurgie. — IV. BIBLIOTHÈQUE : Traité élémentaire de pathologie générale. — V. REVUE DES JOURNAUX : Journaux italiens. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER.

BULLETIN

Inauguration du sanatorium du Canigou, au Vernet-les-Bains. Traitement de la phthisie pulmonaire par l'exposition au grand air.

Un des modes de traitement de la phthisie pulmonaire qui paraît actuellement le plus logique est le séjour sinon continu, du moins le plus prolongé possible, des phthisiques au grand air. Les travaux de Bennett, à Ménton, ceux, plus récents, de Frémy, de Nicaise, de Daremberg, ceux surtout de Dettweiler, à Falkenstein, ont attiré l'attention du monde médical sur cette méthode, qui a déjà rendu de grands et signalés services à un bon nombre de phthisiques. Ce n'est pas ici le lieu de discuter les théories qui ont été émises sur la manière dont agit en pareil cas l'air pur; il nous suffit de savoir qu'il agit favorablement, et que depuis plusieurs années, c'est-à-dire depuis que l'*Œuvre de la tuberculose* a été organisée, sous l'initiative de M. Verneuil, tous ceux de nos maîtres éminents qui l'ont aidé de leur appui moral et matériel ont désiré voir construire en France un établissement analogue à ceux qui existent déjà dans divers pays : l'Allemagne, le Danemark, l'Angleterre, etc.

Grâce à trois personnes, qui ont adopté cette idée avec enthousiasme, et qui s'y sont adonnées de tout cœur, nous aurons bientôt cet établissement : ce sont M. le docteur Brissaud, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, le docteur Sabourin, ancien interne des hôpitaux, bien connu pour des travaux remarquables, dont plusieurs sont devenus classiques, et M. le comte de Burnay, propriétaire de la station thermale du Vernet. Un mot sur le rôle qu'ont joué ces trois personnes dans la réalisation de l'idée.

M. Brissaud connaissait de longue date M. de Burnay et M. Sabourin; il savait que M. Sabourin, très au courant d'ailleurs de l'état actuel de nos connaissances sur la tuberculose, par ses travaux personnels, saurait faire le plan d'un établissement destiné au traitement des phthisiques, en diriger la construction, puis diriger le traitement des malades avec le savoir, la persévérance et la fermeté nécessaires; il savait, d'autre part, que M. de Burnay, fils et frère de médecin, sans être médecins lui-même, était tout disposé à mettre tous les fonds nécessaires au service d'une œuvre capable de rendre de si grands services à l'humanité. Il mit en rapport M. de Burnay et M. Sabourin, et celui-ci ne tarda pas à acquérir carte blanche pour la création d'un sanatorium. M. de Burnay mettait, en outre, sa propriété du Vernet à la disposition de notre jeune et savant confrère.

La situation du Vernet, hâtons-nous de le dire, jouit de précieuses qualités pour le but qu'elle est appelée à remplir. Entourée de tous côtés par les

©BIU Santé

Pyrénées, elle forme, à une altitude de 800 mètres, une sorte de vallée à l'abri de tous les vents ; seul, le vent du Midi peut y parvenir, mais seulement dans des cas tout à fait exceptionnels ; la température y est chaude en été, mais n'est jamais très froide en hiver, et la partie de la propriété dans laquelle séjourneront les malades est tellement située qu'ils pourront respirer à l'air libre depuis neuf heures du matin jusqu'au coucher du soleil. Evidemment, certaines précautions seront à prendre, qui rentrent dans l'organisation générale de l'établissement. Nous pouvons en parler *de visu*.

En effet, avant de faire sortir des flancs du Canigou les constructions, les initiateurs de l'établissement, MM. de Burnay et Sabourin, eurent l'idée, que je ne puis trouver qu'excellente, de soumettre sur place leurs plans aux membres principaux de l'*Œuvre de la tuberculose* et à divers médecins compétents dans la question. Parmi les personnes qui furent invitées à se rendre au Vernet, et qui purent accepter l'invitation, nous citerons : MM. Verneuil, Potain, Féréol, Brissaud, Faisans, Toupet, Launois (de Paris); Chopy (de Nemours); Grynfeldt, Tédenat, Grasset, Carrieu, professeurs à la Faculté de Montpellier ; tous les médecins de Perpignan, et plusieurs médecins des villes d'eaux voisines, Lavergne (de Salies-de-Béarn); Cazeaux (des Eaux-Bonnes), etc. MM. Bouchard, Cornil, Hanot, Reclus, Pamard (d'Avignon), Lépine, Poncet (de Lyon), etc., très favorables au projet, et qui devaient assister à sa discussion, si je puis ainsi dire, en furent empêchés pour des raisons diverses. On voulut bien me comprendre dans l'invitation, et c'est pourquoi je puis aujourd'hui rendre compte, un des premiers, de ce que sera la station sanitaire du Vernet.

L'établissement actuel, situé au fond de la vallée, au centre d'un parc splendide créé récemment, a été utilisé jusqu'ici pour le traitement des affections rhumatismales. Il pourra encore, pendant toute la saison d'été, c'est-à-dire de mai à septembre, servir au même but. Pendant l'hiver, c'est-à-dire du 1er novembre à la fin d'avril, les tuberculeux remplaceront les rhumatisants, mais dans des conditions toutes différentes. En effet, la partie de la station destinée aux tuberculeux, celle qui n'est pas encore bâtie, est située à une centaine de mètres au dessus de la première, comme altitude, mais à environ 500 mètres comme distance. D'ailleurs, ne séjournant jamais ensemble, par rapport à l'époque de la cure, au Vernet, les tuberculeux ne pourront pas infecter les autres malades. Ils le pourraient peut-être s'ils avaient la possibilité de répandre partout leurs crachats, mais c'est surtout à cet égard, pour parer à ce danger, que les plus grandes précautions ont été prises.

S'inspirant des acquisitions les plus récentes de la science, M. Sabourin a adopté les moyens les plus efficaces pour faire une guerre acharnée aux microbes. Les chambres habitées par les tuberculeux seront meublées et ornées de façon qu'aucun microbe ne puisse s'y cacher et échapper à la destruction : les murs, les plafonds seront revêtus de stuc; les angles en seront arrondis de façon à ce que le nettoyage puisse être parfait; les tapis, simplement en paille tressée, les meubles, les tables, chaises, couchettes, sont faits de telle façon qu'ils puissent être facilement passés à l'étuve, ce qui sera fait chaque fois que le médecin pourra soupçonner une infection. Celle-ci sera toutefois difficile à effectuer, car il y aura à la disposition des malades trois systèmes de crachoirs qui leur éviteront la tentation de cracher par terre ou dans leurs mouchoirs : de petits crachoirs de poche, sys-

©BIU Santé

tème Dettweiler; des crachoirs plus grands, qu'on mettra près des lits, des tables, en un mot, partout où séjourneront les tuberculeux; enfin des crachoirs plus grands, disséminés dans le parc, les lieux de promenade, etc. Tous ces crachoirs seront nettoyés aussi souvent qu'il sera nécessaire, au moyen de l'eau bouillante. Chaque malade aura sa chambre, qui restera ouverte toute la journée, et qui sera par conséquent aérée autant que possible; la nuit, on pourra, au moyen d'un système de fermeture ou de ventilation à choisir parmi ceux qui sont actuellement eu usage, continuer cette aération. Dans la journée, le malade se promènera dans le parc, s'il est remuable, si son état le lui permet, ou restera couché sur une chaise longue, sous une vérandah munie de rideaux qui lui distribueront à volonté l'air, la lumière, le soleil, la chaleur. De nombreux sièges, disposés de 20 en 20 mètres dans les allées du parc, lui permettront de faire des marches aussi courtes que possible, suivant ses forces.

Toutes ces dispositions ont été exposées, comme je l'ai déjà dit, sur place, par M. Sabourin et l'architecte de l'établissement, aux nombreux confrères qui s'étaient rendus à son invitation. Sauf quelques critiques de détails, tout a été approuvé et les constructions vont marcher avec une telle activité, car rien ne manque, ni la bonne volonté de nombreux ouvriers, ni l'argent, que le 1er novembre les malades pourront venir au sanatorium. Ils y trouveront surtout une chose qui manque à bien des stations sanitaires, tout réuni ensemble : logement, salle à manger, salle de bains, de douches, etc., un jardin d'une gaieté idéale, condition que je considère comme une des principales pour rendre la santé aux malades.

Et maintenant, faudra-t-il y envoyer tous les phthisiques? Poser la question, c'est la résoudre, et la résoudre par la négative. Evidemment non, il ne faut pas y envoyer tous les phthisiques : les formes à marche rapide, les granulies, les malades avancés, déjà cachectiques, qui ne pourront supporter la fatigue d'un long voyage, feront bien de rester chez eux ou d'aller ailleurs. Mais les tuberculoses pulmonaires commençantes, sans grand fracas, quoique avec hémoptysies, les tuberculoses avec cavernes même étendues, mais limitées et à marche lente, ou n'avançant que par poussées, retireront de leur séjour au Vernet de grands avantages.

D'ailleurs, on pourra se reporter, pour les indications, à ce que nos maîtres, et M. Jaccoud en particulier, professent sur le traitement de la phthisie par le séjour dans les stations de montagnes. Ce que le Vernet présente de spécial, c'est d'être une station de montagne française, jouissant de tous les avantages du climat méditerranéen, car le laurier rose, le palmier, l'eucalyptus, le cactus, le poivrier croissent en pleine terre; c'est la seule de ce genre en France, parfaitement installée, et destinée, nous en avons la certitude, à faire une concurrence victorieuse aux stations similaires de l'étranger. Les malades y seront certainement traités plus humainement qu'en Allemagne, où ils sont soumis à une discipline de caporal prussien; ils y seront en tout cas infiniment mieux nourris. Mais il ne faudrait pas croire cependant qu'ils n'en feront qu'à leur tête comme à Davos; M. Sabourin est fermement décidé à tenir la main aux mesures qu'il décidera pour empêcher ses patients de faire des imprudences, des écarts de régime et pour réprimer toute tentative d'insubordination relativement à l'usage des crachoirs. Il lui faudra beaucoup d'énergie pour commencer, mais il arrivera sans aucun doute à convaincre ses malades de l'excellence de ces mesures, et à les leur faire complètement adopter.

©BIU Santé

Il ne nous reste plus qu'à souhaiter à l'établissement sanitaire du Canigou, ainsi nommé parce qu'il est au pied de cette belle montagne, toute la prospérité qu'il mérite, ce que nous faisons de tout cœur.

Je dois ajouter que le Vernet avait déjà été utilisé avec grand succès, comme station de montagne, à la cure de la phthisie, par Lallemand (de Montpellier); depuis assez longtemps, cette station était tombée dans un oubli immérité, dont nous espérons qu'elle sortira, grâce à la savante et habile direction de M. Sabourin. — L.-H. PETIT.

Hôpital du Midi. — M. DU CASTEL.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Ulcérations tertiaires au cours de la syphilis.

Dans le traité des maladies vénériennes de mon savant collègue M. Mauriac, je trouve une observation analogue, je ne puis résister au désir de vous en donner lecture.

Chancre mou reposant sur une base scléreuse et ressemblant à un pseudo-chancre infectant. Inoculation positive. — M. X..., âgé d'une trentaine d'années, vit se développer sur la muqueuse du prépuce, à la troisième année révolue d'une syphilis bénigne, une lésion qu'il jugea vénérienne et qu'il vint me montrer. C'était une érosion reposant sur un disque sclérosé, parfaitement semblable à un chancre infectant. Pas d'adénopathie. Je ne doutai pas au premier abord qu'il ne s'agit d'une manifestation de la syphilis sur la verge. Néanmoins, je pratiquai l'inoculation et, à ma grande surprise, cette inoculation donna un résultat positif. C'était donc non pas un pseudo-chancre syphilitique, mais une véritable chancrelle. Je cite ce cas comme un exemple des modifications que la syphilis peut faire subir au chancre mou en hyperplasiant sa base.

Voici maintenant une observation un peu différente, mais qui me paraît pouvoir jeter aussi quelque jour sur l'étiologie et la pathogénie du pseudo-chancre.

Un homme de 54 ans venait me trouver, au mois de mars dernier, pour un accident qui le tourmentait depuis bientôt deux mois. C'était un ancien syphilitique qui avait été traité, il y a une trentaine d'années, par Ricord, pour une syphilis bénigne, mais incontestable. Marié après guérison, il avait eu des enfants, aujourd'hui majeurs, tous d'excellente santé et fortement constitués. Personnellement, il n'avait présenté depuis son mariage aucun accident syphilitique autre qu'un peu de périostite fugace, survenue il y a deux ans, et dont la nature syphilitique était même discutable. Notre malade était, depuis de longues années, sujet aux herpès récidivants, mais jusqu'alors il ne s'était pas préoccupé de cet accident resté chez lui limité à des proportions très supportables.

Deux mois avant de venir me consulter, le malheureux avait été pris de névralgies violentes commençant au niveau de la partie antérieure du corps caverneux gauche pour delà s'irradier dans tout le côté gauche de la verge, dans la région inguinale du même côté et dans la partie supérieure de la cuisse ; en même temps, les éruptions herpétiques se reproduisaient beaucoup plus fréquentes ; elles avaient lieu surtout dans le point par lequel les névralgies débutaient. Ces névralgies étaient atroces ; la nuit, quand le malade était immobile au lit, elles se calmaient ; mais, le jour, quand il venait à marcher, elles devenaient à ce point violentes que le malade restait presque tout le temps

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 14, 26 août, 4, 11, 16, 25, 30 septembre, 9, 11 et 16 octobre 1890.

© BIU Santé

allongé ; il fuyait toute société pour pouvoir se livrer tranquillement aux contorsions que l'intensité des douleurs provoquait chez lui ; il osait à peine se mettre à table avec sa famille et était souvent obligé de se retirer au milieu des repas ; forcé de faire deux petites excursions en chemin de fer, M. X... avait été pris, sous l'influence de la trépidation, de recrudescence instantanée des crises. Mais voici où l'observation devient intéressante : dans le point où les douleurs avaient leur point de départ, il s'était produit une plaque d'induration chondroïde d'un centimètre et demi de diamètre et d'un demi centimètre d'épaisseur.

Quand j'examinai le malade pour la première fois, je constatai la présence de cette petite plaque sous la muqueuse intacte du prépuce au niveau de la partie antérieure du corps caverneux gauche ; outre cette plaque d'induration, il en existait une autre au niveau du sillon balano-préputial du même côté, de forme semi-ovalaire, de consistance nettement chondroïde, non ulcérée, de 2 centimètres de largeur sur 1 centimètre de hauteur. Le malade me dit que, de temps à autre, il se produisait aussi à ce niveau de petites vésicules, mais beaucoup plus rarement qu'à la face interne du prépuce, et en beaucoup moindre abondance. M. X... se préoccupait surtout de la plaque préputiale, parce que, pour lui, elle était le point de départ des douleurs.

Pendant les trois mois que je traitai le malade, nous combattîmes avec un insuccès presque complet, bien qu'ayant employé à haute dose les antisyphilitiques et les calmants ; je dois dire cependant que, au commencement du mois de mai, les douleurs disparurent brusquement et complètement ; pendant une dizaine de jours, le malade put reprendre sa vie ordinaire et se crut guéri ; il s'apprêtait à venir me remercier de l'avoir tiré d'un aussi mauvais pas quand, la veille du jour où il avait intention de venir chez moi, sans cause connue, sans imprudence commise, les douleurs se réveillèrent, une poussée de vésicules se produisit et la série des accidents recommença avec son intensité première.

A la demande du malade, je me décidai à faire, avec le galvano-cautère, la scarification de la plaque indurée située au point de départ des névralgies ; le lendemain, mon client partait s'installer à la campagne et, depuis, il m'a écrit qu'il était toujours aussi malade.

Voici donc, Messieurs, trois malades atteints de chancres simples, un malade atteint d'herpès névralgique, chez qui on voit se développer, au point où sont nés les chancres simples pour les premiers, au point où se produisent les vésicules herpétiques pour le second, l'induration chondroïde qui constitue la partie fondamentale du pseudo-chancre induré. De telles observations permettent, je crois, de dire qu'un certain nombre de pseudo-chancres indurés sont la conséquence d'indurations syphilitiques survenues autour de lésions asyphilitiques, chancrelles, herpès, balanites ; il y a là une manière de réagir en présence de lésions banales particulière à quelques anciens syphilitiques, chez qui un certain degré d'activité de la vérole a persisté ; il est, du reste, quelquefois encore permis de constater cette persistance de l'activité de la syphilis par la coexistence d'autres lésions vénériennes, puisque, chez mes deux malades atteints de chancrelles, on a pu relever une fois une péri-onyxis, une autre fois du rupia ; y a-t-il, du reste, rien d'étonnant qu'on voie se produire, au niveau de lésions traumatiques ou inflammatoires du gland, une induration syphilitique ? Le même fait a été signalé par un certain nombre d'auteurs au niveau de lésions traumatiques ou inflammatoires de la peau survenues chez d'anciens syphilitiques. Gay, Bamberger, Finger, Plumert, etc., ont vu se produire, se transformer en de véritables papules ou tubercules syphilitiques, à la suite de piqûres de sangsues, de pustules varioliques, de furoncles, d'eczéma, dans le lieu même que ces différentes lésions avaient occupé. Il est, je crois, permis d'admettre, avec au moins autant de raison,

©BIU Santé

que de pareilles indurations puissent se produire, à la suite de l'irritation causée par la balanite simple, l'herpès, le chancre mou, au niveau du sillon balano-préputial, point connu pour sa prédisposition toute particulière au développement des indurations syphilitiques. C'est ce que les faits que je viens de rapporter me paraissent établir.

Je serais donc tenté d'admettre, au point de vue étiologique, deux classes de pseudo-chancre indurés : les uns, dont la cause nous échappe absolument, survenant peut-être par suite d'un réveil spontané du virus syphilitique en un point où il avait déjà manifesté plus ou moins longtemps auparavant son action; ce sont ceux dont je parlais tantôt, qui apparaissent dans le lieu que le chancre premier avait occupé sans que nous puissions trouver une cause à leur apparition; les autres se produisent à l'occasion d'une irritation non syphilitique par nature, à l'occasion de l'inoculation du virus chancrelleux comme chez mes deux premiers malades et chez celui de M. Mauriac, ou bien encore à la suite d'un simple herpès, comme dans ma troisième observation; cette classe serait un exemple de plus de l'influence des traumatismes et des irritations sur le réveil de la diathèse syphilitique.

Messieurs, un fait ressort de l'étude que nous venons de faire des ulcérations auxquelles la syphilis peut donner naissance sur les organes génitaux, fait capital et dont la connaissance a fait cesser bien des discussions entre syphiligraphes, particulièrement sur la fréquence des réinfections syphilitiques; c'est que la syphilis, à quelque période de son évolution qu'elle soit arrivée, quelle que soit son ancienneté, peut donner lieu à des ulcérations qui, pour un esprit non habitué à ce genre d'observations, donnent immédiatement l'impression d'un chancre simple ou d'un chancre induré, suivant que le processus ulcéreux ou le processus hyperplasique domine; ce sont de véritables pseudo-chancres.

Les pseudo-chancres indurés, comme les a baptisés le professeur Fournier, ont contribué fréquemment autrefois à faire admettre à tort l'existence de réinfections syphilitiques, et ont conduit des observateurs éminents à considérer celles-ci comme n'étant pas absolument rares; aujourd'hui que nous les connaissons bien, les pseudo-chancres indurés, que nous savons qu'il ne faut pas considérer un ancien syphilitique comme réinfecté par ce fait seul qu'il présente une ulcération aux apparences chancreuses, que cette lésion peut n'être qu'une lésion d'aspect chancriforme, un syphilome chancriforme survenu sous l'influence du réveil de la maladie ou d'un traumatisme et non un véritable chancre d'inoculation, nous ne savons plus trouver un cas de réinfection syphilitique incontestable; c'est, du reste, un point important de l'histoire de la syphilis sur lequel j'ai l'intention de revenir dans le cours de ces leçons; actuellement retenez seulement ce fait : quand vous verrez chez un ancien syphilitique se produire une lésion d'aspect chancrelleuse ou d'aspect chancreux, regardez-y à deux fois avant de vous prononcer, avant de déclarer que le malade vient de subir une infection chancrelleuse ou une nouvelte infection syphilitique, car il se peut que vous soyez, il est probable que êtes, simplement en présence d'une lésion syphilitique tardive, d'un *pseudo-chancre* d'origine syphilitique.

(*A suivre.*)

©BIU Santé

REVUE DE CHIRURGIE

Sommaire : Les goîtres sporadiques. — Traitement du goître par la ligature des artères thyroïdiennes. — Traitement des fractures par le massage.

M. le docteur Charvot vient de publier un travail (1) très intéressant qui éclaircit la pathogénie si obscure de cette variété de goître.

La *thyroïdite typhique* a été étudiée par un certain nombre d'auteurs. On peut citer les travaux de Forgue, Purchaud, Lucke et Kocker. C'est une complication rare de la dothiénenthérie qui survient au début de la convalescence et présente deux formes distinctes au point de vue de l'évolution. Tantôt la poussée se termine par résolution complète, tantôt la glande suppure et il se forme un abcès. Quelquefois (obs. de Forgue) il y a des poussées inflammatoires successives, d'autres fois (obs. Hublé) le goître apparaît lentement et, après avoir pris un volume relativement considérable, se résout complètement. Un petit foyer purulent bien appréciable peut se résoudre sans crever la peau, mais le plus souvent la suppuration est suivie de l'ouverture à l'extérieur ou dans les voies aériennes. Peut-être, d'après un cas de Laveran, doit-on admettre que la thyroïdite causée par le poison typhique existe à l'état isolé ou, du moins, précède quelquefois l'éclosion de la fièvre typhoïde. L'intervention chirurgicale doit être regardée comme nécessaire dans tous les cas de goître suppuré ; en attendant trop longtemps, on pourrait exposer le malade à de graves accidents. Quand on étudie les cas de thyroïdite typhique, on voit qu'il y a fréquemment une prédisposition goîtreuse qui s'accuse par la constatation antérieure d'une tumeur thyroïdienne, l'existence de la difformité dans la famille, etc.

Quand il existe un moignon goîtreux, il est évident que le microbe trouve à ce niveau un terrain propice pour se développer. Quand il n'y en a pas, on pourrait admettre que « par hérédité ou par le fait d'un long séjour dans un pays à endémie goîtreuse, l'homme garde une prédisposition à contracter cette infirmité, une sorte de goître latent. »

La *thyroïdite rhumatismale* est fort rare. Elle est décrite en Allemagne dans le mémoire de Kocher. En France, il n'en existe que deux observations. L'une a été recueillie par M. Bernardy et publiée par M. Charvot sous le titre suivant : « Thyroïdite aiguë congestive, de nature franchement rhumatismale, survenant au cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu, fébrile, envahissant successivement les deux lobes de la glande thyroïde s'accompagnant de suffocation et se résolvant rapidement sans laisser de trace. Coïncidence d'une bronchite intense. Le malade est originaire d'un pays où l'on observe quelques cas de goître, mais il n'avait jamais vu auparavant son cou gonfler. » L'autre est due à M. Charvot lui-même ; en voici le sommaire : « Thyroïdite aiguë bilatérale, plus développée à droite, survenant brusquement et sans cause appréciable chez un jeune soldat originaire de l'Auvergne, mais ne présentant aucun antécédent goîtreux héréditaire ou personnel. Douleurs musculaires dans les sternomastoïdiens et le membre inférieur, difficultés du diagnostic pathogénique. On suppose une thyroïdite aiguë rhumatismale. »

Il existe une thyroïdite paludéenne (Barton, Osiander, Greco). Dans deux cas de Castellan (Th. de Montpellier, 1887) il y eut des douleurs sourdes dans la région de la glande thyroïde, puis la congestion s'établit et le gonflement est considérable ; il ne s'accompagne que d'un peu de rougeur à la peau, sans chaleur locale. La douleur disparut rapidement et la résolution survint en six et sept jours. Il ne se produisit pas de fièvre, mais seulement du malaise, de la lassitude et un peu de mal de tête.

Les malades étaient deux jeunes matelots, habitant depuis plus d'un an la Guyane, atteints déjà d'accès fébriles intermittents. Chez l'un, la congestion thyroïdienne remplaça un accès tierce ; chez l'autre, elle coïncida avec un fort accès. Le quinine produisit des effets très rapides. M. Charcot a aussi publié quelques observations personnelles intéressantes.

(1) *Revue de chirurgie*, 1890, 9.

©BIU Santé

M. Servier a prouvé l'existence de la *thyroïdite ourlienne*. Cette thyroïdite coïncida avec la tuméfaction des parotides et des glandes sous-maxillaires; il y eut aussi une néphrite.

En 1870, Liouville a montré à la Société de biologie des corps thyroïdes recueillis chez des varioleux; il y avait, à l'intérieur des glandes, des congestions, une hyperémie notable, une arborisation très considérable des vaisseaux gorgés de sang, parfois de petites ecchymoses et des hémorrhagies avec infiltration hématique.

M. Charvot a relevé, dans la *Revue d'Hayem*, l'analyse d'un mémoire de E. Frænkel sur la tuberculose du corps thyroïde. Elle est de règle dans la tuberculose miliaire aiguë, mais se voit aussi dans la phthisie chronique. On trouve soit des tubercules miliaires, soit des foyers volumineux solitaires ou multiples. Les premiers débutent par le tissu conjonctif interfolliculaire, sont riches en cellules géantes et pauvres en bacilles.

Laure a communiqué à la Société des sciences médicales de Lyon un cas de thyroïdite puerpérale.

De ses recherches, M. Charvot conclut que les goitres aigus sporadiques qui poussent dans les régions non infectées par le goitre et dont il est impossible encore aujourd'hui d'approfondir la pathogénie, doivent être d'origine infectieuse. Beaucoup des sujets atteints sont originaires de pays à endémie goitreuse, présentent des accidents héréditaires ou portent des moignons goitreux depuis leur enfance. On doit admettre l'importance d'une tare organique fixant la localisation infectieuse, d'une prédisposition goitreuse, peut-être d'une graine goitrigène dont l'affection intercurrente viendrait hâter l'éclosion.

— Au 19e Congrès des chirurgiens allemands, Rydygier (de Cracovie) a fait une communication sur les résultats lointains de la ligature des artères thyroïdiennes dans les cas de goitre. Il a mis en pratique ce mode de traitement après la publication que le professeur Wolfler (de Gratz) a faite de ces résultats. La ligature des thyroïdiennes, d'un côté, ou celle des supérieures ou des inférieures, ne suffit pas. Il faut lier les quatre vaisseaux, ce que l'on peut faire sans redouter la cachexie strumiprive. On ne doit pas recourir à ce traitement lorsqu'il s'agit de goitres kystiques ou fibreux. Dans ce dernier cas, il est inutile, puisque c'est la régression fibreuse que l'on veut obtenir. La méthode est applicable aux goitres parenchymateux, surtout quand ils sont très vasculaires. Rydygier a fait 21 opérations, J. Billroth en a fait 7; quatre fois les opérés sont restés guéris, deux fois il a fallu en venir à l'extirpation.

Pour faire la ligature, Rydygier fait une incision horizontale comme dans la ligature de la sous-clavière; la cicatrice est très peu visible.

II

Deux mémoires sur le *massage dans les fractures* viennent de paraître simultanément dans la *Clinique* (de Bruxelles).

Pour M. Crickx, le massage, dans les fractures, est un véritable procédé de choix et, dans certaines fractures, on ne peut en employer de meilleur. Dès 1874, Bourget et Dubreuil avaient donné des observations de fractures juxta-articulaires traitées et guéries par le massage, mais c'est Lucas-Championnière qui a vulgarisé le traitement (1886). Un grand nombre de travaux ont été publiés par Verchère, Rafin, Schreibe, etc. Dans le *Traité de chirurgie* de Reclus et Duplay, Ricard rappelle que, « dans la série animale, la pratique du massage et la mobilisation des fractures n'est pas infirmée par les résultats que l'on constate assez souvent. Chez les animaux où l'immobilisation des fragments n'est pas praticable, la consolidation s'effectue par un cal engainant fort solide. Crup a présenté, à la Société pathologique de Londres, une fracture oblique de l'humérus chez un gorille, consolidée sans déformation, absolument comme si le membre avait été immobilisé dans des attelles régulièrement appliquées ». Lucas-Championnière a cité un cas de fracture de l'humérus, un autre de fracture du tibia qui guérirent régulièrement sans appareil. En général, les entorses avec arrachement d'un fragment osseux ne se consolident pas plus vite par le massage que par le traitement habituel.

Pour M. Crickx, le massage convient surtout aux fractures du radius, des malléoles,

de la rotule, de l'olécrâne, des apophyses épineuses, de l'épitrochlée, de l'apophyse styloïde du cubitus, de la tubérosité antérieure du tibia. Pour les fractures de jambe, l'immobilisation et l'appareil sont préférables. Les fractures du radius chez les vieillards doivent être traitées par le massage. Il faut commencer par des effleurages et cesser si le malade présente de trop vives douleurs; de plus, les mouvements doivent être centripètes et ne pas être pratiqués pendant les premiers jours sur le siège même de la fracture. Quelquefois la douleur s'exaspère au bout de trois ou quatre jours. Il faut continuer les effleurages légers tant que la douleur persiste. Sitôt qu'elle a disparu, cette manœuvre sera renforcée pour passer petit à petit à des frictions, d'abord faibles, puis progressivement plus énergiques. On n'oubliera pas, en même temps, de faire faire des mouvements passifs aux bras, tout en laissant le poignet bien tranquille. Dès lors on pourra commencer à masser légèrement le siège de la fracture tout en s'arrêtant dès que le malade ressentira de la douleur. On ne saurait trop insister sur la patience qui est nécessaire pour obtenir les meilleurs résultats. Après une dizaine de jours, en moyenne, on peut commencer le massage des muscles de l'avant-bras et de la main et faire subir au poignet quelques mouvements peu étendus qui ne doivent jamais aller jusqu'à la douleur. Si on veut un appareil, on se contentera d'une gouttière de carton. Les fractures doubles de l'avant-bras seront placées dans un appareil pendant au moins une trentaine de jours; ensuite on fera chaque jour une ou deux séances de massage de quinze minutes en replaçant l'appareil immédiatement après. On peut appliquer aux fractures du péroné tout ce qui vient d'être dit pour les fractures du radius; les mouvements passifs de l'articulation sont très utiles.

M. Crickx recommande aussi le massage dans les fractures de la rotule et de l'olécrâne. Dans les fractures para et intra-articulaires, il est bon de placer un appareil que l'on n'enlèvera qu'au bout de huit jours pour commencer le traitement.

— M. Lebrun a rappelé les règles établies par Lucas-Championnière. Il faut d'abord bien déterminer le foyer de la fracture, que l'on ne doit pas presser directement. Le membre doit être ensuite bien fixé, le foyer bien immobilisé. Puis le massage doit être exécuté sans violence. On fera des pressions douces avec la main dans une direction perpendiculaire à l'axe du membre, suivant le cours du sang veineux, et, le massage terminé, on imprimera des mouvements aux articulations voisines de la fracture. La durée de chaque séance doit être de vingt à trente minutes, et on pratiquera le massage pendant huit à vingt et un jours, selon la fracture. Le critérium est celui-ci : cesser le massage dès que les mouvements imprimés aux articulations du membre fracturé ne sont plus douloureux et que ce membre a repris son volume normal. En dehors des séances on mettra une bande roulée en flanelle, modérément serrée; il faut caler le membre plutôt que le serrer. Si le déplacement est possible, on doit mettre un appareil.

M. Lebrun a rapporté 3 cas de fracture (2 fractures du péroné, 1 fracture de la clavicule) dans lesquels le massage eut le plus heureux résultats.

BIBLIOTHÈQUE

Traité élémentaire de pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie, par H. Hallopeau, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis; 3e édition, IIe partie, revue et augmentée. — J.-B. Baillière, 1890.

Nous avons rendu compte, il y a quelques mois, de la première partie de la nouvelle édition de ce livre excellent, dont trois éditions en six ans disent assez le succès. La première partie était consacrée presque en entier à la bactériologie, c'est-à-dire aux causes animées des maladies. Avec celle-ci commence l'étude des *processus morbides*; suit celle des *troubles fonctionnels*; la quatrième partie, intitulée : *Affection et maladie* traite des classifications pathologique et nosologique, de l'évolution des maladies, de la convalescence et de la mort; la cinquième partie (*étude générale de l'art médical*) est consacrée au diagnostic, au pronostic, à la prophylaxie et à la thérapeutique.

©BIU Santé

Pour mettre son livre au courant des plus récentes découvertes, notre maître et éminent collaborateur n'a épargné ni son temps ni sa peine. Nous avons dit que la première partie était parfaitement complète au point de vue des connaissances en microbie. Dans la seconde, ce sont la neuro-pathologie et la chimie biologique qui ont nécessité le plus de remaniements; les travaux de M. Charcot et de son école, de M. Bouchard et de ses élèves, de MM. A. Gautier, Lépine, A. Robin, Hayem, ont été minutieusement analysés. Aussi l'auteur peu-il être assuré que son livre continuera à être le traité classique de pathologie générale. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

Sur un calcul de l'ouraque, par le docteur de Gennaro. (In *Il Morgagni*, n° 33, août.) — Cette portion moyenne de l'allantoïde, qui traverse l'ombilic et forme d'abord en un canal, finit plus tard par un conduit ligamenteux et persiste après le développement normal de tous les organes sous la forme d'un cordon étendu du sommet de la vessie à l'ombilic, est le siège de quelques rares affections. L'auteur italien cite un individu atteint d'écoulement muco-purulent de l'ombilic pendant quelques jours, puis, par le trajet fistuleux sort un beau matin un calcul gros comme un fève qui met fin à toutes les souffrances du malade. Ce calcul était dû à une fermentation ammoniacale de l'urine stagnante dans une sinuosité de l'ouraque béant, d'où le dépôt consécutif de phosphates.

Il y avait eu, trois jours avant que le calcul ne fût expulsé par l'ombilic, un spasme vésical très accusé. On peut donc supposer que le calcul aura été chassé de la vessie dans l'ouraque resté perméable; cette supposition n'est pas admise par l'auteur, qui, avec infiniment de raisons spécieuses, essaye de réfuter cette hypothèse, la seule vraisemblable néanmoins.

Sur la genèse des phénomènes consécutifs à la pression du faisceau nervo-musculaire du cou, par le docteur Cantu. (In *Il Morgagni*, n° 34, août.) — Il n'y a pas de phénomènes qui aient donné lieu à tant de discussions sur leur interprétation que celui observé pour la première fois par Czermak et ensuite par Concato.

Pour Cardarelli, qui s'est occupé spécialement de cette question, et pour Concato de même, le phénomène du ralentissement du pouls serait dû à la pression exercée par la carotide athéromateuse sur le nerf pneumogastrique.

Murri et le docteur Cantu interprètent le ralentissement du pouls, par la pression dans le triangle carotidien, à un trouble dans l'innervation qui déséquilibrerait profondément la circulation, rendant celle-ci plus difficile dans le cerveau; la dégénérescence athéromateuse de la carotide est également la condition indispensable pour que ce syndrome puisse se produire.

Le travail du docteur Cantu est la critique des diverses opinions qui ont cours actuellement dans la science sur ce sujet assez difficile à interpréter, et qui est loin d'être encore nettement élucidé.

Pleurésie causée par le bacille typhique, par le professeur Bacelli (*Clinique médicale de Rome*) et les docteurs Loriga et Pensuti. (*La Riforma medica*, septembre, n° 206.) — Pavoni Giovanni, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital du Saint-Esprit pour une fièvre typhoïde; au décours de cette maladie, il est pris d'une pleurésie dont le liquide finit par remplir tout le côté gauche.

Des recherches bactériologiques sont faites à deux époques avec le liquide pleural; la première fois, le liquide extrait par thoracentèse est verdâtre; la seconde ponction le montre nettement purulent. L'examen fait avec le plus grand soin, et les méthodes habituelles de culture, ont permis de constater le bacille décrit par Koch, Eberth, Gaffky.

Il était assez difficile de distinguer ce bacille d'une foule d'autres qui lui ressemblent plus ou moins.

©BIU Santé

Des cultures ont été faites :

1° Sur pomme de terre, d'après la méthode de Roux;

2° Avec du lait stérilisé, selon Sautori (de Rome);

3° Sur la gélatine colorée, d'après Nögerrath, Grancher et Deschamps;

4° La réaction de l'indol, proposée par Kitasato, a été caractéristique dans sa négation; enfin, toutes ces recherches ont nettement permis de reconnaître le bacille typhique. C'est une très curieuse observation dont il existe un bien petit nombre d'exemples dans la science et, à ce titre, que l'on devait signaler; elle prouve que le bacille de la fièvre typhoïde peut, soit pendant l'évolution de la maladie, soit après celle-ci, se localiser dans divers organes et y produire l'inflammation, voire même la suppuration, ce qui explique les complications de cette maladie.

Empoisonnement par la colchicine, par le docteur Giulio Sprega. (In *Gazzetta degli ospitali*, 1er octobre.) — Dans le mois de mars de cette année, M. le professeur Albertoni publiait, dans la même *Gazette*, le récit d'un empoisonnement par la colchicine, suivi de l'expertise médico-légale à laquelle il avait présidé; tel est le compte rendu de cette observation qui paraît aujourd'hui.

C'est la seconde fois qu'on a à enregistrer dans la science un empoisonnement par la colchicine. Voici le fait : Une dame, très nerveuse, souffrait depuis longtemps de graves troubles intestinaux qu'une émotion un peu vive provoquait invariablement depuis plusieurs années. Des vomissements, de la diarrhée séro-sanguinolente, des vertiges, un sentiment de brûlure à l'estomac, de la lividité, tels étaient les symptômes présentés par cette malade lorsque le docteur Giulio Sprega la vit pour la première fois. Il apprend qu'un de ses collègues, pour enrayer les accès gastro-intestinaux habituels, avait prescrit, la veille, des prises de cotoïne. L'examen d'un des paquets de cette poudre élève dans l'esprit du médecin des doutes sur la nature du médicament, qui se présente avec une coloration cannelle, une saveur très amère et amorphe, alors que la cotoïne a une couleur citrine, un goût douceâtre et piquant et une forme cristalline semblable à celle de l'acide gallique. Il y avait donc erreur et empoisonnement de ce fait. Les symptômes deviennent bientôt très alarmants, plus de pouls, défaillances continuelles, selles involontaires et vomissements constants. Pendant quatre heures, on fait des injections éthérées et de morphine, on donne du café, du lait glacé, etc. Bref, un peu d'amélioration qui ne dure pas, et la malade ne tarde pas à succomber.

Quarante-huit heures après, autopsie médico-légale. Putréfaction avancée; emphysème cutané, diffus. Dégénérescence graisseuse du foie et du cœur, avec insuffisance mitrale; coloration noirâtre sous la muqueuse et le long de la grande courbure de l'estomac. Entérite diffuse avec quelques taches hémorrhagiques.

L'examen de la poudre incriminée montre qu'elle est composée de colchicine et non de cotoïne. Or, l'action irritante de la colchicine sur l'intestin étant connue, les effets ont été désastreux sur cette malade déjà affectée depuis longtemps d'entérite; l'insensibilité de la peau aux révulsifs et aux courants faradiques, l'absence de crampes, malgré l'exagération de la diarrhée, montre bien que la colchicine déprime et abolit la sensibilité de la peau et paralyse l'activité des muscles de la volonté. — Millot-Carpentier.

FORMULAIRE

Pommade contre le chloasma et les taches pigmentaires de la gravidité. — Monner.

Précipité blanc	0 gr. 08 centigr.
Oxyde de zinc purifié	0 gr. 20 centigr.
Beurre de cacao Huile de ricin	aâ 50 grammes.
Essence de roses	q. s. pour une pommade

Deux fois par jour, on fait des onctions avec cette pommade sur les taches pigmen-

©BIU Santé

taires qui s'observent pendant la grossesse. — Que le chloasma soit ou non sous la dépendance de la gravidité, M. Besnier fait appliquer tous les soirs, sur la peau, une mousseline enduite de la pommade suivante : Onguent de Vigo, 15 grammes; vaseline, 15 grammes. On recouvre la mousseline de taffetas gommé.

Le matin, on nettoie la peau à l'eau chaude, et pendant le jour, on y applique une pommade composée de : Kaolin et carbonate de bismuth àà 10 grammes, vaseline 40 grammes. — N. G.

COURRIER

Concours de l'internat. — La composition écrite a eu lieu le mercredi 15 octobre, à midi. — Le jury était composé de MM. Polaillon, président; Richelot, Tuffier; Albert Robin, Letulle, Raymond; Champetier de Ribes.

Le sujet qui a été tiré était : « Pancréas (anatomie et physiologie); Diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac. »

La lecture des copies commencera le lundi 20 octobre, à quatre heures. Elle aura lieu dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

Faculté de médecine de Paris. — Sont maintenus pour un an, à partir du 1er novembre 1890, dans les fonctions de chef de clinique :

MM. Fonbert, Pignol et Marfan (clinique médicale), Rochard et Clado (clinique chirurgicale), Tissier (clinique obstétricale), Rouillard (clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale), G. Guinon (clinique des maladies du système nerveux), Feulard (clinique des maladies cutanées et syphilitiques), Chaffard (clinique ophthalmologique).

M. Guillemain, Jacob, Arron, Lafourcade et Blaise sont nommés, pour trois ans, à partir du 1er octobre 1890, aides d'anatomie, en remplacement de MM. Lyot, dont le temps d'exercice est expiré, Legueu et Regnauld, appelés à d'autres fonctions, Rollin et Récamier, démissionnaires.

MM. Legueu et Renauld sont nommés, pour quatre ans, à partir du 1er octobre 1890, prosecteurs, en remplacement de MM. Hartmann et Boiffin, dont le temps d'exercice est expiré.

Sont institués pour un an, à partir du 1er novembre 1890 :

Chef de clinique médicale : M. Ménétrier, en remplacement de M. Duflocq, dont le temps d'exercice est expiré;

Chef de clinique chirurgicale : M. Lejars, en remplacement de M. Beurnier, dont le temps d'exercice est expiré;

Chef de clinique obstétricale : M. Potocki, en remplacement de M. Boissard, dont le temps d'exercice est expiré;

Chef de clinique des maladies des enfants : M. Martin de Gimard, en remplacement de M. Deschamps, dont le temps d'exercice est expiré;

Chef adjoint de clinique des maladies des enfants : M. Louis Guinon.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joseph Moreau Marmont, médecin odontologiste des hôpitaux, décédé subitement à l'âge de 58 ans, le 25 septembre 1890.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

GOUTTES AMÈRES DE GIGON, stimulant de l'estomac.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. L.-G. RICHELOT : Fibrome utérin et salpingite suppurée. — II. Revue des cliniques. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — IV. FORMULAIRE. — V. COURRIER.

Fibrome utérin et salpingite suppurée

Par L.-G. RICHELOT.

Le fait suivant, que j'ai communiqué à la Société de chirurgie, mérite d'être publié, parce qu'il montre bien de quelles difficultés est entouré le diagnostic des lésions tubaires ou ovariennes qui accompagnent souvent les fibromes utérins, alors même que ces lésions sont graves et invétérées ; combien, par suite, il est dangereux d'instituer un traitement, et d'employer empiriquement certains procédés, sans les avoir prévues.

Le 1er juillet 1889 entre à l'hôpital Tenon une femme de 46 ans, qui porte une grosse tumeur abdominale. Depuis dix ans, les règles sont plus abondantes et s'accompagnent de violentes douleurs. Il y a treize mois, une ménorrhagie assez grave la fit entrer à Bichat, dans le service de M. Terrier, mais elle en sortit sans avoir subi d'opération. Dernièrement encore, elle eut une perte qui dura quinze jours; elle souffre dans les aines et sur le trajet des nerfs sciatiques. Au palper abdominal, on trouve une tumeur médiane, faisant corps avec l'utérus et montant jusqu'à l'ombilic; elle est lisse, régulière, très peu mobile. Au toucher vaginal, qui est douloureux, le doigt constate la présence d'une masse dure engagée dans l'excavation. Diagnostic : fibrome interstitiel.

Il était impossible d'en dire plus long, impossible de trouver autre chose que cette tumeur unique et ayant toute l'apparence d'un gros utérus développé par la présence d'un myome; impossible de démontrer une altération des ovaires ou des trompes. Il est vrai que la douleur, au palper, était plus vive au niveau des fosses iliaques; mais, comme la main n'y sentait aucune tuméfaction annexée à la masse utérine, comme le doigt ne trouvait rien autre que cette masse dans les culs-de-sac vaginaux, j'étais bien forcé de m'en tenir au diagnostic simple de fibrome.

Tumeur interstitielle, hémorrhagique, douloureuse, chez une femme de 46 ans : lequel de nos électriciens eût ici refusé d'appliquer sa méthode? Néanmoins, je trouvai plus sûr de faire une laparotomie et d'avoir le mal sous les yeux. L'opération fut pratiquée le 9 juillet, avec l'aide de mes internes, MM. Dehayle et Gauthier.

Après l'incision de la paroi, doublée d'une épaisse couche de graisse, je tombe sur la masse principale, qui est bien l'utérus grossi par un fibrome interstitiel, et je trouve deux autres tumeurs, grosses comme des pommes, pédiculées sur le fond du globe utérin et intriquées dans un magma d'adhérences épiploïques. Je romps peu à peu les adhérences, je libère les deux tumeurs et je les enlève après ligature de leurs pédicules au fil de soie. Puis, examinant la masse, je la trouve peu mobile, et j'explore à droite,

©BIU Santé

pour savoir les causes de cette fixité. Alors, sans violence, sans grand effort, mon doigt traverse une mince paroi et ouvre une poche d'où un flot de pus s'écoule dans le péritoine. Des éponges recueillent ce liquide et essuient l'intestin; de petites éponges montées vont sécher le fond de la poche, qui n'est autre que la trompe dilatée, sinueuse et adhérente. Mon doigt la dissèque peu à peu, l'isole avec prudence et finit par l'enlever à peu près entière; mais il reste au fond quelques lambeaux, que je ne puis aller chercher tant ils adhèrent, et tant la manœuvre est gênée par la présence du globe utérin. Avant d'aller plus loin, je fais un lavage à l'eau bouillie, et j'enlève à coups d'éponge tous les débris qui pourraient toucher l'intestin et souiller le péritoine.

A gauche, même rupture, même besogne encore plus difficile, déchirures multiples de la trompe que j'énuclée peu à peu, toilette et lavage à l'eau bouillie. Les ovaires, comme les trompes, sont venus en lambeaux; mais les foyers qui restent sont trop irréguliers, trop difficiles à fouiller dans leur profondeur, pour que je sois sûr de leur asepsie; je me décide donc à laisser un drain dans chaque fosse iliaque.

Au moment de procéder à ce dernier temps de l'opération, j'aperçois une large déchirure du côlon descendant, dont la paroi, intimement adhérente à la poche tubaire, a cédé pendant les manœuvres. Il faut s'armer de patience. Le cas est difficile, car le gros intestin adhère profondément et ne se laisse pas attirer; tout au plus vient-il au contact du péritoine pariétal, séparé lui-même de la peau par 4 ou 5 centimètres de graisse.

Alors, je saisis doucement l'intestin, et par des fils de catgut j'unis un côté de sa déchirure au péritoine qui double la lèvre gauche de l'incision abdominale. L'autre côté ne pouvant être attiré jusqu'à la lèvre droite, je le suture au globe utérin. Puis, au-dessus et au-dessous de l'orifice accidentel, je rapproche les deux lèvres du péritoine, en ménageant un passage aux deux drains iliaques et en prenant dans mon surjet la surface utérine. Cette manière d'hystéropexie a pour but d'immobiliser le globe utérin et d'éviter le tiraillement de la suture intestinale. Un second surjet de catgut rapproche les aponévroses et les muscles, un troisième étage de crins de Florence unit la peau et la graisse, un troisième drain est mis à l'angle inférieur de l'incision, derrière le pubis, et un quatrième, le plus gros, dans le bout supérieur du côlon, afin d'éviter toute infiltration de gaz ou de matières avant l'établissement des adhérences.

En fin de compte, j'avais assuré le drainage des foyers dangereux, et formé un anus contre-nature au fond d'un entonnoir dont la graisse pariétale et un peu du globe utérin formaient les parois. L'opération avait duré trois heures et fatigué singulièrement l'opérateur et ses aides.

La malade resta cinq jours sans rendre ni matières ni gaz, ce qui permit aux adhérences de s'établir solidement. Elle eut 38°4 le deuxième jour, et ce fut tout. Le cinquième, les matières intestinales commencèrent à sortir par l'anus artificiel. Un point de la suture abdominale s'étant désuni, l'anus forma un cloaque avec les orifices des drains latéraux. Ceux-ci, promptement raccourcis, donnèrent passage à une suppuration modérée, et furent enlevés le 30 juillet. L'orifice alors bourgeonnait bien et tendait à la cicatrisation; l'état général ne s'était pas démenti.

Un jour, l'exploration du rectum nous fit trouver des matières qui avaient passé dans le bout inférieur, et qui furent évacuées par un lavement. Même manœuvre quelques jours plus tard. La malade ayant commencé à se lever,

le cours des matières se rétablit aussitôt, et l'anus anormal devint une fistule insignifiante.

Elle sortit le 15 septembre, et vint bientôt me revoir, n'ayant plus qu'un petit orifice qui laissait échapper des gaz. Depuis cette époque, je ne l'ai pas perdue de vue : la fistule, qui n'admet qu'un stylet, s'ouvre et se ferme, et l'oblige à un pansement léger qui l'incommode fort peu ; je ne doute pas qu'un jour prochain elle s'oblitère définitivement. La santé générale est excellente, le fibrome est silencieux, les pertes ont disparu, toute douleur a cessé par la suppression des annexes.

Que serait devenue cette malade, si, ne voyant que la tumeur, — qui seule était visible, — ignorant la suppuration des trompes et l'imminence de leur rupture, reculant enfin devant l'opération qui était la seule chance de salut, on lui eût fait subir en conscience un traitement électrique, avec des intensités hautes ou basses?

REVUE DES CLINIQUES

Sommaire : Fièvre typhoïde : Artérites et complications cardiaques. — Nature et traitement.

I. M. Potain : *Artérite transitoire des membres inférieurs dans la convalescence de la fièvre typhoïde* (1). — Cette artérite présente des points de ressemblance avec l'artérite oblitérante, qui entraîne la gangrène des membres dans le décours de la fièvre typhoïde et est cependant transitoire et sans gravité. Une malade, dont la fièvre typhoïde n'avait présenté comme particularité notable que d'avoir été précédée d'une éruption d'érythème noueux, fut prise de douleurs dans les membres inférieurs. Quelques-unes de ces douleurs pouvaient être rattachées à des myosalgies, mais il y avait des points excessivement douloureux répondant aux artères, principalement à l'artère crurale, à l'artère tibiale postérieure et à l'artère pédieuse du côté droit. La pédieuse droite, qui présenta des battements d'abord plus forts que vers la pédieuse gauche, guérit en quelques jours; les battements disparurent complètement. Le cœur était normal.

L'artérite oblitérante a été signalée depuis longtemps dans la convalescence de la fièvre typhoïde et est suivie de gangrène (Alibert, Laroque, Bourgeois, etc.). Cependant, il y a des cas où il n'y a qu'une suspension momentanée des battements artériels qui reparaissent ensuite. Il s'agit là d'une forme spéciale d'artérite que l'on peut appeler *artérite pariétale*, et que M. Potain a étudiée. Cette affection est peu fréquente et on peut en tracer la symptomatologie suivante : En général, l'affection se montre au début de la convalescence, du vingt-deuxième jusqu'au cinquante-huitième jour. Elle se révèle d'abord par une douleur très vive, siégeant sur le trajet de l'artère crurale ou au niveau du mollet et ne se produisant que du côté gauche; cependant, l'artérite débute quelquefois à droite, ou existe des deux côtés après quelques jours d'unilatéralité. Les artères frappées sont, par ordre de préférence, la tibiale postérieure, la crurale, la poplitée, la pédieuse. Cette dernière peut être seule atteinte. Au début, les battements artériels s'exagèrent, puis ils diminuent d'intensité, deviennent plus faibles qu'à l'état normal et finissent par disparaître complètement pour reparaître après peu de temps.

M. Potain ne pense pas qu'il y ait une oblitération passagère de l'artère; d'autre part, il est impossible de savoir s'il s'agit d'un épaississement de la paroi artérielle. En somme, on ne peut actuellement donner une explication certaine des phénomènes.

En même temps que les battements artériels se modifient, le membre se tuméfie et sa température s'élève de plusieurs dixièmes de degrés. Par contre, l'extrémité du membre se refroidit et se décolore; le malade ressent des engourdissements, des fourmillements; la peau devient quelquefois insensible; il y a une sensation de refroidissement. En explo-

(1) *Bull. méd.*, 1890, 75.

©BIU Santé

rant l'artère, on ne trouve pas de cordon solide, mais une sorte d'empâtement correspondant à de la péri-artérite. La durée de l'affection peut atteindre quinze jours; souvent, au bout de quatre à six jours, les battements artériels reparaissent. Alors la douleur s'atténue et disparaît. La maladie est guérie. Si les malades se lèvent trop tôt, les accidents se reproduisent.

La distinction avec l'artérite qui sera suivie de gangrène est difficile. Cependant, l'artérite oblitérante débute plus brusquement. Il faut encore faire le diagnostic avec les arthralgies, les myalgies, ou même les myosites, les lymphangites, les névralgies. Les muscles frappés de myosite sont généralement les adducteurs, aussi l'affection se décèle par la difficulté des mouvements d'adduction. On doit aussi penser à la possibilité d'une phlébite qui, du reste, peut coïncider avec l'artérite pariétale.

Rattone a trouvé le bacille d'Eberth dans la paroi artérielle, dans un cas de gangrène. La constatation n'a pu être faite jusqu'ici pour l'artérite pariétale.

Comme traitement, on recommandera le repos absolu et l'immobilisation sera obtenue par une gouttière. Si les douleurs sont vives, on emploiera les embrocations, les onctions avec de l'onguent mercuriel, belladoné ou opiacé.

II. M. Potain : *Complications aortiques et cardiaques de la fièvre typhoïde* (1). — L'aortite typhique est souvent difficile à reconnaître, la douleur qu'elle provoque pouvant ne pas être rapportée à sa véritable cause, les modifications des battements n'étant pas toujours facilement appréciables. Cependant, quand les valvules sont atteintes, le diagnostic peut être fait.

M. Potain rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle, vers le quinzième jour d'une fièvre typhoïde, on trouva la matité cardiaque augmentée, l'aorte dépassant le bord sternal de 2 centimètres, la sous-clavière débordant de 1 centimètre 1/2, le deuxième bruit dur et parcheminé. Au vingt-deuxième jour, il y avait un vestige de double souffle crural; ce dernier dépend essentiellement de la vitesse de l'onde sanguine et de la résistance capillaire périphérique; lorsque l'on veut, avec le stéthoscope, déprimer la paroi artérielle, une sorte de vide mécanique s'établit en amont, à cause de la vitesse du sang, dès que cesse la systole ventriculaire; au contraire, la pression augmente en aval, à cause de la résistance périphérique, et l'onde sanguine, subissant un mouvement de reflux, vient battre contre le bord du stéthoscope. M. Potain porta, chez sa malade, le diagnostic d'aortite. Bientôt les pulsations de l'artère pédieuse diminuèrent; puis, le vingt-neuvième jour, le deuxième bruit s'éteignit un peu par suite de l'épaississement des valvules. Tous les symptômes disparurent peu à peu et la malade guérit complètement.

Les observations publiées par MM. Landouzy et Siredey prouvent que la fièvre typhoïde peut entraîner l'apparition d'une insuffisance aortique qui n'est pas forcémet définitive. Les mêmes auteurs ont trouvé des dégénérescences commençantes de la membrane interne de l'aorte, l'épaississement des vaso-vasorum de la tunique externe, etc.

Dans une observation de M. Potain, un malade a une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, en 1880, à l'âge de 19 ans. Il fait ensuite son service militaire, pendant lequel les médecins lui reconnaissent une affection cardiaque et le mettent en congé de réforme. Pendant deux ans encore, il n'éprouve aucun symptôme morbide, malgré un travail assez fatigant. Mais, en 1884, il a des douleurs précordiales, des palpitations, des vertiges et, en 1888, il est forcé de cesser tout travail. Actuellement, il y a un double souffle à la base, le cœur est notablement augmenté de volume, la matité aortique déborde de 1 centimètre le bord droit du sternum. Cependant, le pouls n'a pas les caractères nets du pouls de Corrigan; le crochet du tracé sphygmographique du pouls est dans la période ascendante; enfin, en appliquant le stéthoscope sur la crurale, on détermine difficilement le double souffle. Il y a donc insuffisance et rétrécissement de l'orifice. L'atténuation du claquement mitral vient encore à l'appui de cette opinion, puisque le souffle diminue d'intensité à mesure que l'on se rapproche de la pointe, que son timbre est le même à la pointe et à la base.

(1) *Mercredi méd.*, 1890, 39.

©BIU Santé

On a dit que la fièvre typhoïde pouvait donner lieu à de l'endocardite et, par son intermédiaire, atteindre la valvule mitrale. La chose est possible, mais elle est loin d'être fréquente.

Les lésions du myocarde sont beaucoup moins rares. Elles sont d'un diagnostic délicat pendant la vie. On a cru devoir leur attribuer les accidents d'asystolie qui surviennent parfois dans la fièvre typhoïde; il faut surtout tenir compte de l'influence du système nerveux. Un symptôme important consiste dans les variations de volume du cœur. Chez un malade entré à Necker en 1885 pour une fièvre typhoïde, le cœur, d'abord normal, augmente de volume vers le vingt-deuxième jour, et le vingt-troisième donne à la percussion une surface de 170 c. c. Cet organe peut donc se dilater passagèrement chez les typhiques sans que le pronostic en soit très aggravé. Quant aux souffles que l'auscultation peut révéler dans ces cas, ce sont des souffles extra-cardiaques dans la majorité des faits.

En résumé, dans la fièvre typhoïde, l'appareil circulatoire peut être intéressé en divers points : artères périphériques, aorte, orifice aortique; le myocarde lui-même est parfois touché, d'où syncopes possibles dans le cours de la maladie; alors même qu'un malade relève d'une fièvre typhoïde sans avoir de lésions circulatoires appréciables, celles-ci peuvent s'affirmer ultérieurement; toutes ces éventualités doivent être prises en considération pour le diagnostic.

III. M. L. Baumel : *Conception clinique de la fièvre typhoïde; simplicité de son traitement* (1). — M. Baumel considère la fièvre typhoïde comme une maladie primitivement locale constituée par l'existence de lésions spécifiques dans l'intestin. C'est une affection spéciale, parasitaire sans doute, envahissant d'abord les plaques de Peyer et retentissant ensuite sur l'économie générale. Les dothiénentéries sans lésions reconnues à l'autopsie sont des états typhoïdes et non pas nécessairement des fièvres typhoïdes.

La courbe thermique si spéciale dépend de la marche même de la lésion intestinale. Celle-ci s'établit au niveau d'un groupe de follicules clos, elle s'étend ensuite aux plaques voisines; leur destruction progressive explique la production de la fièvre avec ses oscillations diurnes ascendantes. Les follicules agminés se détruisent et produisent une plaie par laquelle sont absorbés les produits normaux de la digestion aussi bien que les produits pathologiques.

En fait, la fièvre typhoïde est une maladie locale avec tendance à la généralisation. Comme la syphilis, elle débute par une lésion parfaitement localisée pour envahir tôt où tard l'organisme entier.

M. Baumel a pu observer plusieurs cas de fièvre typhoïde chez des individus habitant tous des maisons groupées autour d'une bouche d'égout répandant l'odeur la plus infecte, ou bien l'étage supérieur de maisons où les émanations d'origine fécale étaient rendues plus faciles et plus intenses par la chaleur solaire et la terminaison à ce niveau des tuyaux d'évent. La fièvre typhoïde, dont le microbe est aujourd'hui découvert, peut se produire spontanément, mais sa cause la plus fréquente réside dans les matières fécales des typhoïdiques.

Pendant la dothiénentérie, il faut nourrir les malades sans fatiguer leur appareil digestif par une alimentation trop sustantielle; on leur donnera donc du bouillon ou du lait toutes les trois heures, et, dans l'intervalle, de la tisane. Tous ces liquides, donnés chauds, favorisent la diaphorèse et l'urination, qu'il est si important de surveiller.

M. Baumel regarde la méthode de Brand comme extrêmement dangereuse, et il lui préfère beaucoup le bain tiède, avec ou sans affusion froide; ce dernier est souvent très efficace, mais on doit apporter dans son application la plus grande surveillance.

Le sulfate de quinine ne peut juguler la dothiénentérie et on a exagéré son efficacité. Dès 1883, M. Baumel a observé 7 cas de mort subite chez des malades traités par lui; aussi il se méfie beaucoup de ce médicament.

La fièvre peut être augmentée par la constipation : on donnera alors une purgation légère. Dans le cas de diarrhée excessive, on se trouvera bien de la décoction blanche

(1) *Gaz. méd. de Montpellier*, 1890, 87.

©BIU Santé

de Sydenham additionnée de sous-nitrate de bismuth ; l'extrait de ratanhia (0 gr. 50 à 1 gr.) ou le laudanum (X à XX gouttes) peuvent devenir nécessaires. Il ne faut pas oublier que les opiacés diminuent l'urination.

Dans les menaces de perforation (douleur abdominale très vive, météorisme), on constipera le malade. Les douleurs abdominales intenses seront combattues par les fomentations chaudes sur le ventre, les frictions légères avec l'huile de camomille camphrée et enfin les cataplasmes chauds renouvelés toutes les trois heures.

Les intermittences du pouls permettent de juger de l'état du cœur. Quand on les constatera, il faudra donner des diurétiques, des excitants diffusibles et des toniques cardiaques.

M. Baumel attend, pour alimenter son malade au moment de la convalescence, qu'il y ait eu deux jours d'apyrexie complète. Il permet alors, pendant deux jours, du potage clair à midi et le soir. Après ce temps, si l'apyrexie persiste, on peut donner du chocolat le matin, un œuf à la coque sans pain et un potage à midi et le soir, et cela pendant trois jours. Passé ce temps (sept jours d'apyrexie complète), on permettra, au deux repas principaux de la journée, potage et côtelette avec un petit morceau de pain que l'on recommandera de bien mâcher. Si, en outre, le malade ne fait pas d'efforts, ne reste que fort peu de temps debout ou même assis, il n'y a pas de tiraillement des plaques de Peyer que les matières fécales ne pressent pas, et, par suite, pas de rechutes. Ces dernières prouvent l'importance de la lésion locale.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 octobre — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Richelot et Lucas-Championnière, à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, et de M. Kelsch, à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

2° Un pli cacheté du docteur Bourgeois relatif au traitement de la tuberculose par le fluor.

Traitement des ulcères de jambe. — M. Paul Berger présente deux malades chez lesquels il a guéri des ulcères de jambe qui avaient résisté à tous les modes de traitement, par l'autoplastie pratiquée par la méthode italienne : Il ajoute ensuite :

Chez l'un de ces malades, l'ulcère, probablement d'origine syphilitique, était circulaire; la rétraction des tissus sous-jacents avait déterminé un étranglement circulaire au niveau du tiers inférieur de la jambe, étranglement qui avait eu pour conséquence un œdème persistant du pied, des altérations trophiques de la peau, des rétractions tendineuses qui portaient les orteils en griffe, et une raideur totale des articulations du pied et du cou-de-pied. L'amputation de la jambe semblait la seule opération à tenter.

Par quatre opérations successives, pratiquées en dix-huit mois, je suis parvenu à reconstituer les téguments normaux sur toute la circonférence de la jambe, et à guérir l'ulcère, en empruntant quatre vastes lambeaux cutanés pourvus de leur tissu cellulaire, soit à la cuisse correspondante, soit à la jambe ou à la cuisse opposée. Le pédicule de ces lambeaux a été coupé en moyenne le vingt-et-unième jour. Les troubles trophiques du pied et les raideurs ont disparu, et le membre est redevenu tout à fait bon pour la marche.

J'insisterai sur le but que je me propose de remplir par ces autoplasties; ce n'est pas seulement d'obtenir une cicatrice résistante, mais de pourvoir le membre de téguments normaux, doublés d'un tissu cellulaire qui en permette le glissement; c'est en même temps de faire disparaître la rétraction cicatricielle et ses conséquences, et de libérer les parties profondes en extirpant non seulement l'ulcère, mais les parties sur lesquelles il

©BIU Santé

repose. Ni les greffes de Reverdin, ni celles de Thiersch ne peuvent donner un semblable résultat. Mais, pour qu'on puisse obtenir la guérison d'un ulcère par la méthode italienne d'autoplastie, il faut que le membre sur lequel on prend les lambeaux soit sain; ce sont des opérations qui ne doivent être entreprises que sur des sujets jeunes et bien portants; aussi sont-elles peu applicables aux véritables ulcères variqueux.

Le second malade avait des ulcères incurables des deux jambes, siégeant au centre de cicatrices fort étendues de brûlures qui ne pouvaient arriver à une réparation complète. J'ai comblé une de ces pertes de substances en y transportant un lambeau emprunté à la cuisse correspondante, dans la flection forcée du membre où le malade fut maitenu jusqu'à la section du pédicule.

Le résultat est aussi bon que possible. L'autre jambe sera opérée prochainement de la même façon.

Traitement du rétrécissement lacrymal. — M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. Galezowski relatif à ce sujet. Pour l'auteur, les insuccès du traitement habituel tiennent à ce que le canal lacrymal manque de contractilité sur une certaine longueur de son étendue et que, par suite, l'absorption des larmes ne se fait plus.

Au lieu d'inciser le canalicule inférieur depuis le point lacrymal jusqu'au voisinage de l'angle interne de l'œil, M. Galezowski laisse ce dernier intact et pratique une incision de 2 à 3 millimètres, en partant du point lacrymal inférieur et allant du côté de la conjonctive vers l'angle externe de l'œil.

Il obtient ainsi une ouverture assez grande pour passer des sondes olivaires de différents volumes. Ce procédé laisse au point lacrymal sa forme circulaire et ne lui enlève pas sa force contractile.

Diviser un sphincter sans rien lui enlever de sa force contractile, ouvrir son orifice, sans modifier en rien sa forme circulaire, ce sont là des résultats plus faciles à affirmer qu'à faire admettre.

M. Chauvel regrette que M. Galezowski n'ait pas apporté d'observations, ni de statistique qui auraient mis en évidence la valeur du traitement. Ce qu'il y a de spécial dans le nouveau procédé, c'est simplement que le débridement du point lacrymal est fait vers l'angle externe. M. Chauvel a l'habitude de traiter d'abord le larmoiement par une incision de 1 à 2 millimètres seulement, il ne divise complètement le canalicule qu'en cas d'échec. Le passage des sondes métalliques dans les canaux lacrymaux leur enlève leur puissance contractile. Comme M. Galezowski recourt à la dilatation et qu'il sectionne le sphincter lacrymal, il n'y a pas de raison pour faire cette section plutôt en dedans qu'en dehors. De plus, le débridement externe a un inconvénient, c'est que la plaie tend à se réunir très rapidement.

Trépanation dans les blessures de tête. — M. Chauvel lit un second rapport sur un travail de M. Vaslin (d'Angers). Ce dernier pose les conclusions suivantes :

1° Dans les lésions traumatiques du crâne, il faut être réservé au début dans son pronostic, même dans les cas d'apparence bénigne;

2° La lésion doit être tenue en observation constante, malgré des apparences de guérison complète;

3° Il faut agir promptement quand des troubles nerveux graves surviennent même à une période éloignée;

4° Alors la trépanation appliquée à temps suivant les règles de l'antisepsie, produit les plus heureux résultats.

M. Chauvel admet ces conclusions. Il est certain que maintenant les progrès de l'antisepsie permettent de recourir fréquemment à l'ouverture de la boîte crânienne.

— M. Marjolin lit un rapport sur un travail de M. Du Mesnil relatif aux *logements insalubres*; l'auteur insiste sur l'importance de la salubrité des logements relativement à la mortalité et à l'étiologie de la tuberculose. Il pense que l'Académie devrait mettre cette question à l'ordre du jour.

Traitement des rétrécissements de l'œsophage. — M. J.-A. Fort rapporte l'observation d'un cas de rétrécissement infranchissable de l'œsophage survenu chez une jeune fille de

©BIU Santé

19 ans, à la suite de l'ingurgitation d'un liquide corrosif. L'électrolyse linéaire a amené une guérison radicale.

Sur la diathèse goutteuse. — M. Baudon (de Nice) regarde la goutte comme étant très fréquente chez la femme, en tant qu'il ne s'agit pas de ses manifestations articulaires. C'est ainsi que des palpitations, des intermittences, que l'on pourrait croire symptomatiques d'une lésion grave des organes centraux, peuvent disparaître à la suite d'un traitement simple par les alcalins, les massages, etc. L'étude des affections utérines conduit à des conclusions analogues. D'après M. Mabboux, le sang des règles, quand les troubles génitaux dépendent de la goutte, renferme de l'acide urique en suspension.

La dépopulation de la France. — M. Rochard s'est beaucoup occupé de la dépopulation de la France. Il lui semble que l'Académie aurait intérêt à se consacrer surtout au côté de la question qui est du ressort de l'hygiène. Il ne partage pas l'avis de M. Javal, qui a dit que ce qu'on pouvait faire pour diminuer la mortalité ou la morbidité n'a que peu d'importance. L'hygiène peut diminuer le nombre des unions stériles. Il est certain que deux millions de ménages, en France, ne restent pas volontairement inféconds. Les plus égoïstes veulent au moins avoir un héritier. La stérilité des jeunes ménages est la conséquence de la faiblesse et du nervosisme des femmes, de la façon dont on les élève et dont on les marie, du voyage de noces si souvent suivi d'avortements et de stérilité définitive. C'est souvent aussi la faute de l'impuissance du mari, victime lui-même d'excès précoces ou de quelque maladie vénérienne qui l'a rendu impropre à se reproduire. Toutes les lois, toutes les mesures fiscales ne peuvent rien contre ce genre d'infécondité. C'est à l'hygiène d'en signaler et d'en annuler les causes.

La mortalité en France est trop grande et pèse surtout sur la population infantile. Or, si nous arrivions à abaisser la mortalité à ce qu'elle est en Norwège, la natalité restant la même, l'accroissement annuel serait de 5 p. 100. Le nombre des mort-nés augmente chaque année ainsi que celui des avortements provoqués. Le crime se fait de plus en plus habile et se joue de la sévérité des lois parce qu'on ne les applique pas. Aussi M. Rochard est-il partisan, soit des tours, soit du bureau secret que propose M. Lagneau. Beaucoup de Conseils généraux refusent de voter des fonds suffisants pour assurer l'exécution de la loi Roussl.

Après la première enfance vient l'âge des maladies contagieuses. La France leur paye encore un tribut démesuré. Les fièvres éruptives, à elles seules, causent par an environ 70,000 décès, et la variole dépasse 6,000. On en est encore là en France, quatre-vingt-huit ans après que la vaccine y a été importée et après qu'on a chassé la variole de toutes les armées bien tenues. On ne fait rien pour empêcher la scarlatine, la rougeole, la diphthérie de se propager, et cependant on connaît aujourd'hui les moyens de le faire.

La fièvre typhoïde, qui fait par an, dans l'armée, environ 1,500 victimes et près de 20,000 pour le pays tout entier, est sous la dépendance la plus étroite de l'hygiène.

Il faut demander aux pouvoirs publics les armes qui sont nécessaires pour combattre le bon combat et, lorsque les moyens d'action nous auront été donnés, nous les mettrons en œuvre avec ardeur.

M. Rochard termine par les paroles suivantes, qui sont couvertes d'applaudissements :

« Pour qui suit le mouvement de la population depuis un demi-siècle, il est évident qu'elle diminue en suivant une progression effrayante. L'accroissement est presque nul aujourd'hui et il faut s'attendre à constater un recul au prochain recensement; notre population ne se maintiendra plus qu'avec le secours de l'étranger. Il nous envahit sur toute la ligne. Les Belges s'implantent dans nos départements de l'Est, les Italiens et les Espagnols dans ceux du Midi. Les Allemands se glissent partout. Nous avions, au dernier recensement, 1,137,037 étrangers sur notre sol, c'est-à-dire trois fois plus que l'Angleterre et l'Allemagne réunies. L'accroissement de la population étrangère progresse chez nous treize fois plus vite que celui de l'élément indigène. Dans cinquante ans, si cela continue, il y en aura 10 millions en France, et nous ne serons plus qu'une puissance de troisième ordre. Il est encore temps d'aviser. C'est aux mandataires du pays qu'il appar-

© BIU Santé

tient, par de bonnes lois, de sauver notre vaillante race et de ne pas laisser se tarir le sang français; mais c'est à nous de les y aider par une bonne hygiène et je viens de montrer que nous en avions les moyens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 octobre. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Traitement des fistules recto-vaginales. — Accidents du traitement des métrites par le bâton de chlorure de zinc. — Traitement des fistules urinaires graves par l'autoplastie.

M. Quénu revient sur quelques points de sa dernière communication relative aux fistules recto-vaginales. Voici pourquoi il conseille de laisser ouverte la plaie périnéale : Chez sa malade, cette plaie, bien qu'il n'ait pas placé de suture, s'était fermée le quatrième jour. Le cinquième jour, des gaz passèrent du rectum dans le vagin. M. Quénu désunit aussitôt la plaie périnéale, ce qui empêcha les gaz d'aller par le vagin; il tamponna avec la gaze iodoformée et la malade guérit facilement.

On doit appeler ce procédé : procédé de Guérin, car ce chirurgien l'employa une fois, mais il eut un insuccès par suite d'une hémorrhagie.

Des accidents qui, dans plusieurs cas, se produisirent à la suite d'opérations de fistules recto-vaginales peuvent être rapprochés par leurs résultats, de la pratique que préconise M. Quénu. En 1882, M. Verneuil, à la suite d'une grande périnéorraphie, vit des gaz suivre un des fils des points de suture et venir faire issue au périnée; il insista, du reste, sur les heureux effets qu'eut l'existence de cette voie dérivative. Dans un autre cas, M. Desprès enfonça un trocart à travers le périnée vers la fistule rectale.

L'enfoncement d'un tube dans le rectum a été conseillé il y a déjà longtemps. M. Verneuil se servit d'une sonde en caoutchouc, mais son opérée se plaignit de coliques fort vives. Le ténesme, les épreintes sont fréquemment constatés et, dans le cas où l'on fait la laparotomie, le tube est loin de suffire pour assurer l'expulsion des gaz. Cependant, il y a des cas où l'on peut l'employer.

M. Monod rappelle qu'au dernier Congrès de chirurgie, M. Ziembecki a fait une communication où il a parlé d'un procédé de traitement des fistules recto-uréthrales chez l'homme qui rappelle celui de MM. Guérin et Quénu pour les fistules recto-vaginales.

M. Bouilly insiste sur ce point qu'il faut absolument répartir les fistules recto-vaginales en plusieurs classes, le traitement pouvant être différent selon les cas.

Il propose de diviser ces fistules en deux grandes classes. Les unes sont très élevées, ont leur orifice au-dessus du sphincter; elles dépendent bien du rectum et succèdent à des abcès, des ulcérations, etc.; les autres apparaissent consécutivement à un accouchement difficile et succèdent à une déchirure du périnée qui se cicatrise incomplètement ou à la chute d'une eschare. Dans le premier cas, c'est surtout le procédé de M. Le Dentu qui convient; dans le second, la guérison se produit facilement, et, dans beaucoup de cas, M. Bouilly a obtenu la guérison en faisant la périnéorraphie simple sans s'occuper de la fistule. Il faut conserver la partie de périnée qui est restée intacte, aviver la déchirure et la fistule, puis suturer. Les résultats sont très bons.

M. Quénu ne pense pas que l'on puisse diviser aussi nettement les différentes espèces de fistules recto-vaginales selon qu'elles sont consécutives à l'accouchement ou succèdent aux abcès. Des fistules élevées peuvent s'observer à la suite d'un accouchement et dépendent alors d'une mauvaise application de forceps ou d'une eschare produite par la pression de la tête.

Le procédé qu'il préconise est surtout bon quand le périnée est intact.

— M. Pozzi a fait remarquer, au moment de la discussion qui a eu lieu à la Société, au début de l'année, relativement au traitement de l'endométrite, que la cautérisation par les crayons de chlorure de zinc devait entraîner des accidents tels que la sténose du col ou celle des trompes. Ses prévisions se sont réalisées, et M. Routier a montré, dans

©BIU Santé

la dernière séance, que ces cautérisations pouvaient être suivies du développement d'un hématosalpinx. M. Pozzi a, pour sa part, observé aussi diverses complications, et il rapporte un fait très démonstratif à cet égard.

Une femme ayant eu six accouchements avait été prise, à la suite du dernier, d'hémorrhagies utérines abondantes. On la traita en la cautérisant par le bâton de chlorure de zinc. Les pertes de sang s'arrêtèrent, mais alors survinrent, au moment des règles, des douleurs excessivement vives forçant la malade à cesser toute occupation. A l'examen, M. Pozzi trouva l'utérus en antéflexion, présentant la dureté d'une bille de billard; le col était entr'ouvert, mais, un peu au-dessus, l'oblitération était si complète qu'il était impossible de faire pénétrer le stylet le plus fin. Du côté des annexes, il n'y avait aucun signe d'hématosalpinx, probablement parce qu'il n'y avait plus d'écoulement menstruel suffisant. La soudure des parois utérines devait être complète et s'accompagnait peut-être de sclérose.

M. Pozzi fit l'opération de Battey. Il trouva les trompes très congestionnées, mais pas oblitérées; à droite, l'ovaire contenait deux kystes du corps jaune; à gauche, il était sain. La malade a parfaitement guéri et, actuellement, elle ne souffre plus.

Il est certain que la cause des accidents douloureux était la cautérisation. On ne peut régler les effets du chlorure de zinc; la muqueuse et une partie de la couche musculaire sont détruites et l'on est exposé à l'oblitération et, par conséquent, à la dysménorrhée.

Pour M. Segond, à côté des résultats désastreux qu'entraîne la cautérisation au chlorure de zinc, il y a des résultats déplorables. Il soigne actuellement quatre femmes qui, à la suite de ces cautérisations, ont été prises d'accidents douloureux revenant tous les mois au moment des époques menstruelles. On peut parvenir à modérer les douleurs en pratiquant la dilatation à l'aide des bougies d'Hégar. Cependant, la situation des malades est très pénible; chez trois d'entre elles, le rétrécissement est haut situé et le col entr'ouvert.

M. Reynier a plusieurs fois, à la suite du traitement par le chlorure de zinc, observé les atrésies consécutives. Chez une de ses malades, il a dû, pendant cinq à six mois, faire la dilatation progressive du col afin d'empêcher la rétention des règles.

M. Polaillon est le premier à reconnaître que la cautérisation par le chlorure de zinc peut entraîner des accidents; cependant elle est indiquée dans certains cas. Malheureusement on est souvent tenté de l'employer parce que l'opération est facile. Elle est suivie, dans les cas ou son emploi a été intempestif, d'atrésie du col, de disparition de la cavité utérine. Il ne faut jamais agir trop vivement une première fois, mais plutôt renouveler l'application du caustique. C'est surtout quand il s'agit de femmes jeunes que l'on doit être réservé. La guérison de l'endométrite est souvent fort difficile. Dans quelques-uns des cas que l'on a rapportés, il existait des salpingites, des kystes, qui n'ont certainement pas été causés par l'emploi du caustique. Il faudrait avoir soin, avant d'opérer, de noter exactement l'état des annexes; du reste, cet état a la plus grande importance relativement à la conduite que l'on doit tenir dans un cas donné.

M. Pozzi prend note des paroles de M. Polaillon qui reconnaît que la cautérisation est délicate, tandis qu'actuellement un grand nombre de praticiens emploient couramment ce traitement. Cependant la malade dont M. Pozzi a parlé avait été soignée dans un hôpital où le traitement par le chlorure de zinc est appliqué par des mains très expérimentées. Même chez les femmes âgées, la méthode peut être dangereuse. Il est certainement très important de faire au préalable un examen complet des annexes.

Le curettage et les cautérisations sont très différents dans leurs effets. Le premier, en enlevant les fongosités, permet aux sécrétions des trompes de s'échapper facilement. La seconde, au contraire, peut être suivie de l'oblitération des trompes; de plus, si ces dernières sont malades avant l'opération, on ne peut espérer agir sur elles.

M. Segond insiste aussi sur ce fait que ces malades ont été soignées par des médecins qui avaient l'habitude du traitement et ont assuré aux patientes qu'il serait suivi de la guérison. Il ne peut dire quel était l'état des annexes avant les cautérisations, mais il

est certain qu'avant le bâtonnage, les femmes ne souffraient pas au moment des règles, tandis que, depuis, elles ont une dysménorrhée très intense. La dilatation régulière a été suivie de la diminution du volume des annexes qui étaient grosses et sensibles.

M. Routier rappelle que sa malade ne souffrait pas au moment des règles avant d'être opérée. Depuis l'on n'a jamais pu retrouver l'orifice utérin et l'utérus est devenu très dur. Il est probable que la dilatation des trompes est consécutive à l'oblitération de leurs orifices par le caustique, car cette dilatation est générale, tandis que, dans les cas ordinaire, elle est partielle. M. Routier ne pense pas que l'on puisse doser la cautérisation, qui est très marquée au niveau de l'isthme.

M. Polaillon évite de cautériser trop fortement l'isthme en entourant le crayon, à ce niveau, par une ou plusieurs couches de collodion. Il est certain que la méthode n'est pas à la portée de tout le monde, mais on peut s'en servir avec succès chez les femmes âgées.

M. Pozzi ne regarde pas le collodion comme suffisant pour protéger le col, car des fusées peuvent provenir de la partie supérieure.

— M. Horteloup fait un rapport sur une observation de M. Delorme relative à un cas de fistules urinaires graves consécutives à un rétrécissement traumatique de l'urèthre à la suite d'une chute à califourchon. Le malade avait subi deux électrolyses, deux uréthrotomies internes, une uréthrotomie externe et deux divulsions quand M. Delorme fit à la fois l'uréthrotomie externe et une autoplastie à l'aide d'un lambeau emprunté à la peau du côté droit du périnée. Bien que l'urine pût passer par une boutonnière pratiquée en avant de la prostate, le lambeau se mortifia.

M. Horteloup pense que, dans ce cas, il aurait mieux vallu faire la résection du rétrécissement ou dériver l'urine à l'aide d'un siphon hypogastrique et prendre deux lambeaux latéraux.

— M. Chaput présente un malade qui, après une fracture de la rotule, n'avait qu'une flexion très limitée, tandis que l'extension se présente bien. M. Chaput limita un lambeau cutané à l'aide d'une incision courbe à concavité supérieure et réséqua le fragment supérieur. Il y avait oblitération complète du cul-de-sac tricipital, de telle sorte que l'articulation ne fut pas ouverte. La guérison fut rapide, et, actuellement, le malade a recouvré toutes les fonctions de son membre.

— M. Schwartz montre un drain qu'il a retiré d'un cul-de-sac de la plèvre, après la fermeture de l'ouverture cutanée survenue consécutivement à la chute du drain, il s'était fait une ouverture dans les bronches. M. Schwartz put enlever le corps étranger en ouvrant de nouveau la plèvre.

FORMULAIRE

Injection contre le cancer de la vessie. — Ludwig Frey.

Iodoforme	25 grammes.
Glycérine	20 —
Eau distillée	5 —
Gomme adraganthe	0 gr. 12 centigr.

F. s. a. une mixture, dont on introduit une cuillerée à café dans un litre d'eau tiède. On lave la vessie à l'eau bouillie tiède, puis on injecte l'iodoforme en suspension dans le mélange ci-dessus. — Trois injections par jour. — A la troisième ou quatrième injection, la souffrance est généralement calmée. — N. G.

©BIU Santé

COURRIER

Concours des prix de l'internat (Bourse de voyage). — Les jurys de ce concours sont tirés. Voici les noms des membres, dont l'acceptation n'est pas encore certaine. — *Section de médecine* : MM. Marie, Joffroy, Potain, Fernet, Delens. — *Section de chirurgie* : MM. Duplay, Gérard Marchant, Terrillon, Bar et Muselier.

Concours de l'externat. — La première épreuve orale (anatomie) du concours de l'externat a eu lieu jeudi dernier à quatre heures. La question posée à la première séance a été : « Artère humérale ».

Impôts sur les spécialités pharmaceutiques. — Pour équilibrer le budget de 1890, le ministre des finances avait l'intention d'imposer de 12 millions les spécialités pharmaceutiques hygiéniques et de toilette en rendant obligatoire pour ces produits le timbre de garantie institué par la loi du 26 novembre 1873 et qui était jusqu'ici facultatif. Le ministre des finances proposait récemment à la commission du budget de rendre cette disposition obligatoire. Le tarif aurait été fixé de la manière suivante : 10 centimes pour les produits au-dessous de 2 à 5 francs ; 30 centimes pour les produits au-dessus de 5 fr. Les eaux minérales naturelles auraient été exceptées de l'application de ce droit.

Cet impôt aurait eu pour but de frapper les spécialités répandues, a dit le ministre, à grand renfort de publicité et qui font concurrence à la pharmacie proprement dite. La taxe aurait été perçue au moyen d'un timbre analogue au timbre de garantie déjà existant. La publicité de ces spécialités a échappé jusqu'à présent à toute taxe : Rien de plus légitime, avait-il ajouté, que d'établir une taxe sur ces produits, sur lesquels le bénéfice est énorme. L'Académie de médecine, consultée, s'était montrée très favorable à cet impôt, qu'elle a demandé d'ailleurs depuis longtemps, et c'est la propre définition de ce corps savant que le ministre s'est appropriée dans son projet de loi. Malheureusement pour M. Rouvier, la commission du budget ne semble pas favorable à la création d'impôts nouveaux et son beau projet va tomber à l'eau.

Le projet de M. Rouvier inspire au *Progrès médical* les judicieuses réflexions suivantes : En premier lieu, est-il habile de créer un impôt nouveau? Nous ne le croyons pas. Il peut être facilement évité. Il suffit de vouloir *faire des économies*. Tous les ministères ont un superflu énorme de fonctionnaires et d'employés qu'il faut payer quand ils sont en activité de service et dont il faut plus tard payer la retraite. Les frais de bureau pourraient être aussi réduits notablement. De ce chef, il y a un véritable gaspillage dans toutes les administrations. En second lieu, s'il y a des spécialités d'une valeur douteuse, ne réussissant qu'à renfort de publicité, il y en a un grand nombre d'autres, faites avec beaucoup de soin, avec des produits de première qualité, qui offrent aux médecins plus de garanties que les préparations similaires faites dans les pharmacies avec des produits plus ou moins avariés. Nous reviendrons sur cette question.

Nécrologie. — Nous avons appris avec chagrin la mort de M. le docteur Gustave Monod, chirurgien honoraire des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé dans sa quatre-vingt-septième année.

Le service funèbre a eu lieu samedi, à une heure, au temple de l'oratoire du Louvre.

Nous adressons à notre excellent ami et collègue, Charles Monod, à l'occasion de la grande douleur qui le frappe, l'expression de notre vive et cordiale sympathie.

Poste médical. — La commune de Beaumont en Auge (Calvados) demande un médecin. — S'adresser aux bureaux du journal.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. A. Fournier : Syphilis et mariage. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Hôpitaux et dispensaires.

Convient-il, en présence des dépenses d'assistance chaque jour croissantes, de généraliser l'institution des dispensaires ou, au contraire, faut-il continuer à recevoir à l'hôpital le plus de malades possible ? Cette question vient d'être étudiée à fond par notre excellent ami le docteur Leprévost, chirurgien de l'hospice général du Havre, et les arguments qu'il a réunis contre les dispensaires nous paraissent devoir attirer l'attention de tous ceux qui s'occupent de l'organisation de l'Assistance publique.

Pour M. Leprévost, il ne convient pas de donner des secours à domicile « à tous les malades atteints d'affections chroniques médicales ou chirurgicales, à tous les éclopés, à tous les phthisiques » et l'hôpital ne doit pas être réservé seulement, comme le proposent les partisans des dispensaires, « aux malades atteints *gravement* d'affections aiguës guérissables par la médecine ou la chirurgie »

En 1879, MM. Brindeau et Ficquet ont, sur la demande du Conseil municipal du Havre, fait une enquête sur la situation de malades qu'il semblait possible de soigner à domicile. Partout, disent-ils, les malheureux signalés à notre attention occupent des locaux si malsains qu'il y a une question d'humanité à les soutraire à l'influence d'un pareil milieu, pendant tout le temps que la maladie ne leur laisse pas la possibilité de se livrer à un travail quelconque. En fait, sur 173 malades, il n'ont pas rencontré de malheureux pouvant être soignés en dehors de l'hôpital, de sorte qu'ils concluent que l'établissement des dispensaires ne produira aucun effet au point de vue du désencombrement de l'hôpital.

M. Leprévost fait remarquer ensuite que les malades atteints d'ulcère de jambe qui doivent rester constamment au lit et qu'il faut panser soigneusement tous les jours, les vénériens, les phthisiques que l'on sait maintenant être contagieux, doivent absolument être hospitalisés, soit parce qu'ils ne peuvent guérir chez eux, soit parce qu'ils sont un danger pour ceux qui les entourent.

Un moyen terme consisterait à donner des secours à domicile, *secours d'hospice*, à des vieillards, à des impotents dont les familles, n'étant que dans la gêne, garderaient volontiers leurs malades. L'expérience a démontré que l'on n'arrivait ainsi qu'à accroître les charges du budget. La ville de Lille, qui était entrée dans cette voie en supprimant 150 lits d'hôpital coûtant ensemble 52,000 fr., pour les remplacer par des secours d'hospice, qu'elle a été contrainte d'élever successivement au nombre de 400, a dû, de

©BIU Santé

ce chef, inscrire à son budget un somme de 62,000 fr., soit une aggravation de charges de 10,000 fr. Ce résultat fâcheux tient à ce que des personnes qui ne mettraient pas leurs parents à l'hospice n'ont pas de scrupule à solliciter un secours en argent, et que, de plus, le nombre des admissions ne diminue pas. Du reste, parmi les hospitalisés, un grand nombre sont sans famille ou absolument délaissés.

A la campagne, les secours à domicile sont plus utiles. Cependant il ne faut pas songer à placer dans des familles des vieillards ou des infirmes étrangers. La rétribution devrait être forte, atteindre 30 ou 40 fr., et le plus grand nombre des chefs de famille interrogés ont montré la plus grande répugnance à prendre une charge de ce genre. Ce mode d'agir, enfin, serait loin d'être économique, car il faudrait aussi compter les frais de transport, ceux du traitement en cas de maladies, etc.

Au Havre, il y a actuellement plusieurs dispensaires; cependant les entrées dans les deux hôpitaux augmentent sans cesse. Tandis qu'en 1877 il y avait eu 296,405 journées de présence, il y en a eu 476,896 en 1888. En huit ans le nombre des journées à donc augmenté de 146,146, et, dans cet espace de temps, on ne relève que deux années où il y ait eu des épidémies de fièvre typhoïde. Du reste, au point de vue du chiffre des entrées, l'action des dispensaires est aussi nulle quand il s'agit d'enfants ou d'adultes que quand il s'agit de vieillards.

A Paris, on a aussi créé beaucoup de dispensaires dont le plus connu est celui fondé par Mme Furtado-Heine. Cela n'a pas empêché le nombre des admissions dans les hôpitaux d'enfants d'augmenter chaque jour. En 1880, la population de l'hôpital Trousseau a été de 3,487 enfants; elle a monté à 5,015 en 1889.

A Montpellier, en 1885, un an avant la création des consultations externes, le nombre des journées d'hôpital a été de 61,863; il s'est élevé, trois ans plus tard, à 84,948. A Genève, à Valenciennes, à Sedan, on a pu faire les mêmes remarques.

Ce qui s'est passé à Rouen est fertile en enseignements. En 1883, on a fondé deux dispensaires qui ont eu le plus grand succès. Cependant, tandis qu'un an avant leur création le nombre des journées d'hôpital s'élevait à 547,484 en 1886, trois ans plus tard ce nombre atteignit 628,670 journées. A ce moment, on ouvrit trois nouveaux dispensaires. Le nombre des journées d'hospitalisation parut alors baisser quelque peu, mais cette diminution ne se maintint pas, et, en 1888, il y a eu 35,472 journées de plus qu'en 1887. L'accroissement de dépense a en même temps été considérable, de telle sorte que, maintenant, l'administration des hospices est au-dessous de ces affaires. En six années les dépenses d'assistance publique, à Rouen, ont augmenté de 282,107 fr. 02, et le Havre, en 1888, a dépensé 453,644 fr. 74 de moins que Rouen, tout en ayant à peu près la même population.

On a dit qu'au Havre 2 fr. 05 c. suffiraient par jour et par malade secouru à domicile. Il est évident que ce chiffre est absolument insuffisant, même si on veut bien croire qu'un dispensaire peut préparer un repas substantiel avec viande et riz pour 0,25. Si l'on admet que la somme si minime de 2 fr. 05 c. peut suffire, son allocation entraînera cependant un accroissement notable de dépense, puisque la journée d'un vieillard ou d'un chronique revient, à l'hôpital, à 1 fr. 38 c.

De tous ces faits que nous n'avons pu que résumer brièvement, on peut

conclure, avec le docteur Leprévost, que l'espoir de voir les dépenses hospitalières diminuer d'une manière sensible par la substitution du traitement externe au traitement interne ne s'est pas, jusqu'à présent, réalisé.

II

Comment donc peut-on parer à l'encombrement toujours croissant des hôpitaux urbains et à l'insuffisance de leurs ressources?

En premier lieu, il conviendrait de fusionner ensemble l'organisation des hôpitaux et celle des bureaux de bienfaisance. On pourrait ainsi supprimer des doubles emplois; utiliser des services existant déjà dans ces hôpitaux, buanderies, lingeries, pharmacies; faire des marchés sur des quantités extrêmement considérables de produits; renvoyer plus rapidement les convalescents, que l'on confierait aux médecins du bureau; éviter que des malades n'aillent successivement à la consultation d'un hôpital et à un bureau.

En second lieu, il faudrait tâcher de faire refluer sur les hôpitaux de province une partie des malades. D'après une étude de M. de Crisenoy, le 31 décembre 1882, c'est-à-dire à l'époque de l'année où la rigueur de la saison occasionne le plus grand nombre de maladies, il restait vacant plus d'un tiers des lits (37 p. 100) dans les hôpitaux de campagne, si l'on ne tient pas compte des hospices de la Seine et du Rhône. M. Gallet a montré, de son côté, que l'Assistance publique de Paris pourrait envoyer ses malades dans des communes où ils ne coûteraient que 1 fr. 20 c., tandis qu'elle dépense pour un malade d'hôpital 3 fr. 47 c. et, pour un malade d'hospice, 1 fr. 94 c.

Il faudrait autoriser les grandes villes à envoyer dans les dépôts de mendicité les vieillards qu'elles ne peuvent hospitaliser faute de place et faute d'argent. L'économie pourrait être notable, puisque le prix de la journée s'abaisse parfois (à Rabès et à Neurey) à 0,60 c.

Enfin, il est probable que l'organisation de l'Assistance publique dans les campagnes va porter remède à une situation qui ne saurait se prolonger. L'absence de l'assistance médicale en dehors des villes est certainement une des causes qui pousse la population rurale vers ces dernières. Dans un rapport de M. Cheysson, on lit que, en 1884, « une enquête faite par les soins de l'Assistance publique, pendant le mois de janvier, a montré que, dans les établissements hospitaliers de la ville de Paris, la proportion des pensionnaires nés hors de Paris variait des deux tiers aux quatre cinquièmes (en particulier, pour les hospices, 58 p. 100), tandis qu'elle est de 61 p. 100 sur la population totale ». Beaucoup de municipalités tendent à se débarrasser le plus possible de leurs pauvres, et on en voit qui ont payé le transport en chemin de fer à leurs incurables pour les déverser sur la capitale. Cet envahissement des hôpitaux par des étrangers à la ville, et même par des individus qui ne sont pas Français, ne se voit pas seulement à Paris, mais à Rouen, au Havre, à Grenoble, etc.

On peut encore lutter contre cette émigration des malades vers les villes en réglementant le *domicile de secours*, ce qui, dans la pratique, ne laisse pas que d'offrir de grandes difficultés. C'est à la famille naturelle qu'incombe la première obligation de l'assistance à donner aux malheureux; vient ensuite la commune, puis le département et, enfin, l'Etat. Très souvent, on ne peut arriver à préciser les responsabilités pécuniaires. Cepen-

©BIU Santé

dant, ainsi que le fait remarquer M. Leprévost, une femme de bien, Mme Gallas, est arrivée à créer, dans l'Eure-et-Loir, une œuvre d'assistance qui date aujourd'hui de neuf années et peut servir de guide pour la réglementation de l'assistance rurale.

Malgré tout, il est nécessaire que les hôpitaux cherchent à augmenter leurs revenus. M. Leprévost fait, à ce sujet, une proposition ingénieuse. Faisant remarquer que l'alcoolisme est la cause d'un grand nombre de maladies et, par conséquent, de beaucoup d'hospitalisations (au minimum, 19,350 journées d'hôpital au Havre en dix ans), il propose, puisque la réduction du nombre des cabarets semble impossible, « de contraindre les débits et cafés à réparer, dans une certaine mesure, le mal qu'ils font à la santé publique en frappant chaque licence d'un droit annuel au profit des hôpitaux et des établissements de bienfaisance ». Ce qui prouve à quel point l'idée de M. Leprévost était juste, c'est que la proposition de loi sur l'assistance publique dans les campagnes, établie par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, propose de demander à des surtaxes sur l'alcool les fonds nécessaires au fonctionnement de l'assistance rurale.

Il faut souhaiter que les municipalités disposées à s'imposer des sacrifices pour la création des dispensaires prennent connaissance du travail de M. Leprévost. Elles se décideront certainement alors à ne pas charger leur budget des pauvres de dépenses nouvelles qui ne diminueront en rien les anciennes. — P. C.

Syphilis et mariage (1),

Par A. Fournier.

Il s'agit de la deuxième édition d'un livre très documenté que savants, médecins, étudiants, économistes et philosophes, tous ceux enfin qui tiennent à connaître la vérité sous toutes ses faces, doivent méditer. Le sujet traité est toujours d'une actualité continue, persistante, attristante. Donc, comme s'il s'agissait d'un livre nouveau, nous passerons en revue les principaux chapitres de cet important ouvrage, signalant une fois pour toutes le talent et le charme auquel le célèbre professeur a dès longtemps habitué ses lecteurs.

Le syphilitique vient consulter *avant* et *après* le mariage; de là la division de l'ouvrage.

I. — Avant le mariage.

Il est certain que, si la vérole est ancienne, si elle a été atténuée par un traitement spécifique suffisamment actif et prolongé, le syphilitique a tout droit moral d'aspirer au mariage. Le cas est tout différent si la période contagieuse, c'est-à-dire secondaire, n'est pas depuis longtemps terminée, à plus forte raison si la vérole est récente, vivace. Une foule de faits à l'appui de la prudence, qu'il faut apporter en pareil cas, sont rapportés par l'auteur; citerons-nous celui d'une triple infraction aux avis médicaux ayant abouti à un triple désastre : infection d'une jeune épouse; contamination d'un enfant syphilitique et mort rapide, pas assez pourtant pour n'avoir pas contaminé la nourrice. Ou bien celui de ce jeune homme qui fut tellement affecté par l'impossibilité où une vérole récente le mettait d'aspirer à un mariage prochain qu'il se suicida.

Et pourtant le médecin ne fait que son devoir en interdisant le mariage à cet homme qui peut devenir dangereux : pour sa femme (syphilis directe ou par conception); pour ses enfants (syphilis sanguine, ovulaire, fœtale, congénitale, héréditaire, précoce ou

(1) Deuxième édition. Paris, Masson, 1890.

tardive); pour les intérêts communs de sa famille (risques personnels, tertiarisme nerveux, accidents cérébraux, tabès soit par action directe de la syphilis, soit par action héréditaire dégénérative, etc.), et de là impossibilité de travail, sinon gâtisme et mort. Voilà comment se pose la question.

Certes, les cas sont certains où un père syphilitique a des enfants sains alors même qu'il a, *au moment de la conception*, des accidents spécifiques (cas de M. Raynaud), l'organisme maternel resté sain jouant, même dans ce cas, le rôle de correctif. Mais l'hérédité syphilitique, d'origine exclusivement paternelle, est, même au point de vue spécifique vrai, malheureusement beaucoup plus active qu'on ne l'a affirmé jadis. Fournier insiste avec raison sur le côté important de cette influence, qui n'est même pas de communiquer la vérole et qui semble avoir échappé aux anciens observateurs, à savoir l'influence fœticide (fausses couches répétées), ou, sous une forme moins aiguë, l'influence de caducité vitale ou de dégénérescence de race.

Voyons les statistiques : Sur 103 grossesses, survenues dans la classe aisée, sans lésion utérine, sans aucune autre tare, il y a eu 41 fausses couches, 39 p. 100, et 19 hérédo-syphilis rapidement mortelles, soit un total de morts 81 p. 100.

Les faits ne sont pas rares où, de même qu'une mère contaminée donne la syphilis à son enfant, de même un fœtus infecté contagionne sa mère; pourtant, dans les cas précédents, la mère était et est restée indemne. Il en découle cette ligne de conduite importante dans la pratique, à savoir que le meilleur moyen de combattre les fausses couches répétées, c'est de traiter, non pas la mère, même au début de la grossesse (il n'est déjà plus temps), mais le père avant de nouvelles conceptions.

Un autre corollaire bon à retenir, c'est que l'influence hérédo-syphilitique du père se traduit bien plus souvent par la mort du fœtus que par la transmission de la syphilis à l'enfant.

Dans d'autres circonstances, le mal est déjà plus considérable : le père syphilitique a contagionné sa femme! Quand tout conspire ainsi contre le produit de la grossesse, on ne peut avoir que des résultats déplorables; quels sont-ils exactement?

1° L'enfant meurt avant de naître, et cela, dans toutes les grossesses, six, sept, neuf fois de suite. Fournier cite, entre autres, les résultats de 10 grossesses; 3, antérieures à la syphilis, amenant des enfants superbes; 7, postérieures à l'infection, produisant 7 avortements. Il rappelle le cas de Ribemont, où 19 grossesses, chez la même mère bien entendu, à 19 fausses couches et morts;

2° L'enfant naît à terme ou non, mais vivant et syphilisé; or, rien de meurtrier, on le sait, comme la syphilis infantile héréditaire;

3° Il est possible, assurément, qu'un enfant né d'un couple syphilitique échappe soit à la mort *in utero*, soit même à la syphilis; mais alors il viendra au monde avec une débilité native, avec une santé par avance compromise, avec des aptitudes morbides multiples qui lui rendront la survie bien difficile et bien aléatoire : enfants voués aux convulsions, enfants arriérés disposés aux méningites, aux accidents strumeux, êtres vulnérables, plus que tous les autres, au rachitisme ou aux autres processus morbides prompts à se développer à la faveur de toute vitalité insuffisante.

Qu'on lise les pages 114 et *seq.* et qu'on médite ces statistiques aussi exactes que navrantes.

Fournier a pu constater les résultats déplorables fournis par les femmes syphilitiques dont le traitement est laissé à leur volonté, à leur caprice. Les malades, ne saisisssant pas l'importance des spécifiques pour l'avenir de la santé, imaginent toute espèce de ruses pour s'y soustraire, quittent l'hôpital à peine guéris des accidents les plus visibles, n'observent au dehors aucun régime, aucune médication, aucune hygiène, de sorte que les statistiques en question peuvent être considérées comme faites d'après des cas de syphilis pour ainsi dire non traitées et abandonnées à leur évolution propre. A ce point de vue, elles sont d'un grand enseignement pour qui veut sincèrement éviter au produit de conception la plénitude de l'influence meurtrière : il faut faire tout le contraire de ce que font ces malades. Ajoutons que, comme le constate déjà Diday, la femme se préoccupe en général beaucoup moins que l'homme de la syphilis et la traite, par conséquent, moins bien. Par contre, elle la transmet avec une insouciance remar-

©BIU Santé

quable; peut-on rappeler ici le cas où un médecin avait épuisé sa rhétorique pour convaincre une fille contagieuse du danger qu'elle pouvait faire courir à ses clients. Quelle ne fut pas sa surprise quand, après tant d'efforts, la belle fille, toute couverte de plaques, proposa à son conseilleur l'entretien spécial où parler n'est pas tout!

Dans les faits qu'examine ensuite le professeur, la mère seule est syphilitique (p. 120). Il résulte de ces recherches que l'influence maternelle est encore plus dangereuse que l'hérédité exclusive du père. Il comporte, en effet, un indice de mortalité plus considérable encore :

28 p. 100 pour l'hérédité paternelle;
60 p. 100 pour l'hérédité maternelle;
68,5 p. 100 pour l'hérédité mixte.

Le pire danger, au point de vue héréditaire, qui puisse survenir dans un ménage où le mari est entré avec la syphilis, c'est donc que la mère vienne à être contaminée.

Tels sont les risques et malheurs auxquels s'expose le syphilitique qui n'a pas pris soin d'atténuer, avant son mariage, la diathèse, *soit par le temps, soit par le traitement* méthodique et suffisamment prolongé. Ce sont là, en effet, les deux conditions principales de l'admissibilité du syphilitique au mariage. Fournier les résume dans le programme suivant : 1° Absence d'accidents spécifiques actuels; — 2° âge avancé de la diathèse (minimum 3 ou 4 ans, davantage vaut mieux); — 3° certaine période d'immunité absolue, sans traitement, consécutivement aux dernières manifestations spécifiques (minimum 18 mois ou 2 ans; se souvenir qu'il n'est pas très rare de voir des contaminations directes après 5 ans); — 4° caractère non menaçant de la maladie passé garant de l'avenir, au point de vue contagion tout au moins); — 5° Traitement spécifique suffisant (méthode des traitements successifs ou intermittents prolongés durant trois ou quatre ans).

En passant, Fournier met en garde contre la croyance que les eaux sulfureuses puissent offrir une garantie quelconque : témoins ces cas où deux, trois, six cures sulfureuses n'ont rien ramené sur des malades qui, plus tard, ont subi les plus graves assauts de la diathèse. Allez donc permettre le mariage sur de pareilles garanties! Au contraire, les eaux sulfureuses sont très utiles par la tolérance des fortes doses de mercure dans les cas où il y a lieu de demander à ce bienfaisant métal (*mercurio victori*) toute l'intensité d'action dont il est capable.

On le voit, la question du mariage des syphilitiques est un vrai calcul de probabilités qui exige toute l'attention du praticien.

II. — Après le mariage.

Le mal que l'on voulait prévenir est accompli : Un syphilitique, encore contagieux, s'est marié. Quels conseils le médecin a-t-il à lui donner? Avant tout, il faut instituer un traitement actif; soit 10 centig. et plus, selon la tolérance, de proto-iodure. Ensuite, on supprimera le plus vite possible, et, à chaque récidive, les foyers de contagion (cautérisations et pansements appropriés). Enfin, on devra combattre les dangers de contagion par contamination, soit indirecte (conception), soit directe (attirer l'attention du malade sur les moindres érosions de toutes les muqueuses et pas seulement des génitales). Médecins et clients doivent savoir que, au point de vue de la contagion, ce sont les accidents secondaires les plus légers qui sont les plus dangereux. Il ne faut pas omettre d'éviter la contagion de l'entourage (femmes de chambre, parents, amis, etc.) et exiger formellement l'allaitement maternel.

Si la grossesse n'a pas été évitée, quel conseil donner dans l'intérêt de la femme et de l'enfant? Ricord conseillait l'expectation, l'hérédité paternelle n'ayant rien de fatal. Fournier tend à se rapprocher de l'intervention, à condition qu'elle soit rationnelle et motivée. Il est certain que les frictions mercurielles sont nécessaires si la mère a déjà fait des fausses couches; mais si elle en est à sa première grossesse et qu'il n'y ait pas d'indication spéciale, le mieux est d'attendre les événements. Pourtant, pour peu que la surveillance soit impossible, ne vaut-il pas mieux faire faire un traitement modéré qui, en résumé, ne peut être en rien et à personne préjudiciable?

La dernière recommandation s'adresse aux maris qui ont eu le malheur de conta-

gionner leurs femmes. Dans ce cas, il faut traiter spécifiquement les deux malades, et, de la manière la plus formelle, interdire la paternité pendant trois ou quatre ans. Pour notre part nous devons, à cette manière de faire, plusieurs résultats fort satisfaisants.

L'allaitement maternel exigé plus haut amène Fournier à étudier la loi de Colles ou mieux de Baumès (Morel-Lavallée), et, par conséquent, les syphilis imperceptibles de Diday, la syphilis par conception d'Hutchinson à rapprocher des cas de syphilis conceptionnelle latente rapportés par Charrier, par Barthélemy (Thèse de Riocreux et Congrès de Paris, 1889). Le professeur examine ensuite les faits inverses des précédents, mais plus rares : Un enfant né sain, bien qu'issu d'une mère syphilisée, soit avant soit dans les six premiers mois de la grossesse, n'a jamais pris la syphilis maternelle en tétant sa mère (loi de Profeta).

L'allaitement maternel dans ces cas, l'allaitement artificiel par les chèvres ou autrement dans d'autres cas font partie de l'ensemble des moyens propres à conjurer la diffusion de la vérole; ce qui n'est pas, en la circonstance, une des moindres obligations du médecin.

On voit combien sont importantes en pratique les questions soulevées et étudiées par Fournier. Nous avons essayé d'en donner une idée; mais rien ne peut remplacer la fructueuse et attrayante lecture de cette œuvre. — Dr Barthélemy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 octobre — Présidence de M. Moutard-Martin.

Mesures sanitaires pour combattre la propagation des maladies contagieuses. — M. de Valcourt fait connaître les mesures qui ont été prises en Angleterre, et aux Etats-Unis surtout, pour isoler les maladies contagieuses.

En Amérique, tout médecin appelé auprès d'un malade atteint de maladie contagieuse est tenu, sous peine d'une forte amende, d'en faire la déclaration dans les vingt-quatre heures à l'autorité.

Il remplit et expédie une carte postale dans laquelle se trouve le nom du malade, sa résidence, sa maladie, le nombre des personnes qui habitent la même maison. Les propriétaires et maîtres d'hôtel doivent, sous peine d'amende, notifier l'apparition, chez eux, des maladies infectieuses. New-York a dix médecins-inspecteurs qui ont chacun un district particulier.

Dès que la notification d'un cas de maladie contagieuse est arrivée, le médecin-inspecteur lui-même doit aller visiter la maison contaminée et veiller à ce que toutes les mesures, très explicites, ordonnées par le code sanitaire, soient prises tant pour l'isolement du malade que pour la préservation du voisinage.

De plus, le médecin-inspecteur visite l'appartement et vérifie ses conditions sanitaires. Si des travaux d'assainissement y sont jugés nécessaires, ils sont indiqués par lui et doivent être immédiatement exécutés.

A New-York, tous les propriétaires sont obligés de faire approuver par l'autorité l'installation des latrines et tous les travaux de plomberie.

Dans le cas où une boutique ou tout autre établissement public est en communication directe avec le local habité, la fermeture en est ordonnée.

Lorsque le malade n'est pas soigné chez lui, il est transporté à l'hôpital gratuitement dans des voitures spéciales, lesquelles sont désinfectées à chaque voyage. Il est interdit de se servir, pour transporter les infectieux, des voitures publiques ordinaires, sans avis préalable et sans s'être engagé à payer les frais de la désinfection et la perte de temps du cocher.

Quand un malade, soigné chez lui, est guéri, on doit prévenir l'autorité sanitaire, qui fait désinfecter les locaux.

La France en est loin d'avoir une pareille organisation.

©BIU Santé

Le secret médical est imposé par la loi. M. Brouardel estime que ce secret n'est pas obligatoire en ce qui concerne les maladies contagieuses. Cette manière de voir est très contestable, et, en tous cas, il y a fort loin entre *avoir le droit de parler* ou avoir l'*obligation de faire la déclaration*.

M. de Valcourt a pu constater par lui-même qu'à Paris le service de surveillance des maladies contagieuses est très mal fait. Sa réglementation officielle a laissé de côté la scarlatine, la diphthérie, la rougeole. Le commissaire de police n'a aucune autorité pour faire désinfecter.

En cas de décès par une maladie contagieuse, la Préfecture de police n'a aucune action sur le service des pompes funèbres, lequel dépend de la Préfecture de la Seine. Or, les deux administrations ont le moins possible de rapports ensemble.

Comme conclusion de ce travail, l'auteur émet le vœu que l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur l'urgence qu'il y aurait.

1° A rendre la déclaration des maladies contagieuses obligatoire pour les médecins, les familles, les propriétaires et maîtres d'hôtel, et cela avec sanction pénale, comme en ce qui concerne les déclarations de naissance ou de décès;

2° A prescrire des mesures d'isolement et à les rendre obligatoires;

3° A ordonner la désinfection des locaux et des objets ayant été contaminés par les malades et à faire vérifier par les médecins de l'état civil si ces règlements sont exécutés.

Dépopulation de la France. — M. Dujardin-Beaumetz dépose, sur le bureau, une note de la Société contre l'abus du tabac, qui affirme que cet abus a une influence néfaste sur la génération et doit être considéré comme une cause de dépopulation.

M. Lagneau n'admet pas que le tabac puisse diminuer l'aptitude génératrice. Les Allemands du Nord fument autant que les Français et ont cependant une natalité considérable.

Pour M. Dujardin-Beaumetz, le tabac agit sur la natalité comme les autres toxiques. Les ouvrières des manufactures de tabac sont stériles ou avortent fréquemment. L'alcool agit de même et est encore plus nuisible, puisque les descendants des alcooliques sont épileptiques.

M. Javal fait remarquer que, dans certains cas, l'alcoolisme augmente la natalité.

M. Lagneau reconnaît que les ouvrières des manufactures de tabac avortent facilement.

M. Lagneau fait ensuite remarquer que si, au dénombrement de 1886, sur 100 ménages, 20 étaient sans enfants, beaucoup en avaient eu, mais les avaient perdus. La stérilité ne pouvait guère s'élever au delà de 10 à 11 pour 100 ménages.

Les avortements et les infanticides portent atteinte grandement à la natalité illégitime. Les avortements sont infinement plus fréquents que les infanticides, quoique les infanticides soient mis en accusation huit fois plus souvent que les avortements.

L'excédent des mort-nés illégitimes sur les mort-nés légitimes n'est pas exclusivement attribuable au crime. L'état misérable dans lequel tombent beaucoup de filles-mères délaissées empêche souvent leur gestation de se terminer heureusement.

M. Lagneau reconnaît l'accroissement notable de la population en 1889. Cet accroissement a été de 85,616 habitants, tandis que, l'année précédente, il n'avait été que de 44,772; près de moitié. Cet accroissement de 2,3 sur 1,000 habitants est dû au nombre très faible des décès : 794,933 au lieu de 837,867 en 1888. On doit être satisfait de cette faible mortalité de 20,5 décès sur 1,000 habitants. Malheureusement on constate que la nuptialité et la natalité continuent à décroître. Les mariages de 276,858 en 1888 sont descendus à 272,934 en 1889. Les naissances de 882,639 à 880,379. Par 1,000 habitants, il n'y a plus que 7,1 mariages, que 23,04 naissance. Les conditions démographiques sont donc loin d'être bonnes.

M. Lagneau s'occupe de certaines mesures proposées en dehors de l'Académie pour accroître la population.

On a demandé le mariage des prêtres. On a dit que la suppression de la dot des filles favoriserait la natalité, et cette proposition est justifiée par ce qui se passe en Angleterre et en Amérique.

©BIU Santé

Le nombre toujours croissant des fonctionnaires nuit à l'accroissement de la population en attirant dans les grandes villes un grand nombre de provinciaux qui, dès lors, présentent une faible natalité et une grande mortalité.

L'assistance obligatoire, par le département, le canton et la commune, empêchera ainsi l'immigration des ruraux vers les villes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 octobre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Varices œsophagiennes et hématémèses dans l'alcoolisme chronique. — Des hémorrhagies gastro-intestinales profuses dans la cirrhose hépatique et dans diverses maladies du foie. — Traitement des pleurésies purulentes par les injections intra-pleurales. — Conservation des corps humains par les procédés galvanoplastiques.*

M. Letulle présente l'observation d'un homme de 40 ans environ, alcoolique, chez lequel des hématémèses abondantes avaient fait faire le diagnostic d'ulcère rond de l'estomac. La maladie avait débuté, en 1886, par une ascite spontanément guérie au bout de quelques semaines.

Quand le malade entra à Tenon, il y a deux ans, M. Letulle nota une tuméfaction considérable de la rate; le foie avait un volume normal. Les hématémèses présentaient des caractères tout particuliers; elles étaient régulièrement espacées, apparaissaient tous les deux mois et étaient précédées par une sensation de malaise, des poussées congestives abdominales, des douleurs irradiées aux deux membres supérieurs; enfin, elles étaient très abondantes; c'était un flot de sang sortant tout à coup par la bouche et par le nez, et sans jamais être mélangé à des aliments. Ce n'étaient donc point des hématémèses véritables. M. Letulle fit le diagnostic de cirrhose atrophique avec varices œsophagiennes.

Il y a quelques mois, le malade eut une pleurésie droite et mourut d'une œsophagorrhagie très abondante. A l'autopsie : foie légèrement gras, un peu pigmenté au niveau des zones péri-sus hépatiques. Rate, 600 grammes, cirrhotique. Péritonite sus-ombilicale, mésentéro-épiploïte. Thrombose de la veine grande mésaraïque et de la petite mésaraïque au niveau de leur terminaison. Varices œsophagiennes énormes occupant le siège classique.

Cette observation démontre que, si les varices de l'œsophage relèvent, dans l'immense majorité des cas, de l'alcoolisme chronique, il s'en faut que le mécanisme de leur développement soit clairement élucidé.

La cirrhose hépatique, qui est notée comme cause directe de l'ectasie des veines œsophagiennes, n'est cependant pas la lésion constante; l'observation de M. Letulle le prouve.

Il faut donc rechercher, en dehors du foie, au voisinage même des organes qui reçoivent les premiers l'alcool et qui sont les premiers à en souffrir, les causes capables : 1° de ralentir le cours du sang dans le système porte; 2° de menacer l'intégrité même des parois veineuses.

Or, dans la plupart des cas de varices œsophagiennes, on a oublié de noter l'état des des veines mésaraïques et l'état du péritoine périgastrique, pré-pancréatique, et du tissu cellulaire qui le double.

Les veines d'origine de la veine porte et, plus haut, la veine porte elle-même, immobilisées, entourées par les lésions inflammatoires soumises à une stase passive, s'enflamment, se thrombosent, ouvrant ainsi le champ aux circulations collatérales. La dilatation passive subie par les veines gastriques et œsophagiennes n'est pas la seule cause de leur ectasie; l'alcool, en effet, exerce sur les parois de ces veines une action directe; il les enflamme, les sclérose, et favorise aussi la formation des varicosités.

— M. Debove a étudié, avec M. Courtois-Suffit, les hémorrhagies gastro-intestisales survenant dans le cours de la cirrhose atrophique et de diverses maladies du foie. Leur fréquence, l'époque de leur apparition, leur pathogénie n'ont pas été, jusqu'à présent,

©BIU Santé

suffisamment étudiées. M. Debove présente deux observations personnelles et des observations prises dans différents auteurs : Hanot, Murchison, Dussautoy, Leroux, Balzer, Lecorché, Reitmann, Lancereaux, etc. De toutes ces observations on peut tirer les conclusions suivantes :

1° On observe fréquemment dans la cirrhose hépatique des hémorrhagies profuses, gastriques ou gastro-intestinales ;

2° Ces hémorrhagies sont une complication grave pouvant entraîner rapidement la mort ;

3° Elles précèdent souvent l'ascite, c'est-à-dire se produisent à une période où la cirrhose est difficilement diagnostiquée ; aussi sont-elles souvent attribuées à un ulcère simple de l'estomac.

Pour expliquer la pathogénie de ces hémorrhagies, on peut les attribuer soit à une altération humorale, soit à un obstacle au cours du sang, soit enfin à une altération des capillaires, à la rupture des varices œsophagiennes, à une congestion dans le domaine de la veine porte.

La théorie humorale est insuffisante ; elle peut expliquer des hémorrhagies se produisant dans le tube digestif, alors que les autres organes n'en présentent pas.

La gêne de la circulation dans le foie pourrait être invoquée, mais il faut remarquer qu'il ne survient pas d'hémorrhagies à la suite de la ligature des gros troncs veineux ni après leur oblitération par un caillot ; d'ailleurs, dans la cirrhose, l'hémorrhagie survient le plus souvent à la période pré-ascitique, c'est-à-dire à un moment où la gêne circulatoire n'est pas portée à son maximum ; aussi, tout en admettant que l'obstacle circulatoire joue un rôle considérable, on ne peut lui attribuer un rôle exclusif.

Y a-t-il une altération des capillaires de l'estomac et de l'intestin produite par l'action directe de l'alcool ? Cette altération est hypothétique, et, fût-elle démontrée, elle expliquerait tout au plus la production d'ecchymoses sous-muqueuses et non une hémorrhagie abondante.

La rupture de varices œsophagiennes n'existait que dans trois observations parmi toutes celles que M. Debove a rapportées ; on ne peut donc l'invoquer que dans un petit nombre de cas.

On est ainsi amené à l'hypothèse d'une congestion intense dans le système de la veine porte ; voici les raisons sur lesquelles s'appuie M. Debove :

La pression du sang est à peu près constante dans le système artériel, malgré de nombreuses influences qui devraient la faire varier. Ainsi, à la suite de l'ingestion d'une grande quantité d'eau, la pression artérielle ne varie guère ; cette constance de la pression est due à certains appareils régulateurs, à certaines parties du système veineux qui peuvent loger des quantités considérables de liquide. C'est surtout la veine porte qui joue ce rôle. Or, les recherches de Ludwig et Cyon ont démontré que, si on sectionne les nerfs splanchniques, la pression artérielle baisse rapidement et considérablement par l'élargissement des vaisseaux abdominaux ; si on excite les bouts périphériques, la pression s'accroît, au contraire, d'une façon considérable et rapide. Le système vaso-moteur abdominal a donc une sorte de fonction spéciale qui fait que l'on peut observer dans son domaine, sous des influences nerveuses, une congestion bien plus intense que dans d'autres départements vasculaires. Chez un individu sain cette congestion ne donnera pas lieu à une hémorrhagie, parce que le foie peut loger des quantités considérables de sang, et que le passage du sang dans la veine cave est facile. Mais si le foie est cirrhosé, il n'en est plus de même ; survienne alors une congestion intense dans le système porte et l'hémorrhagie se produira.

Cette hémorrhagie survient moins souvent à une période avancée de la cirrhose, probablement parce que l'ascite exerce une contre-pression, et parce que les malades sont alors très anémiés. Habituellement la rupture se fera dans les capillaires de la muqueuse et, à l'autopsie, on ne pourra constater les lésions par le fait de leur ténuité et de leur multiplicité. S'il existe un point où une lésion antérieure ait amené une moindre résistance du système-porte, c'est en ce point que se fera la rupture ; c'est ce qui a lieu dans le cas de varices œsophagiennes. Si le tronc même de la veine-porte est malade ou

© BIU Santé

moins résistant, il pourra se rompre; c'est ce qui eut lieu dans un cas observé par Frerichs et dans deux cas observés par Giacomini et par Moxon et Wilks.

M. Rendu : La théorie de M. Debove est la plus rationnelle pour expliquer ces hémorrhagies survenant au cours d'une cirrhose hépatique et d'autres affections du foie. Les thromboses veineuses jouent sûrement un rôle, mais ce n'est pas le rôle principal, puisqu'on a vu des oblitérations complètes de la veine-porte sans hémorrhagies ni ascite. D'ailleurs, dans la cirrhose hépatique, la gêne de la circulation-porte n'est pas absolument prouvée. Les lésions du péritoine sont au contraire extrêmement importantes; l'irritation permanente d'une région, où les divisions des nerfs splanchniques sont si abondantes, peut en effet, par action réflexe, provoquer des congestions intenses allant jusqu'à l'hémorrhagie.

M. Rendu pense même que l'on doit expliquer de semblable façon les hémorrhagies de la muqueuse intestinale, dans le cours de la fièvre typhoïde par exemple; il n'a, en effet, jamais pu trouver des ruptures de vaisseaux importants chez des typhiques morts d'une hémorrhagie intestinale.

— M. Fernet fait une longue communication sur le traitement des pleurésies purulentes par les injections antiseptiques; en voici les principales conclusions :

Le procédé des ponctions suivies d'injections intra-pleurales est rationnel, puisqu'il satisfait à la double indication d'évacuer le liquide épanché et de combattre l'infection dans son foyer.

Les indications de ce procédé sont relatives au siège, à l'étendue, à la nature de la pleurésie purulente.

Les pleurésies purulentes limitées, circonscrites, à foyer unique, sont surtout justiciables de ce procédé, qui s'impose quand le foyer est profond, par exemple dans les pleurésies diaphragmatiques, interlobaires, médiastines.

Relativement à leur nature, ce sont les pleurésies à pneumocoques et tuberculeuses qui réclament la ponction; la thoracotomie est plus souvent nécessaire dans les pleurésies à streptocoques et surtout dans les pleurésies putrides et les gangréneuses.

On peut appliquer de deux façons le procédé des injections intra-pleurales : 1° injections sans évacuation préalable du liquide épanché; 2° injections précédées d'une évacuation de ce liquide. Le premier mode convient surtout à titre préventif pour s'opposer au développement de la purulence, de l'infection d'un épanchement. Le second est curatif, il détruit l'infection du foyer morbide.

Parmi les remèdes que l'on peut employer pour les injections, les antiseptiques solubles (sublimé, chloral, chlorure de zinc, etc.) sont surtout utiles pour les lavages; les antiseptiques insolubles (naphtol, créoline, etc.) doivent être employés toutes les fois qu'on veut laisser l'antiseptique à demeure dans la cavité pleurale.

— M. Variot fait une communication intitulée : « Recherches sur la conservation des corps humains par les procédés galvanoplastiques »

FORMULAIRE

Mixture contre la carie dentaire.

Acide tannique		
Teinture d'iode	ââ	5 grammes.
Teinture de myrrhe		
Iodure de potassium		1 gramme.
Hydrolat de roses		200 grammes.

Faites dissoudre. — Une cuillerée à thé dans un verre d'eau tiède, pour laver la bouche, et prévenir la carie dentaire. — 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.

— Par décret, en date du 8 octobre 1890, M. Viguier, médecin-major de deuxième classe, en non-activité pour infirmités temporaires, a été nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Le ministre de l'intérieur vient de décerner une médaille d'honneur en argent à M. le docteur Boisson, médecin-major de deuxième classe des hôpitaux de Tunisie, en récompense de son dévouement exceptionnel, lors de diverses épidémies.

— Le Congrès de médecine mentale se tiendra, en 1891, à Lyon. MM. les docteurs Max-Simon, A. Carrier, H. Coutagne, Brun et Chaumier sont chargés de centraliser les documents.

— Le prix du docteur Blache vient d'être décerné à M. le médecin de première classe de la marine Le Dantec; des témoignages de satisfaction à MM. les médecins de première classe Castellan et Ortal, et à M. le pharmacien principal Porte.

— Le 16 octobre dernier a eu lieu, à Lille, l'inauguration d'un hôpital d'enfants, annexé à l'Université libre de Lille. M. le docteur Augier est nommé médecin de cet hôpital, qui prend le nom de « Saint-Antoine de Lille ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean-Louis Bremond, médecin honoraire de l'asile national de Vincennes, décédé à Paris dans sa soixante-dix-septième année.

OUVRAGE SUR L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889. — Rapport de la sous-commission chargée de chercher et d'étudier à l'Exposition universelle de 1889 les objets, produits, appareils et procédés intéressant le service de santé de l'armée.

Ce rapport, rédigé avec une entière compétence, par des médecins, pharmaciens militaires et officiers d'administration du service de santé, résume les dernières conquêtes de la science sanitaire et de l'hygiène pratique; il sera apprécié des médecins, des pharmaciens, et de toutes les personnes de plus en plus nombreuses qu'intéressent ces questions vitales, aussi bien que des inventeurs et des industriels qui y trouveront la vulgarisation de leurs travaux.

Le volume in-8°, imprimé sur beau papier de luxe, contenant près de cent planches, est vendu, broché, au prix de 6 fr. 50, et sera expédié *franco* par retour du courrier à toute demande accompagnée d'un mandat de poste de la valeur du prix de l'ouvrage et adressée à Mme Ve Rozier, 26, rue Saint-Guillaume.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 25 octobre 1890. — *Ordre du jour :* 1. Langue scientifique internationale : MM. Nicolas et Collineau. — 2. Communications diverses.

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.—Anorexie.— Traitement 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. P. Duroziez : Statistique des maladies du cœur dans tous les hôpitaux de Paris en août et en septembre 1890. — III. Bibliothèque : Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

BULLETIN

Lorsque M. Verneuil a dit et soutenu, par de nombreuses observations, que le tétanos humain était d'origine équine, il a rencontré beaucoup plus d'adversaires que de partisans. Mais, comme les idées justes finissent toujours par être démontrées justes, celle de M. Verneuil vient d'acquérir un important supplément de preuves des expériences de MM. Sanchez Toledo et Veillon, faites dans le laboratoire et sous la direction de M. le professeur Straus, et communiquées à la Société de biologie dans la séance du 11 octobre.

Ces jeunes confrères ont injecté des déjections de cheval et de vache, non atteints de tétanos, à des lapins; sur 8 inoculations faites à des lapins avec des excréments provenant de 6 chevaux, 4 déterminèrent le tétanos, c'est-à-dire que, sur les 6 chevaux, 4 avaient des excréments tétanigènes. 2 lapins inoculés avec de la bouse de vache moururent de tétanos.

Le pus des animaux inoculés renfermait le bacille de Nicolaïer, mêlé, il est vrai, à d'autres organismes. Inoculé à d'autres animaux, ce pus a déterminé le tétanos. On a aussi obtenu des cultures pures du bacille du tétanos avec le pus et la sérosité de la plaie de ces animaux.

FEUILLETON

CAUSERIE

Mon excellent ami L.-H. Petit vous a exposé, samedi dernier, la situation actuelle et future du nouveau sanatorium qu'un riche généreux vient de créer au pied du Canigou, à Vernet-les-Bains. Moi qui l'ai accompagné et qui suis resté modestement dans l'ombre, à tel point qu'il ne m'a même pas cité dans son article, je veux vous raconter, aujourd'hui, les épisodes du charmant voyage que nous avons fait de Paris au Vernet et *vice versâ*.

Charmant, c'est peut-être beaucoup dire, car la moitié d'entre nous partaient avec la grippe et tous l'avaient au retour à Paris, mais enfin, comme on dit, on ne s'est pas trop embêté, grâce à Mmes Verneuil, Brissaud, Launois et Chopy, qui avaient poussé le dévouement conjugal jusqu'à accompagner leurs maris dans cette inauguration. Mais ce qu'on a toussé, éternué et sali de mouchoirs de poche!..... Je ne suis pas bien sûr que nous n'ayons pas profondément infecté le sanatorium au point de vue grippal, car les crachoirs de Sabourin ne fonctionnent pas encore, et dame, en plein air, les crachats s'en allaient à la grâce de Dieu, et les microbes aussi. J'espère cependant que la pureté de l'air aura paru auxdits microbes un milieu de culture détestable et qu'ils sont morts rapidement. *Requiescant in pace!*

©BIU Santé

Ces expériences démontrent donc une fois de plus que les matières fécales d'animaux *sains, nullement atteints de tétanos*, peuvent contenir le microbe tétanique revêtu de toute sa virulence. « C'est là, ajoutent MM. Sanchez Toledo et Veillon, un fait expérimental instructif au point de vue de l'interprétation de la théorie de l'origine équine du tétanos. Il résulte, en effet, de l'enquête minutieuse à laquelle M. Verneuil s'est livré, que le tétanos survient très fréquemment à la suite du traumatisme chez les individus en contact avec les chevaux. Ce fait trouve désormais son interprétation toute naturelle, puisque nous savons que les excréments du cheval peuvent contenir le bacille de Nicolaïer. » Ils n'en concluent pas encore que le tétanos est une maladie d'origine équine, comme l'est la morve, mais seulement « que le cheval et la vache ingèrent des aliments (foin, paille, herbages) plus ou moins souillés par la terre, et avalent ainsi des spores du bacille du tétanos. Ces spores, comme celles du vibrion septique, résistent à l'action des sucs digestifs, et se retrouvent dans les excréments avec toute leur virulence ».

Si l'on voulait ergoter sur la question, il nous serait facile de rappeler que M. Verneuil n'a pas dit que le *tétanos, en général*, était d'origine équine, mais que le *tétanos humain* avait cette origine. Que le bacille de Nicolaïer se retrouve aussi bien dans les fèces du bœuf et de la vache que dans celles du cheval, soit; mais c'est surtout les blessés qui ont été en contact avec les chevaux ou les *choses équines* qui sont devenus tétaniques. On dit bien que la rage est d'origine canine, et cependant le loup et le chat peuvent donner la rage aussi bien que le chien; on dit que le charbon est d'origine ovine, et cependant le bœuf et le cheval peuvent également le donner; mais le chien et le mouton sont les meilleurs réceptacles des virus rabique et charbonneux; ne peut-on pas dire de même que le tétanos est d'origine équine, quoique d'autres animaux que le cheval puissent recéler le microbe de Nicolaïer et devenir tétanigènes?

Une particularité remarquable de ces expériences, c'est que le bacille de Nicolaïer traverse la totalité du tube digestif sans perdre de sa virulence

---

L.-H. Petit vous a dit que le Vernet avait eu autrefois, du temps de Lallemand, un moment de grande vogue. C'est vrai, mais comme le Vernet de Lallemand différait du Vernet d'aujourd'hui!

Le village lui-même n'a guère changé, car il est encore tel qu'il était il y a sept ou huit siècles; très pittoresque, mais absolument en désaccord avec les règles les plus élémentaires de l'hygiène moderne. Heureusement, l'établissement en est séparé par plusieurs centaines de mètres. Entre l'ancien village et l'établissement, une rue de maisons modernes.

Les choses en étaient là lorsque Mme la comtesse de Burnay vint du Portugal en France pour s'y reposer. On l'envoya au Vernet; elle trouva le pays ravissant, en quoi elle fit preuve de goût. Elle fit part de ses impressions à son mari, en manifestant le désir d'acheter une propriété dans la contrée. Alléché par le récit élogieux de la comtesse, M. le comte de Burnay vint voir le Vernet et, au lieu d'en acheter une petite partie, acheta le tout, établissement, hôtels, parc, montagne, prairie, et tout terrain généralement quelconque qu'il put trouver autour de la petite station sanitaire préexistante. Mais comme tout cela ne faisait pas grand chose de civilisé, il fit venir de Lisbonne son jardinier en chef et lui donna le tout avec ordre d'en faire un coin du paradis terrestre. De sorte qu'aujourd'hui l'établissement se trouve entouré d'hôtels, au milieu d'un parc immense, dans lequel coule une vraie rivière, produit de torrents captés et canalisés, sur laquelle on se promène en barque; le parc est d'ailleurs sillonné de sentiers qui vont aboutir à des routes percées aux flancs de la montagne et qui permettent

©BIU Santé

au contact des divers sucs intestinaux. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on puisse le trouver dans la salive. MM. Sanchez Toledo et Veillon ne l'avaient pas recherché dans ce milieu, mais M. Capitan injecta à un lapin, ayant mangé du foin et des carottes, de la salive prise à ce même lapin, et vit le tétanos survenir au cinquième jour. On conçoit donc ainsi qu'un cheval sain puisse, par sa morsure, inoculer le tétanos, comme cela a été signalé dans plusieurs observations.

Un dernier mot relatif à une autre idée émise par M. Verneuil. Il s'agit de ce qu'on doit entendre par le terme de *microbisme latent*. Notre maître a dit qu'un individu, homme ou animal, pouvait porter sur lui des germes infectieux sans être infecté lui-même, et on a eu l'air de ne pas le comprendre. Les expériences de MM. Sanchez Toledo, Veillon et Capitan démontrent cependant encore cette proposition Les animaux dont ils ont inoculé les excrétions, cheval, vache, lapin, portaient en eux le microbe d Nicolaïer; ce microbe, étant inoffensif, était par cela même *latent*; mais il n'en existait pas moins, puisqu'on l'a trouvé, et il n'en était pas moins virulent, puisque son inoculation a développé le tétanos. Les animaux étaient donc en état de *microbisme latent* sans être infectés; le lapin de M. Capitan ne l'a été que lorsqu'on lui eut inoculé sa propre salive; d'où résulte qu'un animal en état de microbisme latent peut devenir infecté s'il vient à être blessé par *auto-inoculation*. Cet exemple explique mieux que de longues phrases ce qu'on doit entendre par les termes, destinés à rester dans la science, de *microbisme* latant et d'*auto-inoculation*. — L.-H. P.

Statistique des maladies du cœur dans tous les hôpitaux de Paris en août et en septembre 1890.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 11 octobre 1890,

Par P. Duroziez.

En août et septembre 1890 nous avons parcouru tous les hôpitaux et tous

---

aux malades valides de faire, suivant l'heure de la journée, d'agréables excursions à pied ou à cheval, au nord ou au midi, pour chasser les idées noires qui peuplent d'ordinaire le cerveau des malades.

L.-H. Petit a dit avec raison que Vernet respirait la gaieté; des montagnes nues, c'est triste ; mais des montagnes couvertes de verdure, illuminées de soleil d'un côté, baignées d'ombre de l'autre, avec des sommets perdus dans des nuages aux formes changeantes, qui semblent les animer, quoi de plus gai? Ajoutez-y le murmure de plusieurs ruisseaux qui ne tarissent jamais et qui vous bercent agréablement quand vous vous étendez sur l'herbe, pour vous reposer des fatigues d'une ascension toujours facile, en voilà assez pour justifier l'idée de gaieté qui vous prend tout de suite quand vous arrivez au Vernet, et pour louer M. de Burnay et son jardinier, qui ont véritablement fait de cette bienheureuse contrée « un coin de paradis ».

Et maintenant, si vous ne me croyez pas, chers lecteurs, allez-y voir. Et, comme j'ai tout lieu de croire que vous ne serez pas enrhumé en partant, je suis persuadé que vous verrez encore les choses plus couleur de rose que je ne les ai vues moi-même. Et je ne suis pas le seul. Demandez plutôt aux professeurs Verneuil et Potain, qui étaient absolument ravis. M. Potain surtout, qui, parti de Paris avec la grippe, l'a laissée en route et est arrivé en bonne santé au Vernet. J'aime à croire que son ennemie ne l'a pas repincé en route.

L.-H. Petit a dit que tous les médecins de Perpignan avaient assisté à l'inauguration du sanatorium. C'est vrai. Mais ce qu'il n'a pas dit, c'est l'accueil cordial et plein de

©BIU Santé

les services de Paris pour nous rendre compte du stock des maladies du cœur à un moment donné. Nous avons fait des visites plus ou moins fréquentes à la Charité, à l'Hôtel-Dieu, à l'Hôtel-Dieu annexe, à la Pitié, à Cochin, à Laënnec, aux Enfants-Malades, à Necker, à Beaujon, à Bichat, à Lariboisière, à Tenon, à Saint-Antoine, à Trousseau. C'est plus vite écrit que fait. Nous avons demandé partout qu'on voulût bien nous indiquer les malades atteints au cœur, et partout on nous a répondu avec courtoisie et empressement; nous remercions avec cordialité les chefs de service, chefs de clinique, internes, externes qui ont aidé nos recherches.

Ce travail n'a peut-être jamais été fait par une seule personne. La statistique des hôpitaux pèche nécessairement par quelques points. Un individu, porteur d'une lésion chronique, passe dans l'année par quatre ou cinq hôpitaux, quintuplant le chiffre de sa lésion. Il faudrait que chaque malade eût son dossier; le secret professionnel nous l'interdit.

Nous n'avons pas la prétention de donner la vérité; nous approchons, de loin. Nous avons examiné 250 cœurs.

On ne peut pas se faire une idée approximative du nombre de rétrécissements mitraux purs, rhumatismaux ou non rhumatismaux qui courent les hôpitaux. Nous en avons trouvé 14 avec rhumatisme articulaire dans les antécédents : 7 hommes et 7 femmes et 17 sans rhumatisme : 6 hommes et 11 femmes.

Nous n'avons vu que 3 grands anévrysmes de l'aorte, dont 1 à l'autopsie chez un homme de 62 ans.

7 goitres exophthalmiques chez des femmes de 23 à 44 ans.

17 cas d'insuffisance mitrale sans autre complication que l'insuffisance de la tricuspide.

21 cas d'insuffisance aortique pure.

7 cas de rétrécissement pulmonaire, avec ou sans communication anormale.

11 cas de rétrécissement aortique.

17 cas d'insuffisance de la tricuspide sans autre lésion.

---

sympathie que nos excellents confrères nous ont fait à notre retour par Perpignan. Sachant que la correspondance des trains nous obligeait à attendre à la gare de cette ville de huit heures du soir à minuit, ils nous firent l'honneur, par l'intermédiaire du président de leur Société locale, l'aimable docteur Donnezan, de nous inviter à dîner. Ça, je vous le dis en vérité et sans détour, c'est un des écueils des voyages de cérémonie. Oh! les banquets! Je ne vous apprendrai rien en vous disant qu'il y en eut au Vernet; c'était bien le moins; il fallait boire à la prospérité future de l'établissement, et je crois bien que nous avons tous, l'un après l'autre, pris la parole; on a bu tant de bons vins que les plus muets d'habitude, L.-H. Petit lui-même, ont toasté comme s'ils n'avaient fait que cela toute leur vie.

A Perpignan, on a donc encore bu; pensez donc que nous étions dans la patrie du vin de Rancio, un des meilleurs de France; que pouvions-nous faire? Nous abstenir? Il n'y fallait pas songer, nos confrères de Perpignan paraissaient si heureux de nous offrir leurs bouteilles de derrière les fagots, les plus vieilles, les plus poudreuses; et nous avons bu, peu, mais de bon cœur, à la Société des médecins de Perpignan, et encore à la prospérité du Vernet. Je vous assure que si les tuberculeux qu'on va y envoyer avaient comme ordinaire ce fameux vin de Rancio, ils ne tarderaient pas à reprendre vie. Mais ils en boiront, soyez-en convaincus, car il paraît qu'on en a fait en quantité cette année-ci. Et tant mieux! Nos vignobles du Midi, si ravagés par le phylloxéra, repoussent de plus belle depuis qu'on a greffé les vieilles vignes sur des souches américaines. Le Bordelais, que nous avons traversé en revenant, est couvert de vignes magnifiques. Allons,

9 cas de rétrécissement avec insuffisance mitrale.

12 cas de rétrécissement avec insuffisance aortique.

54 cas de lésion aortique et mitrale plus ou moins compliquée.

Viennent les angio-scléroses, les myocardites, les souffles jugés par nous hystériques ou chlorotiques, ou cancéreux, ou saturnins, ou ictériques qu'on nous a présentés comme organiques. Pour cet ensemble, nous comptons 54 cas.

Puis quelques cas rares de péricardite et de plus nombreux d'endocardite aiguë, 8 cas.

Quelques cas d'adhérence du péricarde vus à l'autopsie ou diagnostiqués.

Dans ces chiffres sont compris les enfants que nous allons examiner.

Les bruits varient suivant l'âge de l'enfant, avant et après 12 ans. A partir de 12 ans, nous trouvons les mêmes grandes lésions avec leurs signes d'auscultation que chez l'adulte, moins accentués ; le roulement du rétrécissement mitral n'existe pas encore, c'est plutôt le timbre soufflant; le souffle de l'insuffiance aortique est moins intense. Les bruits du deuxième temps sont atténués, mais faciles à percevoir.

Avant 12 ans, les bruits du premier temps envahissent la scène, surtout le souffle de l'insuffisance, et, par dessus tout, dit-on, les bruits péricardiques dont on abuse.

La péricardite admise, fréquente chez l'enfant, n'est pas éternelle; quand elle a disparu d'une manière ou d'une autre, elle ne donne plus de bruit; il faut faire la part des lésions d'orifice.

On donne comme signe des bruits péricardiques leur apparition par la pression de la tête; tout bruit accru par la pression est péricardique. Or, on n'entend les bruits intérieurs qu'en appuyant. Il y a là une cause d'erreur. Les bruits péricardiques sont moins fréquents qu'on ne dit. Endopéricardite, soit ; qu'on n'oublie pas l'endocardite.

Le rétrécissement mitral, l'insuffisance aortique ont un rôle infime dans

---

nous boirons encore du bon vin, et nos malades ne s'en porteront que mieux, et les valides offriront plus de résistance aux microbes qui les assiègent de toutes parts. Mais je m'éloigne du Vernet et de Lallemand. J'y reviens.

Au Vernet, nous avons fait la connaissance d'un vénérable confrère, le docteur A.-S. Piglowski, venu en France après le dernier partage de la Pologne en 1832, avec le père du professeur actuel Grynfeldt (de Montpellier). M. Piglowski, sur les conseils de son maître Lallemand, vint s'installer au Vernet qu'il habita pendant une cinquantaine d'années. C'est le type du gentilhomme polonais d'autrefois, dans l'habit plus moderne du médecin d'aujourd'hui; tenue correcte et des plus soignées, de beaux cheveux blancs, l'œil vif, le geste élégant, d'une politesse parfaite avec les dames... et avec les hommes, ce qui ne compte pas, il fit la conquête de tout le monde.

M. Piglowski a soigné autrefois, avec Lallemand, Ibrahim-Pacha, pour lequel on a bâti à ce moment au Vernet un hôtel qui porte encore son nom. Par un hasard curieux, un des collaborateurs de la *Gazette médicale d'Orient*, M. le docteur Pardo, dont j'ai déjà parlé, vient de raconter dans le numéro du 15 août de ce journal l'histoire de la maladie d'Ibrahim, dont j'extrais quelques détails, intéressants au point de vue des relations du chirurgien de Montpellier avec son illustre client. Il s'agit de la question des honoraires.

Cette question, dit M. Pardo, a de tout temps occupé les médecins. L'éminent professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Vienne, M. Puchmann, dans un récent et remarquable travail sur l'instruction médicale, rapporte que les médecins arabes ont émis le principe que le malade doit être rançonné quand il est au lit ; principe, ajoute

©BIU Santé

le travail de R. Blache; tout est pour la péricardite, l'insuffisance mitrale et le rétrécissement aortique.

Nous n'avons pas vu de même, surtout si on prend les enfants à partir de 12 ans.

Le rétrécissement mitral pur peut exister et ne pas donner ses bruits caractéristiques moins éclatants que le jet de vapeur de la mitrale.

Le rétrécissement mitral pur ne donne signe de vie que plus tard.

Nous avons suivi un cas, intéressant s'il a été bien observé.

Burlot, 8 ans, entre le 16 septembre 1862 dans le service de Henri Roger. Rien au cœur. Elle rentre en octobre 1864; souffle à la pointe. Nous la voyons à 12 ans; roulement au deuxième temps sans souffle en jet de vapeur.

Droulin, 15 ans. Rétrécissement mitral pur.

Chez un garçon de 16 ans 1/2 atrophié, je constate les signes du rétrécissement mitral pur. Il a eu une longue chorée.

Stokes donne l'observation d'une jeune fille de 18 ans avec autopsie.

Etienne, batteur d'or, 18 ans. Rétrécissement mitral pur.

Pujat, lingère, 18 ans.

Soulois, couturière, 18 ans.

Trézale, ciseleur, 18 ans.

Blaize, homme, 19 ans.

A 18 ans, le rétrécissement mitral pur apparaît; 5 cas.

De 20 à 30 ans, il augmente et prend sa plus grande fréquence entre 40 et 50.

A partir de 50 ans, les cas sont rares.

L'insuffisance mitrale pure va jusqu'à 12 ans; elle se combine ou se transforme à partir de 12 ans. A partir de 18 ans, elle passe au rétrécissement.

On nous a demandé si nous avons entendu le dédoublement du deuxième claquement. Chez un garçon de 7 ans 1/2, rhumatisant, atteint d'insuffisance mitrale, avec souffle au premier temps sur toute la surface du cœur

---

M. Pardo, que j'ai souvent entendu répéter ici par de vieux confrères, et qui était peut-être traditionnellement transmis au temps où florissait la célèbre Ecole de Bagdad, car la maxime est en langue arabe.

Voici comment M. Pardo raconte le fait relatif à Ibrahim et à Lallemand :

« Le hasard a voulu que je connussse à Florence le prince égyptien Ibrahim-Pacha, fils du célèbre Mehemet-Ali, qui était venu expressément dans cette ville pour se faire opérer d'une fistule à l'anus par l'illustre Regnoli, un des plus hardis chirurgiens de ce temps-là et élève du grand Dupuytren. Regnoli déclara la fistule inopérable, se bornant seulement à donner quelque temps des soins au prince, qui ne manqua pas de le rémunérer largement, mais qui ne se montra pas satisfait de son refus de l'opérer.

Ibrahim-Pacha, qui tenait à être débarrassé de sa fistule, se décida à aller à Paris à cet effet. Là il se mit entre les mains de l'illustre Lallemand, qui s'était acquis une grande renommée pour les affections des voies urinaires surtout. Lallemand parvint à exercer une grande influence morale sur le terrible Ibrahim, le héros qui a été le plus grand guerrier de son époque en Orient, car il avait une figure caractéristique; on l'aurait pris pour un grand charlatan si on ne savait pas qu'il était une des plus grandes illustrations médicales de la Faculté de médecine de Montpellier. Les Orientaux sont très accessibles aux physionomies expressives, et vraiment Lallemand avait une belle tête : grande taille, allure imposante, yeux fascinateurs. Ibrahim avait aussi une magnifique tête, mais avec un regard de fauve qui faisait trembler tous ceux qui l'approchaient. C'étaient deux têtes typiques dans leur genre, et comme j'en ai rarement vues.

©BIU Santé

passant en arrière, nous avons constaté le dédoublement du deuxième claquement, constant.

Chez une fille de 9 ans, rhumatisante, nous avons entendu le dédoublement sans autre bruit.

Chez un garçon de 12 ans, ayant un souffle au premier temps passant en arrière, nous avons constaté un peu de dédoublement.

Le dédoublement constant du deuxième claquement est perçu chez les enfants.

Les lésions combinées se montrent à partir de 12 ans.

Nous trouvons 3 cas de rétrécissement avec insuffisance mitrale.

Nous notons 7 cas de rétrécissement et d'insuffisance mitrale avec insuffisance aortique, dont 6 entre 12 et 15 ans et 1 à 7 ans.

L'insuffisance de la tricuspide existe, comme chez l'adulte, avec son pouls veineux.

Les embolies produisent l'hémiplégie et l'aphasie comme chez l'adulte.

Le rhumatisme articulaire aigu, plus ou moins répété, plus ou moins généralisé, est le grand pourvoyeur, parfois la chorée, parfois la scarlatine suivie de rhumatisme.

Enfin, nous trouvons un cas de cyanose chez un garçon de 7 ans, avec souffle énorme étendu sur tout le cœur, ayant son maximum en bas du sternum et ne passant pas en arrière. Le pouls est imperceptible. Nous sommes obligé d'ausculter le cœur pour compter les pulsations. Puis un cas de communication interventricule sans cyanose chez un garçon de 8 ans 1/2.

C'est, en résumé, ce que nous avons rencontré, pendant le mois de septembre 1890, chez 25 enfants qu'on nous a indiqués comme atteints de lésions cardiaques, le plus jeune ayant 6 ans 1/2, le plus âgé ayant 14 ans 1/2.

Avant 6 ans 1/2, on ne nous a signalé aucun enfant.

Quoi qu'il en soit, Lallemand avait réussi à dominer Ibrahim-Pacha et ne se laissait nullement intimider par lui ; mais, soit que le chirurgien ait compris tout d'abord, après l'arrêt d'un Regnoli, dont la hardiesse s'était fait connaître par son procédé effrayant de l'ablation de la langue, que la fistule était inopérable, et qu'il ait cherché par tous les moyens à soulager les souffrances du prince et l'empêcher de tomber entre les mains de quelque audacieux et imprudent opérateur, — et il n'en manquait pas à cette époque à Paris, — lequel, par complaisance, ou pour tout autre motif, aurait cédé aux impérieuses instances du prince; soit qu'il espérât par des traitements appropriés, et pour ainsi dire préparatoires, arriver au point de pouvoir pratiquer l'opération sans compromettre la vie de l'illustre client. Le fait est que Lallemand le promena pendant six ou sept mois dans différentes stations d'eaux minérales, et le fit séjourner ensuite pendant quelque temps dans sa maison de santé, — car il en avait une, — où rien ne fut épargné pour lui prodiguer les soins les plus empressés et l'entourer d'un confortable tout à fait princier. Ibrahim-Pacha en fut profondément touché.

Enfin, le prince dut quitter soudainement la France et rentrer dans son pays, où sa présence était nécessaire et urgente même, à la suite de complications politiques, sans avoir même eu le temps de penser aux honoraires de son chirurgien. Cependant, après quelque temps, Ibrahim chargea M. d'Eichtal, consul de Turquie et son banquier à Paris, de régler le compte en suspens.

En faisant connaître à Lallemand la mission dont il était chargé, M. d'Eichtal le priait en même temps de vouloir bien lui dire à combien s'élevait le montant de ses honoraires

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE INFANTILES, par A. DESCROISILLES, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades; 2e édit., IIe partie. — Lecrosnier et Babé, 1891.

Le livre de M. Descroizilles était, lors de la première édition, d'un maniement difficile, étant presque de la même dimension dans tous les sens. La deuxième édition, quoique augmentée, ayant été divisée en deux parties, est donc beaucoup plus commode, et c'est tant mieux, car l'ouvrage de M. Descroizilles mérite d'être fréquemment consulté.

La deuxième partie traite des maladies convulsives et vésaniques, de l'appareil locomoteur, de la peau et de maladies générales. La bibliographie a été mise au courant des travaux parus sur chaque question depuis l'édition précédente.

Le *formulaire*, très complet et très éclectique, qui termine le volume, rendra de réels services aux praticiens, qu'embarrassent toujours la posologie et l'art de faire avaler à leurs capricieux petits malades la drogue utile, mais désagréable, à la faveur de l'excipient alléchant ou du véhicule et du correctif bien choisis. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 octobre 1890. — Présidence de M. ABADIE.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée. — Elle comprend les journaux et revues des mois d'avril et de septembre; — la *Revue des travaux scientifiques* du ministère de l'instruction publique, t. IX, nos 11 et 12; t. X, nos 1 et 2; — les *Discours* prononcés au derniers Congrès des Sociétés savantes, par MM. Bourgeois, ministre de l'instruction publique, et Maunoir, secrétaire général de la Société de géographie; — le *Bulletin de la Société des sciences médicales de Lille*, 12e année, 1889; — le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 18e année, 1er sem., 1890; — les *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 3e et 4e fasc., 1889; — le *Compte rendu des travaux de la Société*

---

pour qu'il pût en référer au prince. Lallemand répondit évasivement à la question précise du banquier, c'est-à dire qu'il considérait comme un grand honneur pour lui d'avoir traité Son Altesse et mérité sa confiance et sa satisfaction, et que c'était au prince plutôt à savoir la reconnaissance qu'il voulait lui témoigner par une rémunération digne d'elle et de lui.

M. d'Eichtal, très embarrassé, reprit : « Si je vous faisais donner 50,000 francs par le prince, seriez-vous content, Monsieur le professeur? »

Lallemand, ne lui laissant pas même achever la phrase, l'interrompit : « C'est bien 500,000 francs qu'il me doit », lui dit-il à bout portant.

Et la suite? Je ferai comme M. Pardo, chers lecteurs; je vous dirai : « Au prochain samedi! »

SIMPLISSIME.

SAVON CONTRE LA GALE. — E. Paul.

Savon de Marseille		100 grammes.
Pétrole et alcool	aa	50 —
Cire		40 —

F. s. a. — On fait un savonnage chaque jour avec ce mélange, pour détruire les acares de la gale, et trois ou quatre applications du remède suffisent généralement pour obtenir ce résultat. — N. G.

©BIU Santé

de médecine de Gannat, 1889-90; — les *Annaes*, t. LV, 1889-90, et le *Boletim*, anno V, nos 12 et 13, *da Academia de medicina do Rio-de-Janeiro*); — le *Catalogue alphabétique de la bibliothèque de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro*, 1890.

Une brochure sur l'*action thérapeutique des eaux de Salies-de-Béarn contre l'évolution chronique des maladies et de leurs complications microbiennes*, par le docteur Raymond Petit, Paris, 1890.

Une série de brochures du docteur Carmona y Valle (de Mexico) : *De quelques faits relatifs à la fièvre jaune; Engouement fébrile pulmonaire;* — du docteur Liceaga (de Mexico) : *Le plateau central du Mexique; Contribution à l'étude de la cure de la phthisie; Inoculation préventive de la rage; Phlébite sus-hépatique ou hépatite intercellulaire.*

Correspondance manuscrite. — Lettre du docteur Auvard, qui donne sa démission de membre titulaire. (Acceptée.) — Lettre du docteur Malibran, qui, obligé de quitter Paris pour aller s'établir à Monaco, donne également sa démission de membre titulaire. M. Malibran est nommé, à l'unanimité, membre correspondant.

M. le Président fait part à la Société de la nomination, comme membre correspondant de l'Académie de médecine, de M. le docteur Gros (d'Alger), membre correspondant, et de la mort regrettable de M. Deligny, membre titulaire, qui paraît avoir succombé aux suites d'un accident de voiture.

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

— M. le Secrétaire général annonce qu'il a reçu de M. le docteur Nicolas, membre correspondant, une lettre en réponse au rapport de M. Collineau sur le projet de langue internationale. M. Collineau, n'ayant pu se rendre à la séance d'aujourd'hui, la Société décide de renvoyer à la prochaine séance la lecture et la discussion de la note de M. Nicolas.

— M. Duroziez fait une communication sur les *maladies du cœur chez les enfants*. (Voir plus haut.)

M. de Beauvais a écouté avec un vif intérêt la communication de M. Duroziez; il saisit cette occasion de le féliciter de s'être enfin décidé à publier le livre sur les maladies du cœur, que ses amis lui réclament depuis si longtemps.

M. Abadie : Je signalerai à M. Duroziez un fait qui m'a paru intéressant et que j'ai observé récemment. J'ai soigné un homme de 50 ans atteint d'un commencement d'atrophie des nerfs optiques dont la face, les lèvres et la langue, surtout, étaient cyanosés, présentant tous les caractères de la maladie bleue.

Ce malade, dont les souvenirs étaient très précis, nous a affirmé que cette affection remontait à son enfance. Il était resté pendant longtemps à l'hôpital des Enfants-Malades où on lui avait dit qu'il avait une persistance du trou de Botal. Or, j'ai été moi-même, en 1879, interne à l'hôpital des Enfants où j'ai vu quelques cas analogues. J'ai appris, de mes maîtres d'alors, qu'habituellemment les enfants atteints de ces lésions n'arrivaient pas à un âge avancé. Or, celui-ci a 50 ans et il déclare que plus il vieillit, plus son état s'améliore. Je l'ai ausculté avec soin et je n'ai trouvé aucun bruit de souffle au cœur.

M. Gillebert-Dhercourt a vu un cas semblable à celui de M. Abadie; son malade a maintenant 64 ans, et, chez lui, l'amélioration a marché progressivement avec les années.

M. de Beauvais : Dans l'intéressante pérégrination qu'a faite, pendant les vacances, notre excellent collègue dans les divers hôpitaux de Paris, dans le but d'établir une statistique spéciale des maladies du cœur chez les adultes et chez les enfants, il nous signale la rareté des gros anévrysmes. J'ai eu l'occasion tout dernièrement de voir, chez une homme de 55 ans, un anévrysme très volumineux de la sous-clavière droite, qui occupait toute la région sous-claviculaire et gagnait l'épaule; il était du volume de la tête d'un fœtus, fluctuant sous le doigt, fortement pulsatile; il avait amené une paralysie incomplète du bras avec un léger œdème de la main. La peau était rouge, forte-

©BIU Santé

ment tendue, luisante; peu à peu, avec les progrès incessants de l'anévrysme, elle s'est amincie, ulcérée, et une hémorrhagie foudroyante a emporté le malade.

Deux ans auparavant j'avais observé, chez un homme de 73 ans, un anévrysme de la crosse de l'aorte qui a perforé la paroi thoracique droite, a remonté jusqu'à la région carotidienne correspondante, et a déterminé la mort par asphyxie avec de véritables accès d'angine de poitrine.

Je demanderai à M. Duroziez si, dans le cours de sa longue pratique et de ses patientes recherches, il a rencontré des exemples de cette curieuse maladie, qu'on a désignée sous le nom de *tachycardie* essentielle, paroxystique. Il y a quelques mois, il m'a été donné d'en observer un cas bien tranché, chez une femme de 40 ans environ, bien réglée, bien portante d'ailleurs, non hystérique. Quand on me fit demander d'urgence, un soir, je trouvai la malade au lit, dans un état d'angoisse, de dyspnée inexprimable. Le visage était cyanosé.

Le pouls battait de 170 à 180 fois par minute; l'auscultation du cœur et des poumons ne révélait rien d'autre que cette accélération désordonnée, cette espèce de folie du cœur.

Cette femme me dit qu'elle était sujette, depuis plusieurs années, à des accès de ce genre; qu'elle était prise brusquement, parfois sans cause appréciable, parfois sous l'influence d'une émotion vive, d'un mouvement violent; que l'accès durait tantôt plusieurs heures, tantôt un jour entier, qu'il cessait tout d'un coup, sans laisser aucun trouble dans sa santé.

J'ai été appelé deux fois, à trois mois d'intervalle, à constater un accès semblable. Depuis cette époque, cette dame se porte bien, elle a même pris de l'embonpoint; elle remplit, sans fatigue ni difficulté, l'emploi de caissière dans un café.

Cette maladie a été étudiée tout récemment, dans la *Revue de médecine*, par M. Bouveret (de Lyon), et, dans la *France médicale* du 12 décembre 1889, M. Paul Sollier, interne des hôpitaux, a publié une observation très intéressante d'un cas de ce genre, terminé par la mort. L'autopsie a été pratiquée.

Le fait que je viens de citer ne ressemble en rien aux cas de goitres exophthalmiques *frustes*, dont parle M. Rougon. C'est un exemple bien net de *tachycardie essentielle paroxystique*, semblable à ceux rapportés par MM. Bouveret et Sollier.

A propos du goitre exophthalmique, je ne saurais trop recommander l'hydrothérapie. Dans un cas fort grave, chez une jeune fille de 18 ans, caractérisé par un goitre volumineux, par une exophthalmie avec strabisme divergent, par une diarrhée incoercible, un tremblement général permanent, compliqué de paraplégie, d'affaiblissement intellectuel, de migraines violentes, de palpitations pénibles, de dyspnée et d'un pouls accéléré, allant jusqu'à 140 pulsations par minute; nous avons vu, alors que l'électricité, le bromure de potassium, les préparations arsenicales, conseillées par MM. Charcot et Jaccoud, restaient impuissantes, un traitement hydrothérapique, rationnellement dirigé par notre collègue M. Béni-Barde, amener la guérison presque complète de cette grave affection. La jeune malade a pu se marier tout récemment.

Qu'il me soit permis, en terminant, de féliciter bien sincèrement M. Duroziez de ses recherches intéressantes, et surtout de l'heureuse résolution qu'il a prise enfin de publier ses nombreux travaux sur les maladies du cœur, qui seront de la plus haute utilité pour les cliniciens sérieux.

M. Duroziez : Il est assez difficile de se prononcer sur le cas de M. de Beauvais en l'absence d'autres renseignements. On peut songer à l'hystérie, mais peut-être encore plutôt au goitre exophthalmique. Il y a des formes de cette maladie dans lesquelles la tachycardie est le premier et, souvent pendant longtemps, le seul symptôme apparent.

M. de Valcourt a soigné un jeune garçon d'une quinzaine d'années qui eut subitement cette tachycardie au collège où on l'avait mis interne. Cet enfant avait eu antérieurement la chorée; M. de Valcourt considéra les troubles cardiaques comme une chorée du cœur. L'enfant guérit rapidement. Chez lui il n'y avait aucune trace de goitre exophthalmique.

M. Abadie : Le goitre exophthalmique est aujourd'hui une maladie de mieux en

©BIU Santé

mieux connue et qui semble incontestablement liée à une lésion intéressant les origines bulbaires du grand sympathique. Il y a, il est vrai, des formes frustres, mais deux au moins des trois symptômes cardinaux existent toujours plus ou moins accusés ou plus ou moins atténués. C'est donc toujours une maladie propre qui ne peut être confondue avec la tachycardie, où l'accélération parfois excessive des battements du cœur constitue le seul symptôme. M. le docteur Bouveret, qui a récemment publié un travail important sur ce sujet, a même signalé des formes spéciales où cette accélération ne procède que par poussées, par crises paroxystiques, de telle sorte qu'il me paraît difficile, comme le voudrait M. Duroziez, de faire rentrer cette affection dans les formes larvées du goitre exophthalmique.

A propos de cette dernière maladie, j'ajouterai quelques remarques qui me paraissent avoir quelque importance. Je suis d'accord avec M. de Beauvais pour reconnaître que l'hydrothérapie et l'électrisation du sympathique cervical sont efficaces et donnent de bons résultats; mais ce qu'il faut savoir également, c'est qu'il est des cas, rares, il est vrai, mais fort graves d'emblée, où l'électrisation échoue.

J'ai eu, l'année dernière, l'occasion de soigner en ville une dame atteinte pour ainsi dire de goitre exophthalmique aigu. En quelques jours, la saillie des globes oculaires devint si considérable que les cornées menaçaient de se nécroser. Ayant lu quelque temps auparavant un article où l'auteur se faisait fort, même dans les cas les plus graves, de réduire l'exophthalmie au moyen de l'électrisation faradique pratiquée d'une certaine façon, je le fis appeler et, deux fois par jour, il électrisa la malade lui même, et, malgré tout, l'exophthalmie ne se réduisit pas et elle perdit les deux yeux. Dans un cas semblable, je n'hésiterais pas à employer l'hydrothérapie quand même et à suturer de bonne heure les deux paupières, de façon à mettre les cornées à l'abri du contact de l'air.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

Faculté des sciences de Paris. — M. le professeur de Lacaze-Duthiers commencera le cours de zoologie, anatomie et physiologie comparée le mardi 4 novembre à trois heures et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera des organes et des fonctions de relation.

Faculté de médecine de Paris. — *Année scolaire 1890-1891.* — Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre 1890.

COURS

Anatomie. — M. Farabeuf : Partie sous-ombilicale du corps humain. — Lundi, mercredi, vendredi, à quatre heures (grand amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Dieulafoy : Maladies générales et infectieuses. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures (grand amphithéâtre).

Chimie médicale. — M. Gautier : Chimie générale : Métaux, leurs applications à la médecine. — Jeudi, samedi, à une heure. — Chimie biologique : Sécrétions, tissus. — Mardi, à une heure (grand amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue : Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures (grand amphithéâtre).

Opérations et appareils. — M. Tillaux : Médecine opératoire des affections chirurgicales des membres. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (grand amphithéâtre).

Histologie. — M. Mathias Duval : Les glandes sexuelles, la fécondation et les dérivés blastodermiques, le sang et les vaisseaux, le système musculaire, le tissu conjonctif et le système lymphatique, le système nerveux et les organes des sens. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (grand amphithéâtre).

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulbène : La période et les méde-

©BIU Santé

cins arabes, nosographie historique, biographie et bibliographie médicales. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Conférences de médecine légale. — M. Brouardel : Exercices de médecine légale. — Lundi, mercredi, vendredi (à la Morgue).

CLINIQUES

Cliniques médicales. — MM. G. Sée, Potain, Jaccoud, Peter : Lundi, vendredi, à dix heures (à l'Hôtel-Dieu). — Mardi, samedi, à dix heures (à la Charité). — Mardi, samedi, à neuf heures et demie (à la Pitié). — Mercredi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques chirurgicales. — MM. Verneuil, Le Fort, Duplay, Le Dentu : Mardi, samedi, à dix heures (à l'Hôtel-Dieu). — Mardi, jeudi, à neuf heures et demie (à la Pitié). — Lundi, vendredi, à neuf heures et demie (à la Charité). — Mardi, jeudi, samedi, à neuf heures et demie (à l'hôpital Necker).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Ball : Dimanche, jeudi, à dix heures (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants. — M. Grancher : Mardi, samedi, à quatre heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — M. Fournier : Mardi, vendredi, à neuf heures (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Charcot : Mardi, vendredi, à neuf heures et demie (à la Salpêtrière).

Clinique ophthalmologique. — M. Panas : Lundi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique d'accouchements. — MM. Tarnier, Pinard : Mardi, jeudi, samedi, à neuf heures (à la Clinique de la Faculté). — Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures (à la Clinique de la Maternité).

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Guyon : Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie (à l'hôpital Necker).

— Les docteurs Calmettes, Lubet-Barbon et Alfred Martin commenceront un cours particulier de laryngologie, rhinologie et otologie, le mardi 4 novembre, à une heure. La durée du cours sera de deux mois. Pour les conditions, s'adresser à la Clinique, 19, rue des Grands-Augustins, les mardi, jeudi et samedi, de deux à quatre heures.

CONCOURS POUR LA PLACE DE DIRECTEUR DU BUREAU D'HYGIÈNE DE LYON. — Lundi 6 octobre 1890 ont commencé, à l'Hôtel-de-Ville, les épreuves du concours pour la place de directeur du bureau d'hygiène.

Le jury est composé de MM. Lortet, Arloing, Fochier, Rollet, Lépine, professeurs à la Faculté de médecine; Barbier, Dubois, professeurs à la Faculté des sciences; Clément, doyen des médecins des hôpitaux.

Pour la première épreuve (épreuve pratique de bactériologie) il est accordé deux mois pour exécuter les analyses, préparations, etc. Le candidat (un seul, le docteur G. Roux, affronte ce concours tout spécial) a à étudier l'eau de la Saône puisée en amont, au centre et en aval de Lyon (bactériologie, analyse chimique, action physiologique).

Les autres épreuves de ce concours commenceront le 8 décembre.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Caubet, directeur, est maintenu, pour trois ans, dans lesdites fonctions, à partir du 1er novembre 1890.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — III. Feuilleton : Bibliothèque anthropologique. — IV. Courrier.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Herpès génitaux.

Herpès progénital récidivant de Diday et Doyon. — Herpès névralgique de M. Mauriac. Zona génital. — Balanite pustulo-ulcéreuse.

Messieurs,

Parmi les affections génitales qui conduisent fréquemment à l'ulcération, il faut assurément compter l'herpès : cette affection, caractérisée, comme vous le savez probablement tous, par le développement de quelques vésicules réunies en groupes, se montre fréquemment sur les organes génitaux et présente, dans sa disposition, dans son allure, dans ses récidives, des caractères spéciaux qu'il est important de bien connaître pour éviter de confondre cette maladie avec des affections plus graves, telles que le chancre simple et le chancre syphilitique.

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 14, 26 août, 4, 11, 16, 25, 30 septembre, 9, 11, 16 et 18 octobre 1890.

FEUILLETON

Bibliothèque anthropologique. — XIII. DÉPOPULATION et CIVILISATION, *Etude démographique*, par Arsène Dumont, membre de la Société d'anthropologie.

L'auteur, dans sa préface, signale un fait digne d'attention : La nation française — et probablement, ajouterons-nous, toutes les autres — est très inégalement familiarisée avec les sciences sociales. En effet, les intelligences qui les possèdent sont rares et disséminées. C'est une éducation tout à faire pour le plus grand nombre, et, dans les conditions contemporaines de notre race, il importe de se hâter. Le livre de M. A. Dumont mérite d'être considéré comme un précieux commencement d'instruction spéciale, et, en conséquence, d'être étudié sérieusement.

La sociologie est pour l'auteur la partie la plus complexe du savoir humain ; elle exige les connaissances les plus variées. Aussi, son travail a-t-il naturellement pour base ce point de vue compréhensif, qui lui donne incontestablement un grand intérêt. « Toutefois, nous dit-il, cet ouvrage n'est en somme qu'une théorie de la natalité. L'état actuel des connaissances humaines en fait de sociologie ne comporte pas autre chose. »

Quoi qu'il en soit de cette dernière proposition, dont nous lui laissons la responsabilité, nous devons faire remarquer que, pour arriver plus sûrement à des résultats utiles, il ne s'est pas borné à chercher les causes de la faible natalité de la France dans les livres

page 593 sur 944

©BIU Santé

Parmi les herpès des organes génitaux, la variété la plus intéressante est assurément celle que MM. Diday et Doyon ont décrite sous le nom d'*herpès progénital récidivant;* c'est une maladie commune que vous aurez maintes fois l'occasion d'observer, et qui, bien que n'entraînant aucun danger pour le malade, doit être regardée comme très sérieuse, à cause de sa ténacité et de l'influence désastreuse qu'elle exerce souvent sur l'esprit du malade.

L'*herpès progénital récidivant* de Diday et Doyon est une dermatose le plus souvent vésiculeuse, parfois érythémateuse, toujours circonscrite à un point limité de l'appareil génital, dermatose survenant à la suite d'une maladie contagieuse de cet appareil et s'y reproduisant ultérieurement, sans nouvelle cause semblable, sous forme de reprises multipliées, indéfinies en quelque sorte, le plus souvent égales en durée, lesquelles sont séparées les unes des autres par une période où l'on constate un état d'intégrité absolument normale du tégument.

Cette définition de l'herpès progénital récidivant, que j'emprunte à MM. Diday et Doyon, renferme, résumés, tous les caractères de cette maladie; étudions-les en détail; voyons d'abord comment se produit une poussée d'herpès.

Sur une étendue ordinairement peu considérable de la peau du fourreau ou de la muqueuse préputiale, le malade ressent une sensation de brûlure, des picotements, des fourmillements, des démangeaisons plus ou moins vives, parfois intolérables; bientôt le tégument cutané ou muqueux devient rouge, tuméfié, douloureux; quelques heures plus tard, de petites vésicules miliaires transparentes, grosses comme de fortes têtes d'épingle, se montrent dans le même point où siégeaient les douleurs. A ce moment, l'intensité de celles-ci se calme. Si l'épiderme ou l'épithélium sont résistants, si les vésicules échappent aux frottements faciles dans la région qu'elles occupent, elles peuvent grossir sans se rompre; elles constituent alors de petites saillies hémisphériques, à sommet bombé plutôt qu'acuminé, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet, trans-

---

des philosophes et des historiens ou dans les études des démographes, et qu'il a voulu observer le mal par lui-même, sur place. C'est ainsi que chaque année il s'est attaché à visiter commune par commune, village par village, plusieurs cantons français. « C'est, écrit-il, à l'examen minutieux d'un certain nombre de ces petites sociétés prises comme exemples que sont dues la plus grande partie des idées exposées dans cet ouvrage. On leur pardonnera si elles se sentent de la nouveauté de la méthode Elles résultent de la condensation d'innombrables notes écrites le long des haies, sur le revers des fossés, sur les rochers ou sur les grèves désertes, aussi souvent que dans les bibliothèques. Telle page est la traduction d'une conversation avec les pauvres paludéens de Noirmoutier, telle autre d'une gaie discussion avec les vignerons du Bois ou de Sainte-Marie-en-Ré, telle autre a été inspirée soit par un pêcheur d'Islande, de Plouezec, qui trouve tout naturel d'avoir six enfants, soit par un marin de la flotte en congé à Bréhat, qui veut devenir quartier-maître et ne s'en permettra qu'un ou deux. » Aucun lecteur ne se plaindra de la nouveauté de la méthode, qui donne à l'œuvre une saveur particulière, et fait espérer dans les travaux successifs des solutions de plus en plus certaines.

Comme le dit l'auteur, l'étude de la population a été « négligée jusqu'ici pour la préoccupation de la prospérité financière, de la liberté politique ou de la puissance militaire »; mais il place avec raison cette étude à un rang absolument supérieur. Or, toute étude doit avoir une sanction, une application pratique qui en découle, c'est précisément ce qui fait le fond du livre de M. A. Dumont.

« L'étude sur la natalité, dit-il, m'a amené à proposer, pour obvier à l'oliganthropie,

BIU Santé

parentes, renfermant un liquide clair et opalin ; bientôt ce contenu devient de limpide opalin, puis opaque et purulent.

Après un temps très court, les vésicules se rompent et laissent à découvert une petite érosion de la dimension de la vésicule, très superficielle, constituée par la chute des couches supérieures de l'épiderme, de forme nettement circulaire, à bords taillés à pic, mais n'ayant que la profondeur des couches superficielles de l'épiderme, à fond rouge, uni et brillant, si la rupture s'est faite de bonne heure avant l'invasion de la vésicule par la suppuration ; si, au contraire, la vésicule s'est enflammée et a suppuré, l'érosion peut être cupuliforme, à fond grenu, recouverte parfois d'un mince dépôt pseudo-membraneux. La surface ulcérée laisse sourdre un liquide abondant, transparent, visqueux dont il est facile d'augmenter l'abondance en exerçant une légère pression sur les tissus voisins de l'ulcère ; le professeur Leloir (de Lille) a fait de cette *expression du suc* un moyen de diagnostic dont je vous ai déjà parlé à propos du chancre simple.

L'inflammation peut faire presque complètement défaut autour de la vésicule ; elle peut, au contraire, être forte, étendue, s'accompagner d'une infiltration œdémateuse plus ou moins prononcée de la muqueuse ou de la peau du prépuce.

Fort souvent, il n'y a qu'un groupe de vésicules ; mais il peut y en avoir plusieurs développés simultanément ou à quelques heures de distance. D'après l'observation de mon savant collègue M. Mauriac, l'éruption se ferait de préférence à la terminaison du rameau nerveux externe ou pénien cutané et préputial, et à l'épanouissement du rameau interne ou rameau du gland.

Chaque groupe se compose de quatre ou cinq vésicules distinctes disséminées sur un espace de 8 à 15 millimètres ; le plus ordinairement, les vésicules se déchirent et laissent place à une ulcération superficielle ; mais la terminaison peut se faire par dessiccation, une petite croûte remplace la vésicule et persiste pendant quelques jours ; au moment de sa chute, on trouve un épiderme jeune, mais déjà plus d'ulcération. L'évolution totale

---

un système de réformes que beaucoup d'esprits trouveront trop radicales... Mais quand toute une race se voit minée par un mal si profond qu'il lui enlève jusqu'au désir de se perpétuer et de vivre, on ne doit pas attendre la guérison de palliatifs qui n'intéresseraient que l'épiderme.

« La France traverse présentement une période de transition et partant de faiblesse. C'est ma conviction qu'elle ne peut sortir du défilé périlleux où elle se trouve engagée que par une marche accélérée vers des horizons tout nouveaux. »

On voit par les lignes qui précèdent avec quelle énergie M. A. Dumont s'est emparé de son sujet. Il veut, malgré les difficultés dont une pareille tentative est hérissée, chercher les causes et les remèdes de l'état stationnaire de la population en France, comparé au développement qu'elle prend chez les nations voisines. Une pareille recherche, faite avec l'aide sérieuse des faits, autant que cette aide est possible, et avec l'absence sincère de toute doctrine préconçue, est une des œuvres scientifiques les plus importantes que la société puisse réclamer de nos jours.

En effet, « il s'agit d'un mal qui surpasse en gravité les guerres les plus désastreuses et les épidémies les plus meurtrières. De tels fléaux frappent avec violence une génération ; mais ils ne vont jamais jusqu'à mettre en sérieux danger l'existence de la race... Les vides qu'ils causent dans la population se réparent vite... « Le mal, au contraire, « dit Montesquieu, est presque incurable lorsque la dépopulation vient de longue main, « par un vice intérieur et un mauvais gouvernement. Les hommes ont péri par une « maladie insensible et habituelle, ils se sont vu détruire souvent sans sentir les causes

©BIU Santé

de l'accident ne demande guère plus de quatre à cinq jours ; la croûte peut cependant ne pas tomber avant le septième ou le huitième jour.

Les érosions qui succèdent à l'ulcération d'un groupe de vésicules donnent des ulcérations d'étendue proportionnée au nombre de vésicules que le groupe renfermait ; ces ulcérations ont des bords à caractères particuliers, festonnés, polycycliques et microcycliques, suivant l'expression si juste du professeur Fournier, c'est-à-dire que les bords présentent une série de dents rappelant exactement, par leur forme arrondie et leurs dimensions, la section des vésicules qui ont donné naissance à l'ulcération.

Les groupes vésiculeux siègent de préférence sur la muqueuse du sillon balano-préputial ou de la face interne du prépuce ; plus rarement sur le gland ; plus rarement encore sur la peau du fourreau.

Dans quelques cas, on peut observer le gonflement et la sensibilité d'un des ganglions lymphatiques de la région inguinale.

Telle est l'histoire d'une poussée vésiculeuse au cours de l'herpès récidivant ; cette poussée constitue par elle-même un accident gênant, douloureux, mais très supportable et sans grande gravité ; ce qui en fait le caractère sérieux, c'est la facilité, c'est la fatalité avec laquelle elle se reproduit ; le malade, une fois entré dans cette voie, va voir ces poussées vésiculeuses se reproduire fréquemment, régulièrement, à des époques souvent fixes, à des intervalles constants ; c'est souvent tous les deux mois que l'éruption se reproduit, et chaque poussée nouvelle paraît calquée sur la précédente : mêmes sensations douloureuses, même importance et même siège du groupe vésiculeux, même durée de chacune des phases de l'éruption. Il semble cependant qu'un certain balancement puisse s'établir entre l'importance de la poussée éruptive et la durée des intervalles de silence ; souvent, après une poussée éruptive plus forte que de coutume, on voit celui-ci s'allonger ; et puis, quand l'accès est en retard, quand un espace de temps plus long que d'ordinaire a séparé deux poussées éruptives, la poussée se produit habituellement plus forte, plus violente.

« de leur destruction. » Un tel peuple, ajoute M. A. Dumont, est un arbre dont la sève tarit et le feuillage jaunit dès le commencement de l'été, sans que l'on sache comment y porter remède. »

Entraîné par ces idées, l'auteur est amené naturellement à jeter un coup d'œil rapide sur d'historiques consomptions sociales, la Grèce, après la conquête de l'Asie, l'Italie, après avoir soumis l'ancien monde, l'Espagne, si héroïque dans sa lutte séculaire contre les Maures et si puissante au XVIe siècle.

Mais la France est-elle en décadence ? Les ennemis du dehors, dans une pensée de dénigrement, et les intrigants du dedans pour la réalisation de leurs projets coupables, l'ont dit. « Une idée chère aux césariens d'il y a trente ans, c'était la ressemblance de notre temps avec l'époque de l'histoire romaine où l'empire remplaça la république. » Eh bien, « ils se trompaient. La France n'est pas en décadence. Tout compensé, elle est encore en progrès et non seulement sous le rapport économique ou intellectuel, mais aussi sous le rapport de la population qui nous occupe. Le progrès de la classe moyenne, la division de la propriété, le labeur acharné qui est la loi de la vie française, le développement du savoir à tous les degrés et sa propagation dans toutes les classes, la force morale, prouvée par les découvertes scientifiques et les applications industrielles qui en sont le fruit, l'activité littéraire, la conscience croissante et l'âpre revendication du droit même par les plus humbles, l'accession de tous à la dignité de citoyen, le suffrage universel et ses conséquences inévitables, la diffusion de la vie intellectuelle et politique en province, l'éveil du patriotisme entretenu par la division de l'Europe en patries rivales

©BIU Santé

La durée d'une telle maladie est pour ainsi dire indéfinie; c'est pendant des années qu'on voit les poussées éruptives se reproduire sans qu'aucun traitement arrive à atténuer ou à retarder les attaques du mal; il semble cependant que l'âge et la diminution de l'activité génésique soient susceptibles d'amener l'atténuation et la disparition d'une affection qui se montre particulièrement rebelle à nos moyens thérapeutiques; c'est, en effet, un fait reconnu par tous les médecins que l'herpès ne s'observe plus à un âge avancé; la maladie s'éteint avec l'activité de l'organe sur lequel elle a pris naissance et sur lequel elle a vécu.

Quand la maladie approche de sa fin, son allure devient moins franche, son intensité s'amoindrit; les poussées ne se reproduisent plus à des intervalles aussi réguliers; elles reviennent de plus en plus rarement; elles ne se cantonnent plus aussi strictement à un même point des organes génitaux, on les voit petit à petit se produire dans des points de plus en plus éloignés de leur siège habituel; enfin les phénomènes réactionnels sont moins intenses, les douleurs moins vives avant l'éruption, la zone inflammatoire moins accusée, le retentissement sur l'état général et sur le moral moins profond.

Une des conséquences les plus graves de l'herpès progénital récidivant est l'influence désastreuse qu'elle peut exercer sur le moral du porteur. La reproduction incessante des accidents, l'impuissance des moyens thérapeutiques qu'on leur oppose produit sur l'esprit du malade l'effet le plus désastreux; la crainte incessante de voir l'accident se produire, la conviction que cet accident rebelle survenu à la suite d'une affection vénérienne ne peut indiquer qu'une altération profonde de l'économie, le désespoir de se voir à chaque instant rendu un être inférieur par cette lésion des organes génitaux jettent le malheureux herpétique dans un état de désespoir, d'hypochondrie qui empoisonne sa vie de chaque jour et a pu quelquefois le pousser au suicide.

A l'époque où l'herpès progénital récidivant s'atténue, où ses manifestations locales deviennent plus rares et moins intenses, il n'est pas rare,

---

enfin la puissance de la presse et de l'opinion publique, constituent autant de différences éclatantes à notre avantage. »

La sociologie, n'étant pas encore parvenue à constituer une science positive, est la proie des systèmes et des hypothèses. Aucune doctrine n'a eu tant de retentissement, n'a donné lieu à tant d'engouement que celle de Malthus. L'auteur a soumis à une appréciation extrêmement curieuse à suivre cette doctrine, qui, en fin de compte, d'après lui, se résume en « un truisme et une erreur... Malthus cherchait des remèdes à l'excès de la population. L'exemple de la France prouve malheureusement que c'est à l'oliganthropie que nous devons nous efforcer d'en trouver... La préoccupation dominante de l'avenir, ajoute l'auteur, sera non plus la quantité des richesses, mais la quantité des citoyens, leur développement en valeur physique, intellectuelle, morale et esthétique, et les richesses, simple moyen par rapport à ce but, devront être produites, distribuées, employées, de manière de permettre de l'atteindre. L'économie politique se trouve ainsi rejetée au second plan, et des sciences toutes nouvelles, l'anthropologie, l'ethnographie, la démographie surtout, passent au premier. »

Du reste, à mesure que le XIXe siècle avance, les idées se portent de plus en plus vers ce fait, vrai sujet d'inquiétude, de l'infériorité de la natalité française, qui va constamment en décroissant par une marche lente et régulière. En 1789, la France comptait pour 28 p. 100 dans la population totale des grandes puissances; aujourd'hui, elle ne compte que pour 11 p. 100. Il est à remarquer que ce sont les départements riches qui se dépeuplent, et que les départements pauvres, où les habitants vivent au jour le jour,

©BIU Santé

de voir des manifestations arthritiques généralisées, profondes, se dessiner; des douleurs articulaires, des manifestations viscérales, accès de goutte, coliques néphrétiques, se montrent; c'est ce que Diday a indiqué dans cette expression pittoresque : « Quelques grains de millet en moins sur le prépuce, quelques grains de sable en plus dans l'urine », signifiant par ce résumé humoristique de l'évolution morbide que l'âge où l'herpès disparaît est souvent celui où la gravelle s'accentue.

L'herpès récidivant, dont nous venons de voir la marche, a son étiologie spéciale; son développement se rattache au fonctionnement des organes génitaux; il ne se montre pas avant que l'homme soit arrivé à l'adolescence et ne survient que chez les sujets qui ont perdu leur virginité; il est de règle aussi qu'il ait été précédé par l'existence d'une lésion vénérienne, chancre, chancrelle ou blennorrhagie. La plupart des auteurs sont d'accord pour déclarer qu'avant l'apparition de ces affections il n'est pas d'herpès progénital récidivant possible; l'une ou l'autre de ces lésions vénériennes est le préambule forcé, l'entrée en matière indispensable de la maladie que nous étudions, mais toutes n'exercent pas une action égale; la chancrelle est, des trois grandes maladies vénériennes, celle qui est le plus souvent suivie de l'apparition de l'herpès; puis vient la blennorrhagie; enfin, bien loin derrière elles, le chancre syphilitique. Diday a insisté sur ce fait que, parmi les chancres simples, ceux qui sont le plus souvent suivis d'herpès sont ceux qui ont été traités violemment et interrompus dans leur développement; il semblerait qu'ils se vengent après coup des ennuis que le médecin leur a causés.

L'herpès ne se montre pas en même temps que le chancre qui lui a donné naissance; il n'apparaît le plus souvent que plusieurs semaines après la cicatrisation de ce dernier; il occupe généralement le même point que lui; cependant, à la suite des chancres du fourreau, il n'est pas rare que les vésicules herpétiques se montrent sur la muqueuse balano-préputiale et non sur la peau. Pendant le temps qui s'écoule entre la cicatrisation du chancre et l'apparition de la première éruption de vésicules, aucun

---

sans souci du lendemain, sont en progrès. « Tandis que la misère est féconde, la richesse et l'aisance sont relativement stériles. » Les causes de ce fait ont été signalées ou au moins pressenties déjà, mais l'auteur les expose avec des développements nouveaux qui en rendent la notion plus précise. Dans cet excellent chapitre, qui a pour sujet principal les avantages d'une population nombreuse, l'auteur a placé des considérations intéressantes sur la famille et sur la colonisation. Au sujet de la colonisation, dont il est un partisan éclairé, « La France, dit-il, peut sans doute, avec ses armées, se tailler en Afrique, en Cochinchine ou au Tonkin un domaine colonial triple ou quadruple de son territoire. Mais si elle manque d'émigrants pour coloniser ou pour exploiter ses conquêtes, si tout s'y fait par voie militaire ou administrative, elle a manqué le but... Seul l'élément civil apporte le ferment d'une activité nouvelle. C'est l'émigrant qui doit importer dans les pays nouveaux nos idées et nos mœurs. » Il faut donc, tout en perfectionnant l'organisme social, arriver à produire une population assez dense, soit pour occuper nos colonies, soit surtout pour faire équilibre aux nations voisines. « Par malheur, la France actuelle est bien loin de répondre à ces exigences. »

En somme, la visée principale de l'ouvrage de M. A. Dumont, qui est, à tout prendre, un véritable traité *de la civilisation*, c'est l'étude de la décadence de la natalité en France, de ses causes et des remèdes qu'on peut ou qu'on devrait lui opposer. « Que le taux actuel de l'accroissement de la population, dit-il, se maintienne chez les diverses puissances de l'Europe, et dans moins d'un demi-siècle les Français ne formeront plus que 7 p. 100 parmi la population des grandes puissances. C'est-à-dire que, porte-drapeau de

©BIU Santé

symptôme ni subjectif ni objectif ne permet de prévoir l'imminence du mal qui se prépare; nul ne saurait prédire, à la fermeture d'une chancrelle, si elle est ou non de celles qui doivent être suivies d'herpès.

La maladie une fois apparue, elle suit la marche inébranlable que je vous indiquais tantôt.

En dehors de l'action des maladies vénériennes antérieures que nous avons énumérées, l'état général paraît exercer une influence considérable sur la prédisposition à l'herpès génital. Bazin rangeait cette affection parmi les manifestations arthritiques; le professeur Hardy y voit une expression de la diathèse dartreuse; il est certain que la plupart des malades atteints d'herpès récidivant portent quelque trace de cette constitution, de cette manière d'être qui a nom vice rhumatismal ou herpétique. Au milieu de tous les inconnus de l'histoire de l'herpès récidivant il est une cause de nous connue, une influence qui agit d'une façon manifeste et très active pour la provocation des poussées éruptives de cet herpès, c'est l'inconstance conjugale; la plupart des herpétiques ne peuvent fréquenter de nouveaux pénates sans voir dans les jours qui suivent une poussée d'herpès venir clore tristement leur excursion, et point n'est besoin pour cela que la femme avec laquelle ils se sont trouvés en rapport ait été porteur de la moindre affection vénérienne, de la moindre affection vaginale ou utérine; les milieux les plus sains paraissent, au point de vue de l'herpès, aussi dangereux que les milieux empoisonnés. Ce n'est pas, pour ces malades, le cas de dire : « Tout beau, tout nouveau »; pour eux, au contraire, tout changement est presque fatalement l'occasion d'une crise et d'une ère d'ennuis; l'herpétique doit vivre dans la routine et craindre les sentiers inconnus, d'où il ne saurait guère sortir sans qu'il lui en cuise.

Mais l'inconstance conjugale ne suffit pas, tant s'en faut, à expliquer toutes les poussées d'herpès progénital; nombre d'accès se produisent en dehors d'elle, et spontanément, avec une périodicité parfaitement réglée; Diday, pour expliquer cette périodicité, a inventé une théorie parasitaire de la maladie; l'éminent syphiligraphe lyonnais pense que l'herpès est dû à

---

la République et de la libre pensée, la France sera à la merci de l'Europe monarchique et réactionnaire. Tel est l'avenir inéluctable, à moins que nous sachions étudier notre mal, trouver les remèdes encore inconnus, les appliquer avec courage, et exercer enfin sur nos destinées une action modificatrice infiniment plus énergique et plus profonde qu'aucun peuple ne l'a jamais fait en aucune circonstance de son histoire. »

Or, une première considération est celle-ci : en France, il n'y a aucune diminution comparative du nombre des mariages; par conséquent, l'insuffisance de la natalité française tient, non à l'insuffisance de la nuptialité, mais à la diminution des naissances par mariage; et cette décadence, quoique variable suivant les départements, est générale en France.

Après une longue et intéressante dissertation, l'auteur arrive à cette conclusion, que « la vraie cause de l'affaiblissement de notre natalité est la volonté de n'avoir que peu ou point d'enfants, et cette volonté elle-même est déterminée par un ensemble de dispositions intellectuelles, morales, esthétiques particulières à notre nation. » A ce sujet, il rappelle la maxime d'Auguste Comte : « La maladie de la société est regardée comme physique, tandis qu'elle est exclusivement morale. » Mais quelles sont les causes qui fortifient dans les ménages la volonté arrêtée et consciente de n'avoir que peu ou point d'enfants? L'auteur répond : « Nous sommes une démocratie façonnée par la monarchie; seule au monde la France présente cette contradiction. Il faut y voir la source de tout ce qui nous est particulier dans notre manière de sentir, de penser et d'agir, dans notre génie, nos mœurs et nos volontés. » Et il remarque : « Quelque éloigné que paraisse

©BIU Santé

la pénétration dans la peau d'une graine inconnue introduite à l'occasion de la chancrelle, de la blennorrhagie ou du chancre initiaux; l'existence de cette graine expliquerait l'inoculation positive d'herpès obtenue dans quelques cas rares par les expérimentateurs. La graine herpétigène parcourrait en deux mois environ la série de ses transformations; pendant l'immense majorité du temps, elle resterait silencieuse sous terre, c'est-à-dire, dans le cas présent, dans l'épaisseur du derme et de l'épiderme, ne donnant aucun signe de vie et subissant un travail préparatoire analogue à celui que les graines de nos plantes subissent pendant l'hiver; puis, tout à coup, elle germerait, pousserait, fleurirait et s'éteindrait; cette période d'activité correspondrait aux différentes phases de l'évolution de l'éruption vésiculeuse; après cette manifestation vitale de la graine, tout rentrerait de nouveau dans le silence; une nouvelle graine, formée pendant la dernière poussée éruptive, va traverser à son tour, et dans un temps égal, les périodes de silence, de germination, de floraison qui avaient marqué l'existence de celle qui vient de lui donner naissance. Ainsi se produiront les différentes poussées régulières de la maladie par les germinations successives d'une graine inconnue; ainsi s'expliquerait la répétition incessante, la chronologie fatale des poussées éruptives.

Conséquents avec cette théorie, MM. Diday et Doyon, empruntant à la botanique leur classification, admettent dans la succession des accidents de l'herpès progénital récidivant, outre l'ensemencement nécessaire à son développement, quatre grandes périodes pour l'évolution de chaque poussée.

L'ensemencement est le point de départ de tout le mal; il a lieu au moment de cette maladie de l'appareil génital, chancrelle, blennorrhagie ou chancre, sans laquelle il ne saurait y avoir d'herpès et pendant laquelle un principe virulent contagieux est introduit dans l'économie.

Les quatre périodes, dans lesquelles on peut décomposer chaque poussée éruptive, sont :

1° La *germination*. — Elle comprend ce laps de temps très court pendant

---

être au premier abord ce fait général d'un phénomène tel que la décroissance de la natalité, le développement qui va suivre établira avec la plus grande facilité que l'effet tient à la cause qui lui est assignée par un enchaînement rigoureux. »

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans ce développement remarquable par les idées nouvelles qu'il renferme, cela nous mènerait trop loin et nous entraînerait en dehors des études habituelles de notre publication. Bornons-nous à indiquer la formule qu'il a adoptée pour donner un nom, un relief à sa théorie de la population, la *capillarité sociale*. Cette formule désigne la sourde et universelle impulsion au progrès, à l'élévation dans le sein de la société, impulsion qui, si le champ lui est ouvert, détourne, par les raisons qui sont exposées dans tout le volume, et d'autant plus qu'elle s'accompagne de plus d'éclat, détourne, disons-nous, l'être humain de la procréation de son semblable, tandis que tout ce qui arrête et rend impossible cette impulsion — cette aspiration — laisse retomber l'homme dans son instinct de reproduction et est une cause d'augmentation de la natalité.

La recherche des causes de l'oliganthropie française, à ce point de vue, a conduit l'auteur à étudier l'influence de la forme du gouvernement, celle du progrès de la démocratie, celle du désir de s'élever dans la sphère économique, dans la sphère du savoir, dans la sphère de l'esthétique, celle de l'idéalisme individuel. Et après avoir mis en lumière la nature vraie et la profondeur du mal, il expose ce qu'il considère comme des remèdes qui soient autre chose que des palliatifs.

Il ne s'est point égaré, bien entendu, à chercher des moyens directs d'augmentation

©BIU Santé

lequel des sensations pénibles, des douleurs plus ou moins vives se produisent au niveau du point où l'éruption va paraître, indiquant que le travail pathologique est commencé et que les vésicules vont se montrer.

2° L'*éclosion*. — Les vésicules se montrent et les douleurs cessent.

3° La *floraison*. — C'est la période d'état pendant laquelle les vésicules parcourent les différentes étapes de leur évolution.

4° Enfin, la *dessication* constitue la dernière période de la poussée morbide.

En résumé, maladie des sujets à tempérament herpétique, l'herpès progénital récidivant naît à l'ombre d'une des trois grandes affections vénériennes, chancrelle, blennorrhagie ou chancre syphilitique, principalement de la première; ses poussées incessantes et calquées les unes sur les autres peuvent être activées par l'inconstance conjugale; le retentissement sur le moral des malades est considérable; bien souvent l'âge seul parvient à atténuer et à guérir cette maladie si rebelle. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Traitement des métrites par les bâtons de chlorure de zinc. — Traitement de l'appendicite.

A propos de la lecture du procès-verbal, M. Quénu rapporte à son tour un fait qui montre le danger des cautérisations de la muqueuse utérine par le chlorure de zinc. Il s'agit d'une malade, âgée de 26 ans, qui avait été atteinte de métrite à la suite d'un accouchement datant de quelque temps; elle souffrait peu, mais avait une leucorrhée abondante. Décidée à se faire traiter, elle entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Dumontpallier. On appliqua le chlorure de zinc, qui entraina de très vives douleurs pendant quarante-huit heures. Les jours suivants, les douleurs se calmèrent, mais ne

---

de la natalité; c'eût été une folie. Il s'attaque aux institutions humaines, il évoque la transformation des mœurs sociales. Ce sont surtout les classes riches qu'il faut s'efforcer de convertir, car c'est surtout sur elles que la capillarité sociale exerce son influence. « Du moment où l'amour n'est plus un dieu aveugle, du moment où la fécondité n'est plus chose nocturne ou crépusculaire, mais un effet complètement conscient d'une volonté libre et réfléchie, il est inévitable qu'elle diminue. »

Nous voudrions pouvoir exposer toutes les propositions présentées par l'auteur; elles sont généralement fondées en raison et peuvent compter sur l'avenir. Mais combien demanderont-elles de siècles pour leur réalisation? « Il faut beaucoup de temps pour qu'un principe nouveau ait la force de prévaloir contre des habitudes séculaires. » En France, nous dit l'auteur, un obstacle véritable est la persistance des préjugés monarchiques : « Nous sommes une démocratie, et nous avons pour principe de n'estimer que la valeur personnelle; nous avons été une monarchie, et nous en avons retenu l'habitude de n'accorder des honneurs et le respect qu'à la fortune, au luxe, au nom, à tout ce qui fait l'écorce de l'homme et qui n'est pas l'homme même. »

Nous en avons de plus retenu celle de faire peser une énorme portion des impôts sur les membres de notre société qui peuvent le moins les supporter : « En 1889, les ouvriers anglais délégués pour visiter l'Exposition, qui paient chez eux le sucre 30 centimes la livre, le savon 25 centimes, les allumettes 60 centimes la douzaine de boîtes, le sel 45 centimes les sept livres, furent stupéfaits du prix que nous payons en France ces objets de première nécessité. Une démocratie qui impose le sel et non pas le diamant,

©BIU Santé

disparurent pas complètement; il n'y eut pas d'élimination d'eschare. La malade quitta l'hôpital, considérée comme guérie, au bout de quinze jours. Deux semaines plus tard, elle fut prise de nouveau de douleurs vives dans l'abdomen, avec ballonnement, et dut garder le repos. Actuellement, un an après la cautérisation, la métrite n'est pas guérie, les souffrances durent encore, et, à gauche de l'utérus, on perçoit un gonflement douloureux; il est donc évident que les annexes sont prises. La patiente est plus malade après la cautérisation qu'avant.

M. Quénu, dans ces dernières années, a fait 60 à 70 curettages et n'a pas eu d'accidents.

M. Marchand a retiré une sonde en caoutchouc de la plèvre d'un enfant de 12 ans.

— M. Berger tient à reprendre la question de l'*appendicite* et de son traitement soulevée il y a trois mois par M. Reclus. Une grande obscurité règne encore sur la nature de l'affection, son diagnostic est souvent incertain et son traitement difficile. Il importe donc de l'étudier.

M. Berger a eu l'occasion, dans le courant de l'année, de soigner quatre malades atteints d'inflammation de l'appendice iléo-cœcal. Trois fois il a fait la laparotomie et les trois malades sont morts; dans un cas, il n'y a pas eu de traitement chirurgical et le patient a guéri. M. Berger s'empresse, du reste, de faire remarquer que cette statistique est trop peu étendue pour que l'on puisse en tirer des conclusions fermes. Celle qu'il semble que l'on doive tirer des faits jusqu'ici publiés est, du reste, fort différente.

Dans le premier cas de M. Berger, il s'agit d'un homme qui fut apporté à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite par perforation; ce diagnostic était rendu évident par les symptômes : vomissements fécaloïdes, tympanisme, sensibilité abdominale, refroidissement, petitesse du pouls, etc. Bien que l'état du malade fût à peu près désespéré, M. Berger fit la laparotomie sur la ligne blanche. Il s'écoula de la cavité péritonéale un liquide louche et l'exploration de la fosse iliaque droite montra qu'il y avait à ce point une collection purulente; cette collection siégeait autour de l'appendice iléo-cœcal perforé. On établit un drainage avant de refermer la cavité abdominale, mais le malade mourut rapidement.

Le deuxième malade était un jeune ouvrier de 16 ans qui, cinq jours avant l'opération, avait été pris d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite et de vomissements. A ce moment, M. Brissaud pensa qu'il s'agissait d'une péritonite ou d'une occlusion intestinale. L'état du patient s'aggravant, M. Berger fut appelé et constata l'existence

---

une démocratie qui impose le savon, c'est-à-dire la propreté, et qui épargne le luxe, qui impose également la quittance de dix francs et celle de dix mille, qui par ses droits de mutation entrave la circulation des immeubles comme les anciennes douanes intérieures empêchaient la circulation des grains, qui refuse de déduire les dettes dans l'impôt sur les successions, qui impose les emprunts hypothécaires, c'est-à-dire la misère, comme si c'était une propriété, montre assez par là combien elle est dure au pauvre et favorable au riche. »

La transformation sociale sera donc lente... « Comme les oiseaux nourris en cage sont tout d'abord incapables, une fois échappés, de pourvoir à leur nourriture et à leur sûreté, nous avons pris sous la tutelle administrative une incapacité à gérer nos propres affaires dont nous ne nous relevons que peu à peu. »

Par dessus tout, il faut « travailler au relèvement des faibles, à l'amélioration des moins bons; c'est indirectement, mais très réellement travailler pour nous-mêmes et pour notre postérité. ».

En définitive, inspirés par l'auteur, envisageons la situation de notre société avec sérénité et courage, car, ainsi qu'il le fait remarquer, « l'optimisme a toujours porté les hommes vers la liberté, comme le pessimisme les porte vers le despotisme. »

Dr G. Richelot père.

©BIU Santé

d'une fièvre intense, de vomissements presque fécaloïdes, d'une tumeur douloureuse et donnant un son hydro-aérique dans la fosse iliaque droite. Depuis le début des accidents, il n'avait été rendu aucun gaz par l'anus. M. Berger fit une incison sur le siège même de la tumeur, incision à peu près identique à celle que l'on pratique pour la ligature de l'iliaque externe. Après avoir rompu des adhérences solides, il arriva sur une grande collection purulente placée en avant de l'appendice. Ce dernier renfermait un calcul stercoral et était perforé au-dessus. Un autre foyer purulent se voyait en arrière et fut drainé ainsi que le premier. Malgré tout, le malade mourut d'accidents de septicémie péritonéale vingt-quatre heures après l'opération.

Le troisième malade avait eu, deux ans et demi avant que M. Berger n'ait eu à le soigner, une première poussée de pérityphlite que le traitement médical avait guérie en apparence. Une nouvelle atteinte étant survenue, les phénomènes devinrent rapidement graves. En l'examinant, M. Berger constata la présence, dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur développée autour du cœcum. Il incisa sur la tumeur et trouva une collection purulente renfermant un calcul stercoral absolument libre. L'appendice vermiculaire était extrêmement adhérent et dut être abandonné dans la plaie. Malgré un drainage fait avec le plus grand soin, la mort survint aussi rapidement que dans le deuxième cas.

De tous ces faits, il semble que l'on doit conclure à la nécessité absolue d'une intervention chirurgicale rapide; mais, avant d'étudier les conditions de cette intervention, il convient de s'étendre sur quelques particularités cliniques de la maladie.

Il faut d'abord savoir si l'appendicite est différente de la pérityphlite. On tend actuellement à confondre les deux maladies; M. Berger ne croit pas que l'on puisse le faire. Dans la thèse récente de Maurin, sur 194 cas, il y en a 35 ou 36 dans lesquels l'appendice n'était pas atteint. Il est vrai que les malades ont guéri, ce qui, naturellement, n'a pas permis d'avoir un diagnostic absolument certain. Au dernier Congrès de Berlin, on a cité des faits dans lesquels l'intervention chirurgicale avait permis de reconnaître l'intégrité de l'appendice.

M. Talamon a divisé les appendicites en : 1° appendicite perforante aiguë; 2° appendicite perforante subaiguë qui s'accompagne d'adhérences et de la formation d'un abcès circonscrit pouvant s'ouvrir ultérieurement dans le péritoine; 3° appendicite simple, sans perforation, avec adhérences, engouement et récidives faciles; 4° colique appendiculaire correspondant probablement au passage d'un calcul dans l'appendice.

Le diagnostic entre la pérityphlite et l'appendicite est excessivement difficile, pour ne pas dire impossible. Cependant, Roux (de Lausanne) a insisté sur le début brusque, la diffusion des accidents qui caractérisent la seconde. Quoi qu'il en soit, dans les cas moyens, le doute sera la plupart du temps légitime.

Peut-on distinguer les cas avec perforation, dans lesquels l'intervention rapide s'impose, de ceux qui permettent la temporisation? Outre les signes mentionnés plus haut, Roux a insisté sur la présence, dans l'appendicite, d'une tumeur plus petite que celle de la typhlite et dans laquelle on peut reconnaître l'appendice rempli de matières. C'est là une recherche que l'on peut regarder comme bien délicate.

Lorsque la maladie se termine par la guérison, il reste souvent une tumeur inflammatoire qui est la cause de récidives faciles, comme M. Berger en a observé chez son quatrième malade. D'autres fois, il persiste simplement une grande sensibilité de la région plus ou moins longue à disparaître.

Le pronostic est moins grave que ne le dit M. Maurin dans sa thèse; cet auteur a relevé 110 morts sur 117 cas. C'est là un chiffre exagéré, car, très souvent, les malades guérissent même par le seul traitement médical.

Il est évident que, dans les appendicites aiguës, il faut intervenir au plus vite. Dans les cas moyens, comme le diagnostic est parfois hésitant, on se décidera difficilement à ouvrir le ventre au début des accidents. Il ne faudra plus hésiter si l'on sent une tumeur dans la fosse iliaque et, rejetant la ponction exploratrice, le chirurgien devra inciser comme s'il voulait pratiquer la ligature de l'iliaque externe. On ne fera une incision médiane que si l'on se trouve en présence d'une péritonite généralisée. On a proposé de faire une contre-ouverture au point le plus déclive de la collection. M. Berger ne croit

©BIU Santé

pas que cela soit nécessaire. Il suffit, sans trop s'attarder à la recherche de l'appendice, si on ne le trouve pas facilement, de drainer et de tamponner avec la gaze iodoformée.

M. Richelot fait une communication sur le même sujet. (Sera publiée.)

M. Routier insiste sur les difficultés du diagnostic, qui peuvent être très grandes. Il rapporte l'histoire d'un jeune homme de 23 ans qui fut pris d'une douleur subite dans l'hypochondre gauche et de vomissements après avoir dîné un peu copieusement. Une purgation fut vomie et toute évacuation de matières ou de gaz par l'anus cessa immédiatement. Quand M. Routier vit le malade, ce dernier présentait des phénomènes accentués de péritonite, et c'est ce diagnostic qui fut posé. Un lavement électrique n'ayant donné aucun résultat, ce malade fut porté à l'hôpital. Le quatrième jour, il se produisit une débâcle considérable qui soulagea beaucoup le patient. Mais, dans la nuit du sixième au septième jour, les douleurs et les vomissements apparurent de nouveau.

A l'autopsie, M. Routier constata l'existence d'une péritonite purulente généralisée et trouva une perforation au sommet de l'appendice qui renfermait une boulette stercorale.

— M Cerné (de Rouen) lit un mémoire sur la *cure radicale des varices* qu'il emploie dans le traitement des ulcères de jambe avec d'excellents résultats. La suppression des veines variqueuses qui entourent l'ulcère fait disparaître les troubles trophiques.

— M. Quénu présente un malade atteint de *carie des parois du sinus sphénoïdal*. Il s'était formé une fistule au milieu du nez contre laquelle le grattage était resté inefficace. M. Quénu fit alors une incision dans le sillon naso-génien, rabattit le nez et, à travers la muqueuse pituitaire, arriva au sinus; un drain fut placé dans la fosse nasale pour permettre l'évacuation du liquide, qui, du reste, se tarit promptement. La guérison est parfaite et il n'y a pas de déformation.

— M. Picqué montre un enfant nouveau-né auquel il a enlevé une grosse encéphalocèle renfermant le cervelet et une partie du lobe occipital. L'enfant va bien.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques d'histologie du premier semestre commenceront, sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux, le samedi 15 novembre 1890, et se continueront les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de deux heures et demie à quatre heures de l'après-midi (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'hiver, pour tous les élèves de première année.

MM. les étudiants seront convoqués individuellement par une lettre spéciale.

— Un concours, pour un emploi vacant de chef titulaire de clinique chirurgicale, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 17 novembre 1890, à neuf heures du matin.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé*. Un verre à liqueur aux repas.

PHTHISIE, *Bronchites*, *Catarrhes*. — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Du Castel : Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — III. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

Maladies contagieuses et désinfection.

La dernière séance de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (22 octobre) a été des plus instructives au point de vue de la manière dont on comprend, dans certains milieux administratifs, l'isolement des malades contagieux et la désinfection *post mortem*.

A l'hôpital Saint-Antoine, nous dit M. Letulle, il existait un pavillon qui servait à isoler les varioleux; mais on vient d'installer à Aubervilliers un hôpital spécial pour ce genre de malades, et alors le pavillon de Saint-Antoine change de destination; il sert aujourd'hui, — M. Letulle a eu un mot charmant pour désigner cette destination, — à *isoler en commun* des sujets atteints de rougeole, de scarlatine et d'érysipèle. Aussi la contagion y est-elle journalière; on voit des rubéoleux, mêlés aux érysipélateux, prendre des érysipèles ou des broncho-pneumonies, affections à streptocoques comme l'érysipèle, etc.

L'Administration est assurément peinée de cet état de choses, comme l'a dit M. Peyron; elle va faire disparaître le pavillon d'isolement de Saint-Antoine. Mais devinez ce qu'elle va y construire à la place! Une maternité!

FEUILLETON

CAUSERIE

Et d'un! Et comme il n'y a que le premier pas qui coûte, nous espérons que M. le ministre des travaux publics ne s'en tiendra pas là.

L'un, c'est M. Coquart, membre de l'Académie des Beaux-Arts, qui avait, depuis 1879, la direction des travaux de la Grande Chambre de la Cour de cassation et, depuis cinq années, la direction des travaux de transformation de l'hôtel de Chimay pour l'agrandissement de l'Ecole des Beaux-Arts. Comme l'honorable architecte a, dit-on, dépassé les crédits alloués pour ces travaux, dont il n'a pas mené l'exécution assez rapidement, car ils sont encore loin d'être achevés, M. Yves Guyot, ministre des travaux publics, lui en a retiré la direction.

Or, depuis 1877, la Faculté de médecine est livrée à un architecte qui, sans tenir compte des récriminations, réclamations, etc., de tout le personnel enseignant de la Faculté, doyen en tête, a bâti de droite et de gauche d'énormes murs en pierre de taille limitant des salles qui ne sont d'aucune utilité et ne peuvent servir à rien. Deux doyens ont disparu sans avoir raison de cette incurie; M. Brouardel, plus heureux, a fait retirer à M. Ginain l'aménagement des salles construites, mais on a dû lui laisser la liberté de construire ce qui restait, de sorte qu'on est encore exposé à voir des salles inutiles suc-

©BIU Santé

Une maternité sur l'emplacement d'un pavillon qui vient de servir à des centaines d'érysipélateux, ce n'est peut-être pas le comble de la prudence, comme l'a fort bien fait remarquer M. A.-J. Martin.

En ville, les choses ne se passent pas mieux qu'à l'hôpital. D'après M. Thomas, les désinfections se font assez bien quand on met à la disposition du public des moyens faciles. Mais que d'obstacles en général! Obstacles de la part de l'Administration, obstacles de la part des familles, obstacles de la part des médecins, sans compter l'insuffisance des moyens employés.

Par exemple, que se passe-t-il lorsque la présence d'un contagieux est signalée? M. Martin nous le dit, et il doit s'y connaître. L'équipe de désinfection est demandée à l'étuve; les garçons partent avec une voiture à bras; ils font plusieurs kilomètres, chargent sur cette voiture le linge, la literie et conduisent ces objets à l'étuve. Puis, après la désinfection, ce sont les *mêmes garçons* qui, sans *changer de vêtements*, reconduisent les objets dans la *même voiture,* non désinfectée, et les réintègrent dans un appartement qui n'a été, presque jamais, l'objet d'aucune désinfection. Cela pourrait surprendre, ajoute M. Martin, si on ne savait que la désinfection par l'étuve dépend du service de la préfecture de la Seine, et que la désinfection de l'appartement est du ressort de la préfecture de police, deux administrations qui cherchent à s'entendre le moins possible.

Certaines familles s'opposent elles-mêmes à toute désinfection; M. Le Roy des Barres en a cité des exemples; M. Pinard également, et l'un d'autant plus navrant que trois enfants ont été atteints successivement. Le premier est pris du croup et meurt. La désinfection est refusée par la famille. Un second enfant meurt à son tour; toujours pas de désinfection : on détériorerait quelque tapis, quelque rideau, quelque meuble! Pas d'exagération, c'est la réponse qui a été faite! La famille va à la campagne et reste six semaines absente. Elle revient à Paris, rentre dans le même appartement, et un troisième enfant meurt de la diphthérie. On ne fait pas de désinfection; on quitte l'appartement et on envoie les meubles à l'hôtel Drouot. Et

céder aux salles inutiles qui existent déjà. Vous vous demandez comment cela peut avoir lieu? mon Dieu, c'est bien simple! Comme architecte constructeur, M. Ginain dépend de la Préfecture de la Seine, de M. Alphand, son ami; comme architecte aménageateur, il dépend du ministère de l'instruction publique, de M. Brouardel et de M. Liard; par conséquent, on ne peut toucher à M. Ginain comme constructeur, M. Alphand l'ayant pris sous sa haute protection; aussi continue-t-il à construire envers et contre tous; on n'a pu que lui retirer l'aménagement des constructions. Mais nous voilà bien avancés!

En effet, dans la dernière séance du Conseil général des Facultés, M. Brouardel a fait entendre des doléances très vives sur la situation lamentable où se trouve la Faculté de médecine de Paris dans les nouveaux bâtiments qu'on lui a construits et dont le chauffage et l'éclairage seuls absorbent presque toutes les ressources et paraissent tout à la fois ruineux et impossibles.

Il suffira, pour donner une idée de cette situation, de noter que, tandis qu'il est alloué 13,000 francs pour cet objet à la Faculté de médecine, chiffre qui suffisait à peine dans son ancien logement, elle en dépense aujourd'hui plus de 53,000 francs, soit un déficit de 40,000 francs que l'on comble avec des fonds pris sur l'argent des collections et autres services.

Cet état ira en empirant, car le doyen prévoit, de concert avec l'architecte qui a succédé à M. Ginain, que, lorsque les services seront en train, seules les dépenses de chauffage et d'éclairage monteront à plus de 40,000 francs! Et le laboratoire de pathologie expérimentale, dirigé par M. le professeur Straus, est obligé de se contenter d'un budget

©BIU Santé

ceux qui les achèteront s'étonneront, dans quelques mois, que leurs enfants soient atteints du croup, sans savoir d'où cela leur tombe!

Les médecins s'opposent à la désinfection parce que, s'abritant derrière le secret professionnel, ils refusent de déclarer qu'ils ont soigné une maladie contagieuse. M. Thomas a cité des faits de ce genre, mais le plus instructif est celui qu'a rapporté M. Bouloumié.

Au printemps dernier, la famille Z... venait s'installer dans un appartement meublé, dans une ville des environs de Paris. Le docteur X... fut appelé à donner des soins à cette famille et constata qu'un enfant avait la gale, un autre des *pediculi*. Peu après, un enfant est pris de scarlatine et guérit; la mère, enceinte, se coucha pour accoucher dans les draps qui avaient servi au scarlatineux et fut prise après l'accouchement d'accidents septiques soignés par M. X... et un confrère de Paris. Ces accidents guérirent. Tout jusqu'ici est très simple. Voici où la chose se complique.

Ces locataires quittèrent alors l'appartement et le docteur X... crut devoir, dans la crainte que d'autres locataires fussent infectés, avertir le propriétaire de l'immeuble qu'une désinfection lui semblait nécessaire. Celui-ci réclama les frais de la désinfection à M. Z..., et ce dernier se propose à l'heure actuelle de poursuivre le docteur X..., devant les tribunaux pour violation du secret professionnel.

N'avais-je pas raison de dire que cette séance avait été des plus instructives. Elle nous apprend en effet plusieurs choses : 1° Que l'Administration des hôpitaux, remplie d'ailleurs de la meilleure volonté, dont elle a donné maintes preuves, n'est pas encore suffisamment éclairée sur les moyens à prendre pour éviter la contagion entre malades.

2° Que le service de la désinfection municipale est réparti entre deux administrations rivales et que cette séparation d'un service qui devait être absolument uni, réuni entre les mêmes mains, ne peut donner que les résultats les plus fâcheux. Il y a là une réforme de première nécessité à introduire dans l'administration.

3° Que le secret professionnel obligeant actuellement les médecins à

---

de 2,400 francs; et la bibliothèque de la Faculté n'a à sa disposition, pour ses journaux et l'achat des ouvrages, que 10,000 francs, alors que le charbon et le gaz coûtent 90,000 francs! Que de fumée!

Les doléances de M. Brouardel sont donc pleinement justifiées. Elles le paraîtraient bien davantage à nos lecteurs si nous pouvions entrer dans les détails. Mais à quoi bon! Il ne peut y avoir de recours contre le grand et unique coupable, l'architecte. Bornons-nous donc à faire des vœux pour que sa retraite suive de près celle de son collègue de l'Académie des Beaux-Arts, et qu'on fasse chauffer à ses frais cette Ecole pratique qui restera comme le plus beau monument de l'incurie et de l'incapacité de M. Ginain.

* * *

Le secrétaire du Congrès international des sciences médicales à Berlin, le docteur Lassar, a terminé ses travaux d'organisation du Congrès de la manière la plus malheureuse. On dit qu'il a quitté Berlin précipitamment pour échapper aux conséquences de son manque d'égards envers l'impératrice, lorsqu'il lui fit visiter l'Exposition annexée au Congrès. On dit aussi que ses assertions officielles au dernier Congrès étaient erronées. On dit de plus, maintenant, qu'il est devenu fou, et cette supposition est, malheureusement, très probable. On ne peut que le regretter, car M. Lassar a eu certainement la plus grande part dans le labeur immense nécessité par l'organisation du Congrès; il est devenu très populaire et il a acquis toute la sympathie de ses confrères et des membres du Congrès.

©BIU Santé

cacher à l'Administration les faits de maladies contagieuses qu'ils ont soignées, cet état de choses a pour résultat de perpétuer des infections qui peuvent s'étendre à plusieurs membres de la même famille, à une série de locataires du même appartement.

Il faut qu'une loi délie le médecin de l'obligation de se taire en pareil cas, et permette à l'administration d'intervenir d'urgence pour pratiquer la désinfection. Il ne faut pas que des familles de brutes, comme en ont rencontré M. Le Roy des Barres et M. Pinard, puissent favoriser, par leur résistance à la désinfection, l'extension des maladies contagieuses.

Alors même que médecins et clients sont d'accord pour demander la désinfection, MM. Deschamps et Martin ont vu qu'il était impossible de l'obtenir. M. Deschamps soigne, avec MM. de Saint-Germain et Morel-Lavallée, un enfant atteint de croup terminé par la mort. Le père de famille, conseillé par M. Deschamps, fait toutes les démarches possibles auprès du commissaire de police sans pouvoir rien obtenir : ce magistrat n'avait à sa disposition aucun moyen de faire la désinfection. Il ne faut plus que pareil fait se présente.

Donc, en résumé, la désinfection pour maladies contagieuses étant reconnue d'absolue nécessité, il faut réorganiser le service destiné à la pratiquer. Aujourd'hui que l'on sait que les maladies contagieuses entrent pour la grande majorité dans la mortalité, il ne faut rien négliger pour les combattre, et les meilleurs moyens sont ceux qui tendent à la désinfection, à la prophylaxie. Rendre cette désinfection obligatoire, la favoriser en multipliant les moyens de la pratiquer, concentrer tous les services et les serviteurs dans une seule main, tels sont les buts que doit se proposer actuellement l'administration de l'Assistance publique et de l'hygiène.

L.-H. PETIT.

P. S. — Cet article était rédigé lorsque nous avons eu connaissance d'une séance du Conseil d'hygiène dans laquelle avait été discuté un projet de M. Brouardel relatif à l'assainissement des villes au point de vue de la dé-

---

On conçoit que l'organisation d'une pareille réunion lui ait fait un peu perdre la tête. Voyez ce qui se passe pour les petits Congrès auxquels nous avons tous plus ou moins assisté. Est-on cinquante, cent, deux cents, que déjà le secrétaire général est débordé. Tout le monde oublie de lire les programmes qui sont distribués, ou on les lit sans attention, de sorte que la moitié des membres du Congrès demande au secrétaire général des explications que lui, qui les a données par écrit, juge inutile de redonner. Et il s'agace et il s'irrite; et quand ce petit exercice a duré six mois, arrive le Congrès, où tout le monde en personne lui tombe sur le dos. Et on s'étonne que le secrétaire général devienne fou! Mais il faudrait bien plutôt s'étonner que tous ne le deviennent pas!

Comme il n'est pas nécessaire qu'à l'avenir tous les secrétaires généraux aient semblable besogne, on pourrait s'entendre à l'avance pour la diminuer. Un de nos confrères qui a une assez grande expérience des Congrès et de leur organisation, L.-H. Petit, a proposé autrefois, au Congrès de Copenhague, de nommer dans chaque pays un comité chargé de préparer la besogne au secrétaire général, d'organiser le Congrès parmi ses nationaux, de réunir les mémoires préparés, d'en surveiller même l'impression après le Congrès. Cette proposition, émise trop tard, pendant la séance de clôture, n'a pas été prise en considération. On l'a regretté depuis, car le Congrès de Washington, privé subitement de comité d'organisation, par la désunion de ses membres, a presque échoué; le Congrès de Berlin a été organisé de telle façon qu'il n'y avait pas de secrétariat pour les sections et que les procès-verbaux ont été oubliés ; cependant, malgré ces imperfections, ou peut-être à cause d'elles, le secrétaire général est devenu fou. Il serait donc

©BIU Santé

fense nationale. Comme on le verra plus loin, les mesures demandées par le Comité sont d'accord avec celles que nous demandons nous-même.

L.-H. P.

Hôpital du Midi. — M. DU CASTEL.

AFFECTIONS ULCÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ L'HOMME (1)

Herpès génitaux.

Mon collègue, M. Mauriac, a décrit sous le nom d'*herpès névralgique des organes génitaux* (*Gazette des hôpitaux*, 1876) une affection qui se rapproche beaucoup de l'herpès récidivant de MM. Diday et Doyon; mais qui se fait remarquer par l'intensité toute spéciale des douleurs qui accompagnent son développement.

Les douleurs se montrent de vingt-quatre à trente-six heures avant l'apparition de l'éruption herpétique; mais elles ne se limitent pas à la région où l'éruption va se produire ou à son voisinage immédiat; elles se propagent dans le canal inguinal correspondant, envahissent tout le trajet du sciatique, la fesse, la cuisse, le mollet, retentissent dans le canal de l'urèthre et le testicule; ce sont des douleurs violentes, atroces, intolérables sous forme de douleurs en zigzag, de courants fixes ascendants ou descendants, d'hyperesthésies, de sensations de froid ou de chaud, d'engourdissements; elles peuvent s'accompagner de troubles de la sensibilité, anesthésies ou hyperesthésies, de troubles de la motilité, spasmes des sphincters anal et vésical, chair de poule. On observe, en même temps, des troubles sécrétoires, tels que sueurs visqueuses sur les points qui sont le siège des douleurs, hypersécrétions de mucus uréthral. Tous les accidents

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 14, 26 août, 4, 11, 16, 25, 30 septembre, 9, 11, 16, 18 et 28 octobre 1890.

peut-être bon d'en revenir à la proposition de M. L.-H. Pètit, et de nommer dans chaque pays, avant le Congrès de Rome, un comité chargé de préparer les travaux du Congrès.

Renvoyé à qui de droit, c'est à-dire à M. le professeur Bacelli, président du comité d'organisation du Congrès de Rome.

* * *

Les malheureux qui font de la bibliographie médicale, dit le *Mercredi médical*, ne savent déjà plus où donner de la tête au milieu des innombrables journaux de médecine. Jugez de leur désarroi aujourd'hui que, à l'insu sans doute des opérateurs, les journalistes politiques se mettent à nous narrer des observations importantes de chirurgie. Déjà, il y a quelques mois, M. Berger s'est vu forcé de renvoyer au *Figaro*, comme source bibliographique. (Peut-être était-ce à propos d'un cas de pneumonie qui a fait grand bruit à cause du succès annoncé, mais suivi néanmoins de mort?)

Ceux qui s'occupent de la laparotomie pour myomes utérins auront dorénavant à citer le *XIXe Siècle*. Nous nous excusons de donner une indication de seconde main, mais c'est dans le *Matin* (22 octobre 1890, p. 2, col. 4) que nous découpons l'extrait suivant (La version du *XIXe Siècle* était d'ailleurs exactement la même) :

« Il y a trois mois, une grande dame russe, éprouvant une certaine gêne dans l'estomac, fit venir son médecin ordinaire, qui lui tint à peu près ce langage :

— Madame, vous avez là un fibrome, c'est-à-dire dix ou douze livres de chair de trop.

©BIU Santé

douloureux sont ordinairement limités à un seul côté des organes génitaux, au seul membre correspondant. Après qu'ils ont duré plusieurs heures, quelques rares vésicules herpétiques se montrent sur la muqueuse balano-préputiale; c'est la crise : les douleurs cessent généralement comme par enchantement et tout rentre dans l'ordre; c'est la montagne qui a accouché d'une souris. Quelquefois, cependant, les malades ont conservé de l'endolorissement, des élancements le long du trajet des nerfs des régions atteintes.

Une telle affection est sujette aux récidives.

M. Mauriac, dont le travail remonte à 1876, ne doute pas qu'une telle maladie ne soit une variété de zona, et il l'assimile complètement au zona d'origine nerveuse que des travaux récents venaient de mettre en lumière et qui paraît être la conséquence d'une névrite des ganglions du sympathique. Mon savant collègue, généralisant cette donnée, ne craint pas de l'étendre à l'herpès récidivant ordinaire, qu'il considère comme une affection d'origine nerveuse, opinion défendue aussi à la même époque par le professeur Fournier.

Pour ma part, avec les notions que nous possédons aujourd'hui sur l'herpès, quelques hésitations me restent encore avant d'adopter l'opinion défendue en 1876 par mon savant collègue; le zona ne présente ordinairement pas les tendances aux récidives que présente l'herpès progénital récidivant; et puis, quand une éruption de zona a été précédée de douleurs aussi violentes, aussi étendues que celle de l'herpès névralgique, il n'est pas d'habitude que l'éruption se montre aussi restreinte, aussi limitée, aussi avortée que l'est celle de cet herpès névralgique; l'importance de l'éruption, dans le zona vrai, se montre habituellement proportionnée à l'étendue du champ dans lequel les douleurs prémonitoires s'étaient fait ressentir; et il ne paraît pas en être autrement dans les régions génitales que dans les autres points de la surface tégumentaire. J'ai vu un certain nombre de zonas incontestables des régions génitales, vous pouviez encore en voir un ces jours derniers survenu dans le cours d'une orchite; dans

---

Je ne vois qu'un moyen de vous en débarrasser, c'est de vous ouvrir préalablement le ventre.

— Ouvrez ! dit la dame.

Et le médecin ouvrit. Mais à peine eut-il donné son coup de bistouri qu'il eut peur. Et au lieu d'entendre crier la patiente, comme la chose arrive quelquefois, on vit fuir l'opérateur, ce qui ne s'était encore jamais vu. Grand embarras du mari. Si une femme intacte est parfois gênante, une femme qui a le ventre ouvert devient terriblement embarrassante. Enfin, notre homme ne perdit pas la tête. Avec un peu de charpie, quelques rubans et deux ou trois ficelles, il raccommoda le ventre de sa chère moitié, et la plaça dans un sleeping-car. Deux jours après, nos voyageurs arrivaient à Paris. Le docteur Terrillon continuait l'opération commencée par son confrère russe, en tenant sa cliente sous l'influence du chloroforme pendant cinq quarts d'heure. Il y a de cela trois mois. La dame est aujourd'hui complètement rétablie, et elle se demande la tête que fera le chirurgien russe en la revoyant. »

Ce que j'admire le plus là-dedans, après les capacités chirurgicales du mari, c'est la mauvaise chance des chirurgiens dont un maladroit ami va raconter aux journaux de la grande presse ce qu'ils ont fait, au lieu de le confier aux journaux de médecine. Mais, vous savez, on n'est jamais trahi que par les siens.

SIMPLISSIME.

©BIU Santé

tous les cas, le fourreau, les bourses, le périnée du côté malade étaient criblés de vésicules herpétiques.

Vous voyez combien nous sommes loin des quelques rares vésicules de l'herpès progénital. Enfin le raphé périnéal, la ligne médiane du fourreau ont formé dans les zonas les plus abondants une limite infranchissable pour l'éruption. Dans l'herpès progénital récidivant vulgaire, tout au contraire, comme dans l'herpès névralgique, de l'aveu même de M. Mauriac, il n'est pas rare que l'éruption soit bilatérale; une moitié des organes génitaux se trouve, je le veux bien, beaucoup moins atteinte que l'autre; mais toutes deux sont souvent simultanément atteintes. Cette bilatéralité facile est quelque chose d'inconnu, de tout à fait exceptionnel dans le zona vrai, et c'est une irrégularité de plus à relever dans la marche de l'herpès progénital récidivant, quand on veut le rapprocher du zona d'origine nerveuse.

En résumé, il est une classe d'herpès particulière aux organes génitaux, caractérisés par le peu d'abondance de l'éruption, la récidive fréquente; c'est l'herpès progénital récidivant de MM. Doyon et Diday, remarquable par ce fait qu'il se développe à la suite d'une affection vénérienne, chancrelle, blennorrhagie, syphilis. Bien voisin de lui est l'herpès névralgique de M. Mauriac.

Il est bien difficile actuellement de dire jusqu'à quel point intervient dans sa production l'existence d'un parasite, comme le pense M. Diday, ou l'influence nerveuse, comme l'ont dit M. Mauriac et le professeur Fournier; ses parentés avec le zona ne vont pas jusqu'à permettre d'affirmer leur identité, car il existe un certain nombre de caractères, récidives fréquentes, rareté de l'éruption, bilatéralité assez commune, qui ne s'observent pas dans le zona vrai dans ses formes nettement caractérisées.

A côté de ces herpès à évolution nettement tranchée, il en existe un certain nombre qu'il est possible de rapprocher d'eux et qui n'en sont peut-être que des formes atténuées ; tels ces herpès génitaux, absolument semblables dans l'évolution de chaque poussée à l'herpès progénital récidivant de Diday et Doyon, et qui ne s'en distinguent que par ce fait que, au lieu de se reproduire spontanément et à dates pour ainsi dire fixes, ils ne se reproduisent que dans les cas où la victime a changé de domicile conjugal; mais ils se reproduisent alors presque infailliblement à chaque changement; puis viennent les herpès, qui se montrent dans les mêmes conditions d'inconstance conjugale, mais seulement de loin en loin et semblent constituer des formes encore plus atténuées de la maladie.

Enfin viennent des formes sans gravité qui présentent la même évolution des crises, courte durée de la poussée éruptive, sensations pénibles localisées avant l'apparition des vésicules, rareté de celles-ci ; mais qui se distinguent en ce qu'elles peuvent ne se reproduire qu'une fois ou se reproduisent très rarement dans le cours de l'existence, en ce que leur cause provocatrice échappe à notre observation. Enfin certains herpès ont pu se produire en dehors de tout acte vénérien, puisque des exemples en ont été observés chez de très jeunes enfants, et peut-être sont-ils tout différents de ceux que nous avons vu se rattacher d'une façon manifeste au fonctionnement génital.

Il est une variété d'ulcération génitale que, jusqu'à nouvel ordre, je vous demanderai la permission d'appeler balanite pustulo-ulcéreuse et dont la description me paraît avoir été généralement confondue avec celle de l'herpès, bien qu'il existe entre eux un certain nombre de caractères distinctifs

©BIU Santé

très nets. Quelques jours après un rapport suspect, le malade découvre dans le sillon balano-préputial une ulcération grisâtre, recouverte d'un enduit pultacé, diphthéroïde, limité par un liseré d'un rouge éclatant; les bords de l'ulcération sont polycycliques et microcycliques, comme le sont ceux des groupes herpétiques; mais l'ulcération elle-même est plus profonde, elle ne reste pas limitée aux couches superficielles de l'épiderme, elle atteint toujours le derme, qui est granuleux dans les points où il n'est pas recouvert par l'enduit diphthéroïde. Cette ulcération est, en général, douloureuse aux frottements, mais ne paraît pas avoir une période douloureuse pré-ulcéreuse aussi accusée que celle de l'herpès. Il est, du reste, facile de se rendre compte des différences du mode de développement de l'une et l'autre maladie.

En cas de balanite pustulo-ulcéreuse, on observe ordinairement dans le sillon balano-préputial plusieurs ulcérations de forme irrégulière et d'étendue assez considérable; en dehors d'elles, sur la muqueuse préputiale ou à la surface du gland, il existe un certain nombre de pustules isolées. Ces pustules ont généralement le volume d'un gros grain de millet; elles sont acuminées, suppurent rapidement; en effet, quel qu'en soit le nombre, on n'en découvre pas qui ne soient suppurées; aucune n'a la transparence de la vésicule d'herpès remplie de sérosité; toutes ont une coloration jaunâtre opaline. Si on rompt une pustule, on constate qu'elle a mordu jusqu'au derme, et celui-ci se montre dénudé et granuleux. Les ulcérations étendues se forment par la convergence d'un certain nombre de pustules, s'élargissent par l'addition successive de nouvelles pustules développées à leur périphérie. Pendant plusieurs jours, pendant plusieurs semaines, on peut voir de nouvelles pustules, de nouvelles ulcérations se produire à la surface du gland et de la muqueuse préputiale, tandis que les pustules nées les premières, les ulcérations d'abord formées se cicatrisent spontanément; la maladie ne s'entretient que par la formation de nouveaux éléments éruptifs, les pustules isolées se cicatrisant quelquefois en fort peu de jours; les ulcérations un peu plus lentement. La suppuration qui accompagne une telle affection est habituellement modérée.

La venue de la maladie quelques jours après un rapport suspect, sa persistance au moyen de pullulations répétées me semblent bien indiquer une affection parasitaire; mais je serais, je vous l'avoue, absolument incapable de dire quel parasite lui donne naissance. La maladie se distingue de l'herpès progénital en ce que l'éruption est beaucoup plus abondante, pustuleuse et essentiellement suppurative, au lieu d'être vésiculeuse et peu suppurative, en ce que la pustule de la balano-posthite est acuminée alors que la vésicule de l'herpès est bombée; en ce qu'elle atteint fatalement le derme, alors que la vésicule d'herpès est de nature beaucoup plus superficielle; en ce qu'elle prolonge sa durée par une pullulation incessante, alors que l'herpès sèche et guérit rapidement. Enfin, la maladie n'est pas sujette aux récidives fréquentes comme l'est l'affection herpétique; je ne veux pas dire qu'un malade atteint de balano-posthite pustulo-ulcéreuse soit à l'abri pour jamais d'une autre atteinte du mal, mais il lui faudra, je crois, une nouvelle inoculation, alors que, chez l'herpétique, le réveil peut se faire spontanément ou après des relations avec une femme saine.

Quant à ce qu'est, chez la femme, l'affection qui donne naissance à la balano-posthite pustulo-ulcéreuse, je ne saurais le dire, n'ayant jamais pu trouver l'occasion de faire une confrontation. Plusieurs de mes malades

©BIU Santé

ont incriminé des filles des brasseries, ces propagatrices intrépides des maladies vénériennes; d'autres, des filles en carte; d'où il est permis de conclure que l'affection doit être peu de chose chez la femme, puisqu'elle ne suffit pas à éveiller la sollicitude de nos collègues des dispensaires.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 octobre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Anurie calculeuse; mort. — Traitement des pleurésies purulentes. — Paralysie faciale hystérique. — Variations de la mortalité de la fièvre typhoïde. — Abcès gazeux sous-diaphragmatique.*

M. Féréol présente l'observation d'un cas d'anurie calculeuse dont il a déjà parlé au mois de février dernier. A cette époque, l'anurie s'était terminée, au commencement du neuvième jour, par l'émission de dix litres d'urine. Après cette crise, le malade eut une violente attaque de goutte qui dura jusqu'à la fin du mois de mai; puis la santé revint et tout régime fut abandonné. Mais bientôt de petits graviers apparurent dans les urines et des douleurs assez vives se firent sentir au niveau du rein droit. Le 3 juillet, urines rares et sanguinolentes; le 4, douleurs très fortes, vomissements, quelques cuillerées d'urine, puis anurie complète.

Bientôt, douleurs intermittentes partant du rein droit, suivant le trajet de l'uretère, et s'accompagnant de nausées et de vomissements, pouls lent (44 puls.), température normale, diarrhée dès le quatrième jour; c'est à peu près le tableau de la première crise d'anurie. Le traitement est aussi le même : lait, caféine, ventouses, électricité, oxygène. Vers le neuvième jour, l'haleine devient très fétide, les fonctions cérébrales commencent à se troubler, le pouls s'accélère, la température baisse (36°4); le malade tombe bientôt dans une sorte de coma entrecoupé de réveils en sursauts et de secousses électriques dans tout le corps; pas de céphalalgie ni de contraction des pupilles; le soir même, une amélioration sensible se manifeste, la lucidité revient. Mais, le lendemain, après une nuit mauvaise, le malade est repris du sommeil stertoreux, la face est bouffie, tachée de marbrures; les pupilles sont contractées; vers la fin de la journée, le malade est pris d'un accès violent d'angine de poitrine et meurt.

M. Féréol fait remarquer, dans cette observation, l'absence de céphalalgie et l'apparition tardive de la contraction pupillaire; les secousses fibrillaires des membres ont, au contraire, apparu dès le huitième jour. De plus, la crise finale d'angine de poitrine n'a pas encore été signalée, même dans l'excellente thèse de M. Merklen sur l'anurie calculeuse.

— M. Laveran, répondant à la dernière communication de M. Fernet sur le traitement des pleurésies purulentes, fait remarquer que les faits qui plaident en faveur de l'emploi des ponctions suivies des injections antiseptiques sont bien peu nombreux. Si cette méthode donne de bons résultats dans des cas de pleurésies partielles et à pneumocoques, il n'en faut pas conclure qu'elle doit être employée dans des cas de pleurésie purulente totale, et surtout dans les pleurésies à streptocoques. Les faits prouvent que la thoracotomie est alors absolument indiquée; il faudra la pratiquer tout de suite et ne point essayer, comme le propose M. Fernet, des ponctions répétées qui sont toujours inutiles et quelquefois même nuisibles, ne serait-ce que parce que la thoracotomie tardive se fait dans des conditions moins favorables.

— M. Chantemesse présente trois malades atteints de paralysie facile d'origine hystérique, c'est une paralysie légère, une parésie faciale, portant seulement sur le facial inférieur; la réaction électrique est normale. Cette parésie peut siéger sur l'un ou

©BIU Santé

l'autre côté, ou être double; le malade présente alors un masque facial qui lui donne un air d'hébétude caractéristique.

Les trois malades de M. Chantemesse sont réellement des hystériques : tous trois sont atteints d'une monoplégie brachiale siégeant du même côté que la parésie faciale; de ce côté, la sensibiliié cntanée et sensorielle est, en outre, fortement altérée. Il faut aussi noter un affaiblissement marqué des facultés intellectuelles; la mémoire surtout est atteinte. Le début de ces parésies faciales a été brusque; la guérison se fait graduellement.

M. Féré : Les troubles de la motilité de la face sont moins rares qu'on ne le croit chez les hystériques; ils s'associent très souvent à des troubles de la motilité de la langue, distincts du bégaiement hystérique, et qui passent souvent inaperçus à cause de la difficulté d'exploration. Grâce à un procédé présenté à la Société de biologie, M. Féré a pu étudier ces troubles et constater une diminution considérable de la force de la langue et de la rapidité de ses mouvements.

M. Ballet : La paralysie faciale hystérique n'est pas rare, et on peut en trouver de plus prononcées que celles que M. Chantemesse vient de présenter. Ainsi, chez un malade du service de M. Proust, dont l'observation se trouve dans le travail de MM. Brissaud et Marie sur l'hémispasme facial, on constate à certains jours, du côté opposé à l'hémispasme, une paralysie très nette dans le domaine du facial inférieur.

Cependant, en dépit de ces faits, cette loi, formulée par Todd, que « l'hystérie n'attaque pas la face », reste vraie.

Dans les cas de M. Chantemesse, en effet, comme dans tous les autres, il ne s'agit pas d'une paralysie faciale véritable, comparable à celle que provoque, par exemple, une hémorrhagie cérébrale; la paralysie de nature hystérique a des caractères spéciaux qui la différencient très nettement : c'est d'abord sa légèreté que M. Chantemesse a bien fait remarquer, et, en outre, sa variabilité. Des parésies faciales transitoires et variables, voilà ce que produit l'hystérie. M. Ballet fait remarquer, enfin, combien ces parésies faciales hystériques se rapprochent des parésies faciales survenant dans le cours du goitre exophthalmique.

— M. Merklen : L'abaissement de la mortalité de la fièvre typhoïde est-il dû aux progrès de la thérapeutique ou à une moindre malignité de l'affection? M. Debove, en présentant au mois de juillet dernier sa statistique personnelle, — dans laquelle avec une médication expectante on ne voit une mortalité que de 9,2 p. 100, — a dit que la diminution de la mortalité était due surtout à la bénignité relative de l'affection. Il est plus juste de dire que la maladie affecte des allures différentes suivant les lieux, les sujets, les saisons, les années.

A certaines époques, la maladie se présente avec une bénignité remarquable; puis viennent des séries mauvaises, et la mortalité monte brusquement de 8 et 12 p. 100 à 20 ou 25 p. 100. De plus, avec des traitements à peu près semblables, le chiffre est de 12 p. 100 dans des hôpitaux comme la Charité, la Pitié, tandis qu'il s'élève à 20 et 25 p. 100 à Beaujon, à Lariboisière, à Saint-Antoine. La fièvre typhoïde n'a donc pas partout la bénignité invoquée par M. Debove. La mortalité plus élevée des grands hôpitaux excentriques de Paris doit être attribuée à leur clientèle, qui se compose d'ouvriers peu aisés, surmenés et souvent alcooliques.

La mortalité de la fièvre typhoïde s'est cependant considérablement abaissée dans ces dernières années. Le chiffre de 21 p. 100, qui s'était maintenu jusqu'en 1881, est tombé à 15,7 p. 100 en 1882 et à 13,4 p. 100 pendant les huit dernières années. Ce résultat doit être attribué à une hygiène meilleure et à un traitement plus rationnel.

En effet, les médecins français et étrangers qui nous ont devancés dans la voie des traitements antipyrétiques et hydrothérapiques avaient obtenu, bien avant 1882, des résultats aussi favorables. Dès 1847, Jacques (de Lure), dans 313 cas d'une épidémie meurtrière, avait eu une mortalité de 6 p. 100, grâce à un traitement par l'application de compresses froides constamment renouvelées. En 1868, en Allemagne, l'introduction des méthodes hydrothérapiques donne des résultats merveilleux. Goltdamner, à Berlin, signale un abaissement de 18 à 12 p. 100; Bahrdt, à Leipzig, de 18,2 à 9 p. 100; Riegel,

©BIU Santé

à Würzbourg, de 20 à 4,4 p. 100; Schulz, à Brême, à 4 p. 100; Vogel, à Munich, de 19 et 21 à 6,5 p. 100; Liebermeister, à Bâle, de 27 à 8,8 p. 100. A Lyon, MM. Tripier et Bouveret, dans la statistique de l'hôpital de la Croix-Rousse, donnent les chiffres suivants : de 1866 à 1872, mortalité 26,2 p. 100 avec l'expectation; de 1873 à 1881, mortalité 16,5 p. 100 avec bains froids pour les formes graves; de 1882 à 1885, mortalité 7,3 p. 100 avec le bain froid systématique.

Les résultats meilleurs obtenus dans les hôpitaux de Paris depuis 1882, c'est-à-dire depuis la discussion de l'Académie de médecine, doivent donc être attribués à l'orientation nouvelle donnée au traitement de la fièvre typhoïde. Si, en effet, la méthode des bains froids n'est pas partout admise, l'emploi rationnel des antipyrétiques associés ou non à l'antisepsie intestinale est devenue une règle de conduite. La méthode de Brand elle-même compte un certain nombre de partisans.

Donc, c'est grâce à ces traitements, grâce aussi à l'amélioration de l'hygiène, que la mortalité de la fièvre typhoïde s'est abaissée dans les hôpitaux de Paris. M. Debove pense avoir obtenu d'aussi bons résultats par un régime simplement diurétique. Mais les chiffres de sa statistique ne sont pas suffisants pour entraîner la conviction, et le bain froid est autrement puissant contre l'hyperthermie, l'ataxie, sans compter qu'un de ses effets les plus remarquables est justement une diurèse abondante.

M. Debove a recueilli l'avis de ses maîtres et tous ont partagé cette opinion que les épidémies actuelles sont infiniment moins graves.

De plus, dans deux cas de fièvre typhoïde qui lui inspirent d'assez vives inquiétudes, la température est à 37° le matin, à 38° ou 38°2 le soir. On ne peut pourtant pas ordonner des bains froids en pareilles circonstances.

M. Hayem a remarqué une différence considérable de la mortalité suivant les sexes. Les femmes meurent en bien plus grand nombre, même en dehors des conditions de puerpéralité, d'allaitement, etc.

M. Cadet de Gassicourt a fait la même remarque que M. Hayem sur les enfants.

M. Juhel-Rénoy : Le traitement par la méthode de Brand a donné 12 p. 100 de morts chez les femmes et 5 p. 100 seulement chez les hommes.

M. Renoy proteste contre l'expectation qu'a préconisée M. Debove et contre son affirmation que la fièvre typhoïde va sans cesse en s'atténuant depuis un certain nombre d'années. Il a vu l'année dernière, à Lariboisière, les formes les plus graves qu'il soit possible d'imaginer et pour lesquelles l'expectation n'était pas possible; la méthode de Brand a donné des résultats merveilleux.

Enfin le bain froid ne s'applique pas uniquement, comme le pense M. Debove, à l'hyperthermie, mais surtout à l'adynamie et aux phénomènes nerveux.

M. Hayem : L'adynamie, en effet, peut être énorme, malgré une apyrexie presque complète. Le bain froid et l'alcool, voilà les deux grandes indications dans l'adynamie des typhiques.

M. Du Cazal emploie les bains froids non systématiquement, mais lorsqu'il existe une de ces trois indications : adynamie, ataxie, hyperthermie.

M. Merklen : La différence considérable de mortalité suivant les sexes, signalée par M. Hayem, démontre que bien des conditions qui régissent la mortalité de la fièvre typhoïde sont encore inconnues. Cette différence explique peut-être, dans une certaine mesure, la mortalité extrêmement minime de certaines statistiques des médecins militaires allemands (1 p. 100).

— M. Debove présente l'observation d'une malade atteinte d'un abcès gazeux sous-diaphragmatique résultant de la perforation d'un ulcère de l'estomac. Une incision fut pratiquée qui donna issue à un litre de pus; lavages à l'eau boriquée, drainage de la cavité. En deux mois, guérison complète.

©BIU Santé

COURRIER

Par décret, en date du 23 octobre 1890, M. le professeur Bouchard est nommé membre du Conseil supérieur de l'instruction publique et de la section permanente de ce Conseil, en remplacement de M. Gavarret, décédé.

— Le lundi 15 décembre 1890, à midi précis, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, rue Lobau, 2, un concours pour la nomination à trois places d'internes titulaires en médecine des établissements d'aliénés du département de la Seine.

Le registre d'inscriptions restera ouvert, à la Préfecture de la Seine, bureau des aliénés, 2, rue Lobau, de onze heures à quatre heures, du jeudi 13 au samedi 29 novembre 1890 inclusivement.

— Le lundi 8 décembre 1890, à une heure précise, il sera ouvert à l'Asile clinique (Sainte-Anne), rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination dans lesdits établissements à quatre places d'internes titulaires en pharmacie.

Le registre d'inscriptions restera ouvert, à la Préfecture de la Seine, bureau des aliénés, 2, rue Lobau, de onze heures à quatre heures, du jeudi 6 novembre au samedi 22 novembre 1890 inclusivement.

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs A. Boissard et G. Lepage commenceront, le lundi 10 novembre, un cours théorique et pratique d'accouchements.

Ce cours gratuit aura lieu tous les jours à cinq heures dans la salle des conférences de l'Association des étudiants, 41, rue des Ecoles.

Il sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

Enseignement médical libre. — Le docteur Baratoux reprendra ses conférences sur les maladies des oreilles, du nez et du larynx, le mardi 11 novembre, à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, et les continuera tous les samedis et mardis à la même heure.

Enseignement libre. — Le docteur Bérillon commencera un cours particulier sur les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales et nerveuses, le samedi 8 novembre, à dix heures et demie du matin. On s'inscrit à la clinique, 55, rue Saint-André-des-Arts, les mardi, jeudi, samedi, de dix heures à midi.

Muséum d'histoire naturelle. — M. le professeur G. Pouchet commencera le cours d'anatomie comparée le mardi 4 novembre 1890, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine à la même heure.

Le mardi et le jeudi, le professeur exposera l'organisation des arthropodes et des tuniciers. Le samedi, conférence pratique à la même heure. Les élèves, pour suivre ces conférences, devront se faire inscrire au laboratoire d'anatomie comparée.

Nota. — Le laboratoire d'anatomie comparée du Muséum est ouvert, pour la dissection des animaux de pays et exotiques, tous les jours, de dix heures à quatre heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur René Calmette, médecin de la Grande Chancellerie, et de M. le docteur Maugin (de Douai).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

SIROP DE NARCÉINE GIGON. — Coqueluche, Bronchite, etc.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : De l'appendiculite chez la femme. — II. Bibliothèque : Leçons de clinique médicale. — De la cataracte. — III. Revue des journaux : Etude comparative des divers agents anesthésiques employés dans les accouchements naturels. — Traitement des inflammations de la glande parotidienne et de la glande mammaire par le massage. — IV. Sociétés et Congrès. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

De l'appendiculite chez la femme

Par L.-G. Richelot.

Les travaux récents ont donné un nouvel intérêt à la vieille question de la périty phlite, en nous montrant qu'au lieu d'une inflammation du cœcum, la cause des accidents est le plus souvent une lésion de l'appendice vermiculaire. Le rôle de ce petit organe est prépondérant : un corps étranger venu de l'intestin ou formé sur place l'irrite, l'ulcère, le perfore; autour de lui le tissu cellulaire ou le péritoine s'enflamme à son tour; bien rarement le tissu cellulaire, presque toujours le péritoine, et cela contrairement à l'opinion classique. Les lésions péri-appendiculaires ont pour siège la séreuse, de même qu'une pelvi-péritonite se développe autour des trompes et des ovaires malades.

L'appendice est souvent perforé dès le début, mais non toujours. Tantôt éclate une péritonite généralisée, tantôt les accidents sont progressifs, il se forme des adhérences et un foyer circonscrit. De toutes façons la maladie est fort grave et les statistiques effrayantes; aussi devons-nous applaudir aux recherches des anatomo-pathologistes qui nous ont montré avec plus de précision la nature et la marche de l'appendiculite, et à celles des chirurgiens qui nous ont fait toucher du doigt les avantages de l'intervention précoce (1).

Le diagnostic n'offre pas, chez l'homme, de bien grosses difficultés. Le point délicat, c'est de juger si on doit s'abstenir en présence d'une atteinte légère, qui ne paraît pas aller jusqu'à la suppuration, qui a des chances pour récidiver et devenir plus grave, mais qui peut aussi guérir d'elle-même. « Contrairement à quelques-uns, nous dit M. Reclus, je pense que l'on ne doit pas inciser l'abdomen immédiatemcnt. » Sans doute; mais à quel moment précis faut-il se décider? Pour ma part, je n'abandonne pas l'opium et la révulsion dans les cas les plus simples; — je repousse, avec la plupart des auteurs, les purgatifs qui peuvent être la cause d'un désastre; — et, dans les cas où le tact et l'esprit d'initiative du chirurgien sont mis à l'épreuve, je pense qu'il vaut beaucoup mieux agir trop vite que laisser passer le moment favorable. Je pense qu'il ne faut plus revoir ces cas lamentables, fréquents autrefois et qu'on trouve encore çà et là dans les services de médecine, où des malheureux, la fosse iliaque distendue, étaient soigneu-

(1) Maurin, *thèse de Paris*, 1890. — Roux (de Lausanne), *Revue méd. de la Suisse romande*, avril-mai 1890. — Tuffier et Hallion, *Arch. gén. de méd.*, septembre 1890.

©BIU Santé

sement tâtés chaque matin, couverts de pointes de feu et de vésicatoires, où, après trois semaines de fièvre, de supplices et de dangers, on se demandait encore s'il y avait du pus. Donc, pour peu que la maladie soit aiguë, même sans fluctuation, il faut promptement intervenir, pour éviter l'invasion souvent très rapide de la péritonite diffuse, ou la rupture des adhérences et la péritonite secondaire, ou l'ouverture de l'abcès dans l'intestin, la septicémie, l'épuisement, les récidives interminables.

A plus forte raison faut-il se hâter en présence d'une péritonite généralisée primitive. Si jamais la hardiesse que montre aujourd'hui la chirurgie en présence des péritonites graves a été justifiée, c'est bien dans les cas de ce genre, où on peut supprimer la cause et remédier aux effets, réséquer l'appendice et laver le péritoine, si on arrive à temps. Mais encore faut-il ne pas croire pendant trois jours à une obstruction intestinale; encore faut-il, en présence d'une péritonite qui paraît spontanée, songer à la perityphlite, ou bien, si on n'y songe pas, être imbu de cette idée qu'il vaut encore mieux ouvrir le ventre que de contempler son malade. J'ai vu, cette année même, une de ces victimes de l'abstention. Un jeune homme de 30 ans est pris subitement de symptômes alarmants : douleur vive dans l'abdomen, à droite surtout, ballonnement, constipation, nausées, fièvre. Trois médecins le voient successivement dans l'espace d'une semaine : le premier tergiverse pendant cinq jours; le deuxième juge qu'il faut se hâter, et met deux jours à appeler le troisième; ce dernier se hâte réellement et me fait venir dans la journée; le malade est porté à l'hôpital séance tenante, les extrémités froides et le pouls filiforme, il meurt en arrivant. A l'autopsie, péritonite purulente et perforation de l'appendice. N'aurais-je pas eu quelque chance de sauver ce malade, si je l'avais vu dans les trois premiers jours?

Voilà ce que disent aujourd'hui les chirurgiens. Mais il est un point qu'on a généralement laissé dans l'ombre, c'est l'intérêt spécial que peuvent offrir les lésions de l'appendice chez la femme, où d'ailleurs elles sont moins fréquentes. C'est pour y insister que j'ai pris la parole, à propos d'un fait que j'ai observé il y a quelques mois.

Déjà, dans une de nos discussions précédentes (1), j'ai donné l'observation d'une jeune fille chez qui d'autres chirurgiens avaient diagnostiqué tour à tour perityphlite, hématocèle suppurée, abcès du ligament large. Il restait des douleurs continuelles du côté droit, sans appareil inflammatoire; et je ne pouvais démêler s'il s'agissait d'une ancienne perityphlite ou d'une maladie des annexes. L'incision exploratrice me permit de constater l'intégrité absolue de la trompe et de l'ovaire; le cœcum occupait sa situation normale et ne montrait rien d'insolite; je ne vis pas l'appendice. La malade, très améliorée à la suite de l'opération, je ne sais vraiment pourquoi, eut encore, de temps à autre, quelques poussées subaiguës dans la fosse iliaque droite. Il y avait là, certainement, un ancien foyer de perityphlite, et sans doute l'appendice était caché derrière le cœcum. Ce qui fait l'intérêt principal de cette observation, c'est la difficulté du diagnostic, en présence d'une douleur fixe au niveau des annexes, ou du moins très voisine. Cependant, j'imagine qu'un fait pareil me semblerait aujourd'hui moins embarrassant, car il y avait deux points à noter : la douleur était un peu haut située pour appartenir à l'ovaire, à moins de supposer des adhé-

(1) Soc. de chir., séance du 12 décembre 1888.

©BIU Santé

rences provoquées par les accidents antérieurs; et, de plus, il n'y avait rien à gauche. Or, on sait que les douleurs ovariennes peuvent siéger exclusivement à gauche; mais, quand elles prédominent à droite, il est bien rare que l'autre côté soit absolument indemne.

Voici maintenant l'observation récente à laquelle j'ai fait allusion, et qui donne à réfléchir sur deux points : 1° la difficulté du diagnostic chez la femme; 2° l'opportunité et la nature de l'intervention.

Irma R... est une jeune fille de 18 ans, malade depuis dix-huit mois et très souffrante à chacune de ses époques, surtout aux quatre dernières. Les douleurs, maintenant continues, occupent le côté droit. Elle est entrée, il y a un mois, dans un service de médecine, avec du ballonnement et 39°5. Les symptômes se sont calmés, il n'y a plus de fièvre, mais la palpation à droite, au niveau même des annexes, est tellement douloureuse qu'il est impossible de la prolonger. Elle souffre moins à gauche; cependant, il est facile de sentir une petite tumeur mobile et très douloureuse en déprimant la paroi de ce côté.

L'hymen est intact et étroit; je renonce au toucher vaginal, qui me révélerait sans doute un empâtement du cul-de-sac latéral, et ne m'éclairerait pas davantage. Le toucher rectal permet de sentir une masse dure sur le bord droit de l'utérus.

En résumé : signes de lésions ovariennes, franchement inflammatoires, au point qu'elles paraissent tendre à la suppuration, et difficiles à comprendre chez une vierge de 18 ans; car on trouve bien, dans ces conditions, des névralgies ou des ovaires kystiques, ceux-ci même pouvant simuler l'évolution d'une salpingite, mais on s'explique moins aisément des symptômes d'une telle intensité. Et cependant la douleur est bien sur les annexes, elle n'est pas haut dans la fosse iliaque; chez toute autre malade, j'admettrais facilement une lésion tubaire ou ovarienne en voie de suppuration. Il n'y a pas de symptômes intestinaux. Il est vrai que la grande douleur siège à droite; mais le côté gauche n'est pas indemne, et j'y crois sentir une altération de l'ovaire.

En tous cas, il s'agit d'une affection grave, progressive, qui déjà condamne la malade au repos absolu, et qui peut amener de plus grands désordres; quoi qu'il y ait dans la région des annexes, il me paraît dangereux de rester dans l'inaction et nécessaire d'intervenir. L'opération est faite le 8 juillet 1890, avec mes internes Morestin et Gauthier.

Après une courte incision médiane, je trouve l'épiploon voilant les annexes droites et je le détache avec précaution. L'ovaire droit, mollement adhérent par toute sa surface, est ainsi libéré; il est de volume normal et parfaitement sain. La moitié utérine de la trompe me paraît un peu congestionnée, rien de plus; mais plus j'avance, plus les adhérences épiploïques deviennent intimes, et bientôt apparaît, au milieu des lobules adipeux, un cylindre fluctuant, gros comme le petit doigt, que je prends d'abord pour la portion externe de la trompe épaissie et distendue, mais que je reconnais presque aussitôt pour l'appendice vermiforme. Cet organe, étroitement accolé à la trompe et à l'ovaire, était confondu avec eux dans la même masse épiploïque : frappant exemple de péritonite adhésive autour d'un appendice malade, mais non perforé. J'énuclée peu à peu, sans le déchirer, le cylindre fluctuant, et, l'ayant libéré jusqu'à sa base, je le lie avec un gros catgut; mais sa paroi friable est coupée par le fil. Alors

©BIU Santé

je le résèque promptement, et je place, au niveau de son insertion, trois points de suture qui ferment toute communication de la cavité intestinale au péritoine. La trompe et l'ovaire sont réintégrés à leur place. L'appendice, dont la paroi est épaisse, est rempli de pus, mais on n'y trouve pas de corps étranger.

Reste à examiner les annexes gauches. Il n'y a pas d'adhérences, et l'ovaire est attiré facilement : il est doublé de volume par un gros kyste séreux qui occupe son bord libre. Je résèque le kyste avec une mince couche de tissu, j'abandonne l'ovaire ainsi traité et je referme le ventre.

Tout va bien du 8 au 12 juillet; puis la température s'élève, et il survient un abcès de la suture, qui oblige à enlever les trois fils inférieurs et à placer un tube à drainage. La fièvre tombe aussitôt, la suppuration diminue rapidement; ablation du drain le 20 juillet et guérison parfaite quelques jours après. J'ai revu la jeune fille tout récemment; elle est en parfaite santé.

Je n'insiste pas sur la formation d'un abcès de la suture, dû sans doute à quelque faute légère contre l'antisepsie. Je relève en passant les particularités suivantes : Appendice transformé en abcès, mais sans corps étranger; malade depuis dix-huit mois, et cependant sans perforation; périty phlite adhésive, non suppurée. Mais je veux surtout revenir en quelques mots sur le diagnostic et sur l'intervention.

La fusion intime de l'appendice avec les annexes devait fatalement donner le change pour une lésion tubo-ovarienne, malgré les objections qui se présentaient à l'esprit. Tout se réunissait pour y faire croire, le siège de la douleur, le toucher rectal, tout, jusqu'à la coïncidence d'une altération kystique de l'ovaire gauche. Il faut donc savoir que le diagnostic de l'appendiculite peut être fort délicat chez la femme, et beaucoup plus obscur que chez l'homme.

Quant à l'intervention, je puis dire qu'elle était légitime, et qu'il eût été imprudent de la différer. L'appendice, heureusement, n'était pas perforé; mais il était gorgé de pus, prêt à se rompre, et, si je lui en avais laissé le temps, que serait-il advenu? En tous cas, le tissu cellulaire était bien loin, et c'est le péritoine qui était menacé.

Et cependant, pour décider l'opération, je ne pouvais affirmer ni la nature du mal, ni la présence du pus. Ouvrir le ventre sans avoir pu faire le diagnostic! Une laparotomie chez une fille de 18 ans, parce qu'elle a des douleurs! Chercher un abcès qui pourrait s'ouvrir dans le vagin et guérir tout seul! etc. Il n'en est pas moins vrai que ma malade doit à l'opération d'avoir échappé à la mort, ou tout au moins à une série d'accidents dont l'issue est très ordinairement funeste. Le mal durait depuis 18 mois, je n'ai donc pas agi à la hâte; mais je me suis décidé promptement, parce que l'intensité des symptômes, à défaut d'un diagnostic précis, créait une indication formelle. Et j'ai fait, après tout, une opération moins grave que celles qui nous donnent des succès à peu près constants dans les cas les plus ardus et les plus dangereux de pyo-salpingites.

Je ne dirai qu'un mot du siège de l'incision, discuté par les auteurs. J'ai ouvert sur la ligne médiane, et j'avoue que, dans les cas où l'hésitation est permise, j'incline fortement de ce côté. Quand on a l'habitude de la laparotomie, on trouve que l'abdomen est petit, qu'il est presque facile de l'explorer dans tous les coins, et que l'incision médiane mène à tout. Mais je ne vais pas plus loin, et je reconnais que l'incision latérale est souvent meil-

©BIU Santé

leure pour les foyers bien saillants à droite, bien séparés de la séreuse, et après un diagnostic nettement posé.

Je n'ai plus qu'à formuler les conclusions très simples qui découlent de mes observations :

1° Le *diagnostic* de l'appendiculite est plus difficile chez la femme que chez l'homme, à cause du voisinage des annexes de l'utérus.

On y pense naturellement quand le siège de l'empâtement et de la douleur est un peu haut dans la fosse iliaque, et à droite exclusivement.

On doit y penser toutes les fois que les symptômes prédominent sérieusement à droite, même s'il y a quelque signe de lésions du côté gauche, même si la douleur est exactement au niveau des annexes, même si le toucher rectal et vaginal révèle une induration sur le bord droit de l'utérus.

2° L'intervention chirurgicale doit être, avec les réserves que j'ai formulées plus haut, hardie et précoce. Le pronostic de la maladie livrée à elle-même est d'une extrême gravité ; plus on se hâte, plus l'opération se rapproche, par sa bénignité relative, des opérations pratiquées aujourd'hui couramment dans la région des annexes.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons de clinique médicale, par H. Rendu. — Paris, O. Doin, 1890, 2 vol. in-8°.

Ces leçons, écrit l'auteur, ont été professées à l'hôpital Necker dans le but d'être utiles aux élèves en leur faisant analyser de plus près les cas intéressants du service. C'est dire que ce ne sont pas des leçons de pathologie classique et que M. Rendu, clinicien comme doit l'être tout médecin des hôpitaux, a su mettre au second rang le laboratoire pour s'occuper, avant tout, de l'examen des malades. Ils ne sont déjà plus si communs ceux qui se tiennent rigoureusement sur le terrain de l'observation clinique, et ils le seront moins encore le jour où, comme beaucoup le conseillent, l'exposé des titres sera devenu la base du concours du Bureau central. Nous avons tous vu que l'on peut avoir écrit de nombreux mémoires sur des points délicats d'histologie, ou avoir cultivé beaucoup de microbes, et être fort embarrassé quand il s'agit de poser un diagnostic et surtout de traiter un malade, ce qui, en réalité, est le seul devoir du médecin des hôpitaux.

M. Rendu est cependant fort loin de négliger les récentes acquisitions de la science, et, tout en se défendant de faire de l'érudition, il en dit assez pour montrer qu'un savoir étendu et de bon aloi s'allie chez lui au vrai sens clinique.

Les leçons du premier volume sont consacrées aux maladies générales, aux maladies de l'appareil respiratoire et à celles de l'appareil circulatoire. Une de ses leçons, celle relative à la sclérose pulmonaire et à la dilatation bronchique, est déjà connue des lecteurs de l'*Union;* parmi les autres, nous signalerons surtout les suivants : Contusion du poumon et tuberculose; diagnostic de la quantité des épanchements pleurétiques; pleurésie diaphragmatique tuberculeuse; affection cardiaque et respiration de Cheyne-Stokes. A propos des difficultés du diagnostic de la fièvre typhoïde, M. Rendu signale un cas où il y eut tous les symptômes de la dothiénenthérie, y compris les taches rosées, et où l'on trouva, après la mort, une tuberculose miliaire diffuse et en même temps deux ulcérations au niveau de la valvule iléo-cœcale. Même après la mort, on ne pouvait savoir s'il y avait eu une tuberculose seule ou compliquée de fièvre typhoïde; du reste, la superposition des deux maladies infectieuses est parfaitement possible.

Dans le second volume sont les leçons relatives aux maladies du tube digestif, des reins et du système nerveux. Nous ne pouvons, malheureusement, que signaler l'étude de l'ictère infectieux, celle des névrites radiculaires du plexus brachial, de la méningite tuberculeuse secondaire. Une leçon se rapporte à un cas de paraplégie provoquée par

©BIU Santé

une méningite tuberculeuse localisée aux deux lobules paracentraux, une autre à l'association du tabes avec l'hystérie, etc.

Nous en avons assez dit pour montrer à nos lecteurs qu'ils trouveront, dans ce livre, à la fois de la vraie clinique et une connaissance exacte de tous les travaux modernes importants. — P. Ch.

De la cataracte, par le docteur A. Dehenne, professeur libre d'ophthalmologie. G. Steinheil, 1890.

Voici les conclusions de l'auteur qui, du 1er novembre 1888 au 31 août 1890, a pratiqué 240 opérations de cataractes, et, grâce à l'observance scrupuleuse de l'antisepsie ainsi qu'à la simplification du manuel opératoire, a obtenu 237 succès.

L'opération de la cataracte est une opération bénigne. Exécutée soigneusement et avec les précautions antiseptiques, elle donne, à très peu près, 99 succès sur 100. Les soins consécutifs ont une importance capitale pour le résultat définitif. Les pansemenls doivent être faits par le chirurgien lui même. Nul autre que lui ne doit toucher au pansement au moins pendant les six jours qui suivent l'opération.

Le phlegmon de l'œil peut être presque à coup sûr rayé des statistiques d'opérations de cataractes. Néanmoins il est certains cas inexplicables, absolument indépendants de l'opérateur et du manuel opératoire et qui apportent une légère ombre au tableau.

Le manuel opératoire conseillé dans l'immense majorité des cas est le procédé à petit lambeau supérieur, pratiqué avec un couteau de Graefe, très fin et très étroit sans iridectomie. La base du lambeau peut être représentée par le dos du couteau passant tangentiellement au bord supérieur de la pupille fortement contractée. L'ouverture de la capsule doit être pratiquée à l'aide du kystitome simple. En cas d'épaississement de la capsule, il est préférable de se servir des pinces kystitomes à mors postérieurs de de Wecker, dont le maniement est très difficile sans iridectomie préalable.

Chez les gens nerveux ou pusillanimes, on donnera la préférence à la kérato-cystotomie. L'iridectomie doit être réservée aux cataractes adhérentes et aux cas de rigidité exceptionnelle de l'iris dans lesquels cette membrane ne se déplisse pas et empêche ainsi la sortie du cristallin.

Le nettoyage de l'œil doit être pratiqué à l'aide de pressions douces et prolongées exercées sur le goble de l'œil au point opposé à la section cornéenne jusqu'à ce que la pupille soit devenue absolument noire. La curette ne doit être employée que dans les cas tout à fait exceptionnels.

Les lavages intra-oculaires me paraissent inutiles et dangereux. Quelques minutes après l'opération, on instille cinq à six gouttes d'un collyre au sulfate neutre d'ésérine au 1/200e. Le collyre au sulfate d'atropine est instillé quarante-huit heures après l'opération. Si le malade ne se plaint pas, le pansement peut sans inconvénient rester en place quarante-huit heures.

Les deux yeux doivent être hermétiquement clos. Le troisième jour, l'œil non opéré est libéré. A partir du cinquième jour, le pansement dans la journée est remplacé par un carré flottant ou des lunettes fumées, forme coquille. Le bandeau protecteur doit être appliqué la nuit au moins pendant quinze jours ou trois semaines. Les lunettes correctrices sont choisies dans la quinzaine qui suit l'opération. L'antiseptique de choix est la solution de sublimé au 1/2000e. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Etude comparative des divers agents anesthésiques employés dans les accouchements naturels. (*Revue de thérap.*, 1890, 18). — M. le docteur Jules Chaigneau consacre à ce sujet sa thèse inaugurale, dont voici les principales conclusions en ce qui concerne chaque anesthésique pris en particulier :

Chloroforme. — Le chloroforme en obstétrique est l'agent le plus facile à manier, à condition qu'il soit chimiquement pur. Donné à petites doses, au moment de chaque

©BIU Santé

contraction utérine, il détermine une analgésie plus ou moins complète, mais suffisante ordinairement pour ramener le calme chez les personnes nerveuses ou épuisées. Il régularise les contractions utérines et facilite l'abaissement de la partie fœtale en relâchant le périnée.

Le chloroforme ne semble avoir aucune action bienfaisante, au contraire, sur la marche du travail, sur la délivrance, sur la production des hémorrhagies post-partum et sur les suites de couches.

Il est indiqué dans tous les cas de douleurs trop grandes, de contractions irrégulières de l'utérus, de contraction spasmodique et de rigidité du col, de rétention placentaire par contraction utérine, de résistance du périnée et de tranchées utérines mal tolérées.

Les seules contre-indications du chloroforme sont : La chloro-anémie avec tendance aux lipothymies, la syncope, l'idiosyncrasie. Les affections pulmonaires aiguës ou chroniques, les maladies du cœur, du rein, du système nerveux ne doivent pas arrêter e médecin prudent dans l'emploi de cet anesthésique.

Enfin le chloroforme n'a aucune action fâcheuse sur la mère ni sur l'enfant.

Chloral. — L'anesthésie produite par le chloral, subordonnée à la quantité employée du médicament, n'est pas immédiate, et sa durée est relativement plus longue que celle du chloroforme.

Le chloral est sans danger pour l'enfant de même que pour la mère, à moins qu'elle ne soit très épuisée ou atteinte d'une affection cardiaque. Dans ce cas, il ne devra pas être employé, pas plus que lorsque l'enfant souffre, ou que son état ou celui de sa mère nécessitent une intervention rapide. On devra alors lui préférer le chloroforme.

Le chloral, administré par la voie stomacale ou le rectum, sera employé surtout pendant la période de dilatation.

Ether. — En règle générale, l'éther doit être abandonné dans la pratique courante ; il est inférieur comme anesthésique au chloroforme, et, de plus, il présente un danger trop sérieux : son inflammabilité.

Morphine. — Son action paralysante sur la fibre musculaire de l'utérus est une contre-indication formelle à son emploi dans le cours du travail pour combattre la douleur.

Amylène. — L'amylène produit une anesthésie prompte, moins profonde et moins durable que le chloroforme; mais il a comme inconvénients : son odeur peu agréable, sa grande volatilité et son inflammabilité facile, autant de causes qui doivent le faire abandonner.

Bromure d'éthyle. — Le bromure d'éthyle ne semble pas dans tous les cas faire disparaître la douleur et son action sur les contractions utérines est loin d'être toujours favorable. Ces raisonnements ne doivent donc pas faire préférer ce corps à un autre agent anesthésique.

Hypnotisme. — L'hypnotisme est un agent infidèle, et par ce fait, à rejeter. Il demande, pour être employé, un médecin très exercé, des malades spéciales, etc.; encore les résultats obtenus sont-ils fort problématiques. En effet, si les douleurs disparaissent avec une facilité relative pendant la période de dilatation, ce résultat est exceptionnel pendant l'expulsion.

Antipyrine. — L'antipyrine administrée à dose suffisante dans le cours du travail rendra comme analgésique de grands services. Les injections d'antipyrine (1 gramme) paraissent préférables aux lavements pour les raisons indiquées plus haut.

Cocaïne. — Dans certains cas, la cocaïne pourra être une précieuse ressource pour atténuer les douleurs au moment du passage de la tête à travers le canal vagino-vulvaire.

Protoxyde d'azote. — Ce corps, comme anesthésique, ne présente jusqu'à ce jour aucun avantage pratique.

Méthodes composées. — Faute d'observations, l'auteur ne peut encore se prononcer sur l'emploi des méthodes mixtes dans le cours de la parturition. Les travaux publiés à ce sujet sont relativement peu nombreux et traitent la question bien plus dans le sens chirurgical qu'obstétrical. — P. N.

Traitement des inflammations de la glande parotidienne et de la glande mammaire par le massage, par M. W. Zemblinoff (*Revue de thérap.*, 1890, n° 18). —

©BIU Santé

Depuis deux ans, l'auteur pratique le massage contre l'inflammation de ces organes avec des résultats remarquables. Il va sans dire que le massage est indiqué et utile seulement dans la période catarrhale, c'est-à-dire avant la formation de l'abcès. La pathologie des inflammations de ces glandes nous explique les effets du massage. Virchow a, le premier, reconnu que, dans les inflammations des glandes salivaires, le processus inflammatoire se passe dans la parenchyme et dans les conduits de la glande, et a le plus souvent pour pour cause la stagnation et la décomposition du liquide sécrété. La pathogénèse est la même dans les inflammations de la glande mammaire. Ceci donné, le massage s'impose au début de ces inflammations.

Voici comment l'auteur procède au massage de la glande parotidienne. Le malade ouvre la bouche : on écarte la joue pour mieux voir l'orifice du conduit de Stenon. Pendant ce temps, avec la main restée libre, on exécute des pressions légères sur la glande, en les dirigeant vers le conduit. Ces pressions deviennent de plus en plus fortes, et l'on termine par de vraies malaxations de toute la glande. Les malades se prêtent volontiers à cette opération, quoique très douloureuse, puisque déjà après une seule séance ils ressentent une grande amélioration. Si le malade souffre trop, on fera bien de le chloroformiser.

Le massage du sein se fait d'après les mêmes principes. Ayant trouvé le noyau et le conduit enflammés, qui se caractérisent par leur dureté, on exécute des pressions d'abord douces, puis plus énergiques, et des malaxations, dirigeant ces mouvements du lobule enflammé. Une amélioration se produit déjà après la première séance, mais pour arriver à une guérison, les séances de massage doivent être répétées plusieurs fois.

L'auteur cite cinq cas d'inflammation de la glande parotidienne et huit cas d'inflammation de la glande mammaire, dans lesquels il a obtenu des résultats très favorables.

P. N.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (OCTOBRE 1890).

Sommaire : Bromuration. — Bacilles du tétanos dans les excréments de vache et de bœuf à l'état sain. — Le chlorhydrate d'orexine.

Bromuration et antisepsie intestinale. — M. Ch. Féré : Un bon nombre d'épileptiques ne voient céder leur accès que sous l'influence de doses très élevées de bromure de potassium : chez quelques-uns, l'amélioration ne se manifeste que lorsqu'on atteint les doses quotidiennes de 9 et 10 grammes; assez souvent, l'augmentation progressive jusqu'à 12, 13, 14 et même 15 grammes produit encore des effets heureux. Mais si ces doses considérables peuvent quelquefois être supportées sans aucun accident, il n'en est pas toujours ainsi; souvent il se manifeste des accidents d'intoxication soit sous forme de troubles psychiques, soit sous forme d'accidents cutanés. Ces accidents m'ont paru, en général, liés à des troubles gastro-intestinaux qui précèdent les autres, et souvent même dominent la scène.

Sans négliger, suivant les cas, les moyens usités pour conjurer les accidents du bromisme, tels que bains, diurétiques, purgatifs, arsenicaux, j'ai pensé qu'une intervention qui aurait pour résultat de diminuer les chances d'auto-intoxication, en réalisant l'antisepsie intestinale, aurait chance de diminuer les accidents causés par le bromure et paraissant liés aux troubles de l'appareil digestif.

Au commencement d'avril, tous les malades du service, atteints d'accidents cutanés du bromure, ont reçu quotidiennement 4 grammes de naphtol β et 2 grammes de salicylate de bismuth; chez la plupart, les éruptions ont disparu; chez tous, elles ont diminué, et les doses élevées de bromure ont pu être non seulement maintenues, mais souvent accrues, au grand avantage des malades au point de vue des accidents épileptiques. Dans un cas où il existait, en outre, une éruption d'acné répandue sur tout le corps et des plaques de pustules conglomérées, végétantes et ulcérées, la guérison est complète depuis plusieurs mois, malgré la combinaison du médicament, qui se montre très effi-

©BIU Santé

cace, puisque le malade, qui avait par mois plus de 19 abcès en 1886, n'en a plus, en 1890, que 0,75. Chez quelques malades, il semble que l'addition des antiseptiques a augmenté l'efficacité de la même dose de bromure; le mauvais état des voies digestives est capable par lui-même, on le sait, de provoquer des accidents réflexes.

Il y a maintenant six mois que plus de vingt malades de mon service sont soumis à ces doses de naphtol et de salicylate de bismuth. Ces médicaments, après avoir provoqué, au début, la disparition des accidents saburraux et une augmentation de l'appétit, n'ont déterminé par la suite aucun inconvénient qui ait attiré l'attention des malades. Il n'est pas sans intérêt de relever que les antiseptiques mis en usage peuvent être tolérés à des doses relativement considérables, et peudant des mois, sans aucun accident.

De la présence du bacille du tétanos dans les excréments du bœuf et du cheval à l'état sain. — MM. D. Sanchez Toledo et A. Veillon : On sait, depuis les recherches de Nicolaïer, que le bacille du tétanos est répandu en très grande abondance dans les couches superficielles du sol; depuis cette découverte fondamentale, un grand nombre d'observations de tétanos humain ont permis de constater non seulement la présence du bacille de Nicolaïer dans la plaie, mais encore la contamination préalable de cette plaie par de la terre. L'origine tellurique du tétanos est désormais aussi nettement établie par ces faits qu'elle l'est, par exemple, pour la septicémie expérimentale déterminée par le vibrion septique de Pasteur, si fréquent, lui aussi, dans les différentes sortes de terre.

Dans le cours d'un travail que nous poursuivons sur le tétanos, dans le laboratoire et sous la direction de notre maître, M. le professeur Straus, nous nous sommes appliqués à rechercher la présence du bacille du tétanos ou de ses spores dans des milieux autres que la terre.

M. Rietsch l'avait trouvé dans la poussière du foin; d'autres observateurs ont fait la même constatation. Sormani fit avaler à différents animaux du fourrage souillé par de la terre provenant soit de jardins, soit de la voie publique ou de champs fumés, et il constata que les excréments de ces animaux, qui ne contractaient pas le tétanos, peuvent contenir le bacille sporulé de Nicolaïer. Chicoli Nicola dit l'avoir trouvé dans les excréments de chevaux atteints de tétanos; mais la façon d'opérer de cet auteur, aussi bien que les caractères des cultures qu'il obtint, rendent ses expériences peu démonstratives.

Nous nous sommes assurés, comme Sormani, que les animaux, rats, souris, cobayes, lapins, nourris avec des aliments arrosés avec des cultures pures de tétanos, ne contractaient pas la maladie, mais que leurs excréments étaient tétanigènes. Ces faits nous ont conduits à rechercher la présence du bacille du tétanos dans les excréments d'animaux sains.

Nos expériences ont porté sur les excréments du cheval et de la vache. Les lapins inoculés avec les excréments de cheval mouraient : les uns, de septicémie au bout de deux ou trois jours; les autres, en plus grand nombre, mouraient au bout de cinq ou six jours avec tous les symptômes du tétanos. A l'examen microscopique du pus ou de la sérosité de la plaie d'inoculation, on constatait, à côté d'autres bactéries (microcoques, bacilles), la présence du bacille de Nicolaïer, sous ses différentes formes; de fins et minces bacilles, sans spores apparentes, doués de mouvements lents et flexueux, ainsi que les formes sporulées caractéristiques en tête d'épingle. Lorsque l'examen est pratiqué immédiatement ou peu de temps après la mort, les formes sporulées sont beaucoup plus rares que les autres. Mais si on abandonne le cadavre à lui-même, à la température ordinaire, pendant vingt-quatre ou trente-six heures, on voit le nombre des bacilles sporulés devenir de plus en plus considérable. Si on inocule le pus de la plaie de ces lapins à des souris, à des rats blancs ou à des cobayes, on leur donne un tétanos type, et, en examinant le pus de la plaie de ces animaux, on y retrouve le bacille de Nicolaïer, mêlé, il est vrai, à d'autres organismes.

Nous avons aussi réussi à obtenir des cultures pures du bacille du tétanos avec le pus et la sérosité de la plaie des lapins inoculés avec les excréments du cheval.

©BIU Santé

Sur huit inoculations faites à des lapins avec les excréments de six chevaux, nous avons quatre fois déterminé le tétanos.

Nous avons fait la même expérience avec la bouse d'une vache qui a été inoculée à deux lapins ; ces deux animaux moururent du tétanos.

Les expériences que nous venons de relater apportent une nouvelle preuve à l'appui de ce fait : que les matières fécales d'animaux sains, nullement atteints de tétanos, peuvent contenir le microbe tétanique revêtu de toute sa virulence.

Nous avons montré que les excréments du cheval sont souvent tétaniques, c'est là un fait expérimental instructif au point de vue de l'interprétation de la théorie de l'origine équine du tétanos, émise et défendue avec autorité par M. le professeur Verneuil. Il résulte, en effet, de l'enquête très minutieuse à laquelle il s'est livré que le tétanos survient très fréquemment à la suite du traumatisme chez les individus en contact avec les chevaux. Ce fait trouve désormais son interprétation toute naturelle, puisque nous savons que les excréments du cheval peuvent contenir le bacille de Nicolaïer.

Nous n'en voudrions pas conclure, bien entendu, que le tétanos est une maladie d'origine équine, comme l'est la morve, par exemple ; d'autant plus qu'il s'agit d'animaux sains. Nous établirons seulement que le cheval et la vache ingèrent des aliments (foin, paille, herbages) plus ou moins souillés par la terre et avalent ainsi des spores du bacille du tétanos. Ces spores, comme celles du vibrion septique, résistent à l'action des sucs digestifs et peuvent se retrouver dans les excréments avec toute leur virulence.

Sur le chlorhydrate d'orexine. — M. le docteur Schmitt : Le chlorhydrate d'orexine ou phényldihydroquinazoline $C^{14}H^{12}Az^2$ Hcl proposé au mois de février dernier par le professeur Penzoldt, d'Erlangen, comme stomachique, a donné lieu depuis à des appréciations fort contradictoires. C'est ce qui m'a engagé à en reprendre l'étude physiologique et clinique.

Je l'ai essayé d'abord sur diverses espèces animales (grenouille, cobaye, lapin, chien) en injection sous-cutanée, stomacale ou intra-veineuse, puis sur l'homme sain, enfin sur le malade. Voici les conclusions auxbuelles je suis arrivé :

I. De mes expériences sur les animaux, il résulte que le chlorhydrate d'orexine est un poison du sang ; mais comme sa toxicité est relativement saine, il peut, sans inconvénient, être employé à doses thérapeutiques chez l'homme.

II. *Action sur l'homme sain.* — Trois sujets sains, d'appétit normal, ont pu ingérer, huit jours de suite, des doses thérapeutiques de 30 centigrammes de chlorhydrate d'orexine ; puis, après un arrêt de quatre jours, les reprendre pendant dix jours, sans éprouver aucun malaise local ou général, mais aussi sans remarquer aucune modification de leur appétit habituel.

Des doses plus fortes, de 10, et surtout de 50 centigrammes, déterminent presque toujours une sensation de malaise épigastrique, de tiraillement plutôt gênant que douloureux, bien différent, en tout cas, de la sensation physiologique de l'appétit, ne cessant pas après l'absorption d'aliments solides ou liquides, et ne disparaissant, dans quelques cas, que plusieurs heures après le repas.

Avec une dose de 75 centigrammes ou de 1 gramme, cette sensation de malaise devient véritablement douloureuse, et il s'y ajoute, après une demi-heure environ, un état vertigineux, de la céphalalgie avec battements dans les tempes, un état congestif de la face, des nausées et même des vomissements. L'appétit est dans ce cas fortement diminué, même pour les deux ou trois jours suivants ; cependant il n'existe aucune altération apparente du sang ou de l'urine.

Le chlorhydrate d'orexine n'a donc aucune action favorable sur l'appétit chez l'homme en bonne santé.

III. *Action sur le malade.* — Vingt-deux malades atteints d'anorexie sous l'influence d'affections diverses (artério-sclérose sénile, 3 ; tuberculose pulmonaire, 4 ; osseuse, 2 ; cutanée, 1 ; chloro-anémie, 4 ; décubitus après fracture de cuisse, 1 ; hémiplégie consécutive à une syphilis cérébrale, 1 ; myélite chronique, 1 ; rhumatisme articulaire subaigu, 1 ; cirrhose atrophique, 1 ; gastrite chronique d'origine alcoolique, 2 ; carcinome stomacal, 1) ont reçu, avec les précautions nécessaires pour éviter l'intervention possible

©BIU Santé

d'éléments étrangers, suggestifs ou médicamentaux, des doses quotidiennes de 30 à 50 centigrammes de chlorhydrate d'orexine.

Sur ces vingt-deux cas, cinq fois seulement l'appétit se relève d'une façon manifeste : une fois dès la première dose (lupus de la face), quatre fois après la troisième ou la quatrième dose seulement (un cas de tuberculose pulmonaire, un d'ostéite tuberculeuse, une chloro-anémie, une fracture de cuisse), deux fois le résultat fut douteux (un tuberculeux et une anémique), enfin un dyspeptique alcoolique, sans montrer plus d'appétit qu'auparavant, avait des digestions moins laborieuses chaque fois qu'il prenait l'orexine avant ses repas.

Dans les quatorze autres cas, il n'y eut aucune modification de l'appétit. Cependant le médicament était en général bien toléré, et ne donna lieu que deux fois à des douleurs gastralgiques et à des vomissements qui forcèrent d'en suspendre l'emploi.

Ajoutons qu'à ces doses médicamenteuses, le chlorhydrate d'orexine n'a aucune action sur la température fébrile, qu'il ne modifie en rien les douleurs du rhumatisme et que, même après un usage prolongé pendant plusieurs semaines, il ne détermine aucune altération appréciable du sang et ne fait apparaître aucun principe anormal dans l'urine.

Ainsi, dans un quart des cas tout au plus, l'orexine m'a donné les résultats annoncés par M. Penzold. Resterait à expliquer ces résultats.

IV. *Action sur le processus chimique de la digestion.* — Le chlorhydrate d'orexine ne peut remplacer dans une digestion artificielle ni la pepsine ni l'acide chlorhydrique; ajouté en petite proportion à un suc gastrique artificiel ou naturel, il n'en modifie pas les qualités peptonisantes; mais à forte dose, il entrave et peut même empêcher la digestion de l'albumine de l'œuf ou de la chair musculaire. Il n'a donc par lui-même aucune valeur digestive propre.

FORMULAIRE

POUDRE LAXATIVE. — Dujardin-Beaumetz.

Follicules de séné (passés à l'alcool) pulvérisés...	ää 6	grammes.
Soufre sublimé et lavé.....		
Fenouil pulv.....	ää 3	—
Anis étoile pulv.....		
Crème de tartre pulv.....	2	—
Réglisse pulv.....	8	—
Sucre pulv.....	25	—

Mêlez. — Entre neuf et dix heures du soir, on fait prendre une cuillerée à dessert de cette poudre, dans un demi-verre d'eau, aux personnes qui ont de l'insuffisance rénale, afin d'éliminer les toxines urinaires. — N. G.

COURRIER

Le cours de médecine légale pratique et les conférences pratiques appliquées à la toxicologie commenceront à la Morgue le mercredi 5 novembre 1890, à deux heures, et seront continués les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : les mercredis : M. le professeur Brouardel; les vendredis : M. le docteur Descouts, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquée à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie.

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 8 novembre 1890, les mardis, jeudis et samedis : les jeudis, à quatre heures : M. le docteur Descouts, chef

©BIU Santé

du laboratoire de médecine légale; les mardis, à trois heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; les samedis, à trois heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— Un concours pour un emploi vacant de chef titulaire de clinique chirurgicale s'ouvrira le 17 novembre prochain.

Plâtrage des vins. — A la suite d'une délibération du Comité consultatif d'hygiène de France, qui déclarait que le plâtrage des vins au-delà de 2 p. 100 était nuisible à la santé, le ministre avait envoyé une circulaire invitant les Parquets à empêcher et poursuivre le plâtrage au-delà de 2 p. 100. Par un télégramme complémentaire, le garde des sceaux enjoignait de n'appliquer la prohibition qu'aux vins de provenance postérieure au 4 septembre. Mais l'application de cette prescription a rencontré des difficultés nombreuses. Pour éviter les difficultés résultant de saisie, à la douane, des vins espagnols envoyés en France pour le coupage et qui paraissent avoir été plâtrés avant le 4 septembre, le garde des sceaux vient d'envoyer aux procureurs généraux une nouvelle circulaire les invitant à retarder jusqu'au 1er avril 1891 l'application des instructions relatives à l'interdiction du plâtrage au-delà de 2 p. 100. Mais, ce délai passé, l'interdiction sera formelle, le prétexte de surprise ne pouvant plus être invoqué, comme aujourd'hui, par les viticulteurs du Midi.

Héliotrope et sulfate de quinine. — D'après le docteur Filatoff (de Moscou), l'héliotrope pourrait être substitué avec avantage au sulfate de quinine, dont il aurait toutes les propriétés. L'usage de cette plante est d'ailleurs répandu depuis longtemps comme remède populaire contre les fièvres en Russie, en Turquie et en Perse, où on prépare une sorte de teinture en faisant macérer dans l'alcool les feuilles et les tiges de l'héliotrope.

Petite vérole et vaccine. — De 1870 à 1873, on a compté en Hollande 20,575 décès par variole. Depuis cette époque, on a rendu la loi sur la vaccination plus sévère et la mortalité variolique a été en s'atténuant tous les ans. Pendant l'année 1890 on a seulement enregistré *un seul décès* variolique dans tout le pays.

— Rien n'est plus rationnel que l'emploi du Coaltar saponiné Le Beuf comme **DENTIFRICE**. Car par ses propriétés **microbicides**, *désinfectantes*, *détersives* et *toniques*, il répond mieux que tout autre produit aux derniers *desiderata* de la science. Il jouit en outre d'une innocuité absolue, qualité rigoureusement nécessaire pour un produit d'un usage journalier.

Envoi gratuit d'un échantillon à MM. les médecins. — Bayonne, pharmacie Le Beuf.

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

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

PHTHISIE, *Bronchites*, *Catarrhes*. — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Du Castel : Traitement des affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. — II. Bibliothèque : Pratique des maladies vénériennes. — III. Revue des journaux : Une statistique des médications de la coqueluche. — Urticaire de la langue. — Application du sublimé dans les formes différentes de la conjonctivite granuleuse. — IV. Sociétés et Congrès. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de médecine pratique. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital du Midi. — M. Du Castel.

Traitement des affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme (1).

Messieurs,

Quand vous serez appelés à traiter un chancre induré, il faudra toujours vous souvenir que ce chancre guérit naturellement et assez rapidement; il faudra vous souvenir aussi que la plupart des moyens thérapeutiques dont vous disposez peuvent peu de chose pour hâter sa guérison; votre rôle devra se borner, dans la plupart des cas, à empêcher qu'un manque à l'hygiène, un traitement intempestif ne viennent donner de la gravité à un accident qui n'en a naturellement pas et ne provoquent le développement de quelque complication.

Vous recommanderez au malade d'éviter à la petite plaie toute cause d'irritation, telle que celle que peuvent amener les frottements des vêtements, les marches forcées, les pansements intempestifs, soit ceux que l'usage populaire a mis en honneur, tels que la cendre de pipe, l'urine, etc.; ceux même que la pharmacopée peut offrir.

Les pansements que vous nous voyez employer le plus ordinairement sont, pour les chancres recouverts par le prépuce, les pansements humides et légèrement antiseptiques, coton hydrophile imbibé de vin aromatique, eau alcoolisée, liqueur de Labarraque, coaltar saponiné; le pansement est maintenu en place par le prépuce qui le recouvre.

Pour les chancres du fourreau, nous préférons l'emploi des poudres, poudre de salol, poudre d'aristol, poudre de quinquina; elles sont, dans les régions découvertes, d'un emploi plus facile que les pansements humides; il faut recouvrir le chancre d'un léger pansement occlusif qui le garantisse des frottements des vêtements.

Nous n'employons guère les pansements avec les poudres et les pommades mercurielles; elles ont facilement un effet irritant que nous redoutons et ne paraissent pas exercer une action bienfaisante marquée sur la marche du chancre.

En résumé, patience et propreté me paraissent résumer la base du trai-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 5, 14, 26 août, 4, 11, 16, 25, 30 septembre, 9, 11, 16, 18, 28 octobre et 1er novembre 1890.

©BIU Santé

tement du chancre syphilitique, dans l'immense majorité des cas : « Avec de l'hygiène, de l'eau et de la charpie, on guérit facilement et rapidement le chancre syphilitique, ou plutôt on le laisse guérir », a écrit le professeur Fournier, dont chacun connaît la haute compétence et la sagesse thérapeutique.

Je ne puis quitter l'histoire du traitement du chancre sans vous dire un mot d'une méthode qui a fait beaucoup de bruit dans ces dernières années, je veux parler de l'excision du chancre. Venue de l'étranger sous les auspices de deux noms justement estimés, ceux d'Auspitz et d'Unna, elle a la prétention de prévenir quelquefois, d'atténuer souvent les accidents généraux de la vérole. A l'étranger, elle compte des partisans nombreux, tels que Kölliker, Rydygier, Pospelow, Zeisl, et autres syphiligraphes distingués. En France, on est généralement beaucoup moins enthousiaste; cependant, Diday, Julien croient à l'efficacité de l'excision; je l'ai pratiquée un certain nombre de fois, je l'ai même pratiquée dans des conditions fort avantageuses, puisque je l'ai faite dix heures après la première apparition du chancre; je n'ai jamais eu à lui attribuer des résultats nettement avantageux, et je me console de mes insuccès en pensant que le professeur Fournier et mon collègue M. Mauriac n'ont pas été plus heureux que moi.

Le plus grand avantage que je reconnaisse à cette opération, c'est d'amener chez certains malades la disparition rapide d'une ulcération destinée à durer plusieurs semaines; mais cet avantage n'est pas suffisant pour la tenter chaque fois qu'elle est praticable; il faut la réserver pour certains malades que la contemplation de leur chancre plonge dans un état de désespoir capable presque de les conduire au suicide; pour ceux encore chez qui il est presque un devoir de tout tenter; mais, avant d'exciser le chancre, vous préviendrez que cette opération, qui compte un certain nombre de partisans, est loin d'être suivie d'un bénéfice certain.

Quelques chancres volumineux et ulcéreux se trouvent bien de l'emploi du traitement interne mixte : hydrargyro-ioduré.

Le développement du ganglion inguinal ne demande aucune intervention thérapeutique ; chez les malades que sa présence tourmente trop, vous pourrez le recouvrir d'un emplâtre de Vigo : c'est un résolutif, c'est un antisyphilitique; il aura, de plus, l'avantage de cacher au malade la tumeur qui le tourmente.

Quand le ganglion s'enflamme, le repos, quelques applications émollientes suffiront en général à prévenir la suppuration.

Les syphilides secondaires érosives disparaîtront presque toujours comme par enchantement sous la seule influence de soins de propreté et d'un peu d'oxyde de zinc ; les ulcéreuses se trouveront bien de l'emploi de la poudre de salol, d'aristol.

Les syphilides tertiaires ulcéreuses bénéficient grandement de l'addition d'un traitement local au traitement général : emplâtre de Vigo, pommades légèrement mercurialisées.

Les traitements dirigés contre le chancre simple tendent généralement, avant tout, à détruire sa virulence ; c'est le but que poursuivent le caustique sulfo-carbonique de Ricord, les applications de pâte de Canquoin de Diday, la destruction avec le thermo-cautère, les attouchements avec le chlorure de zinc liquide, l'acide nitrique. Le docteur Aubert et le regretté Martineau ont recommandé dans le même but les bains à 42°, prolongés pendant une heure, Les pommades à l'acide pyrogallique (Vidal), les appli-

©BIU Santé

cations d'acide salicylique, de résorcine, poursuivent le même but ; il est un médicament connu de tous pour son influence heureuse, c'est l'iodoforme ; malheureusement, son odeur, que nul correctif ne parvient à cacher d'une façon absolue, le rend inapplicable en ville.

Vous nous voyez employer ici un traitement simple et dont l'activité a dû frapper tous ceux qui suivent habituellement le service ; tout chancre simple est lavé avec soin dans tous ses coins et recoins avec un pinceau trempé dans la solution suivante :

Alcool à 90°.....	20 grammes.
Huile phénique.....	2 —

L'attouchement est très bien supporté par le malade, grâce peut-être à l'action anesthésique de l'acide phénique ; un attouchement, pratiqué avec soin, suffit généralement à transformer le chancre en plaie simple ; pour plus de sûreté, les attouchements peuvent être pratiqués chaque matin pendant deux ou trois jours.

Dans la journée, les chancres sont pansés à la poudre de salol, au vin aromatique, à l'eau phéniquée ; en un mot, ils sont tenus propres et la guérison s'effectue très rapidement, aussi rapidement au moins qu'avec n'importe quelle autre méthode de traitement.

A côté des modes de pansements avantageux, je vous signalerai un mode de traitement qui, dans un certain nombre de cas, n'a pas paru réussir au chancre simple, c'est le traitement par les pommades ; le chancre simple ne paraît pas supporter le contact des corps gras ; ceux-ci l'irritent facilement et auraient conduit dans un crtain nombre de cas au phagédénisme.

Le phagédénisme, survenu à la suite du chancre simple, a cédé, dans un certain nombre de cas, à la destruction par les caustiques chimiques ou par le cautère actuel, aux bains à température élevée ; il sera quelquefois utile de faire précéder les divers traitements par le raclage de la plaie qui en rend l'application plus efficace. Avant de recourir à ces mesures extrêmes, il sera bon de modifier l'état général du malade par un traitement reconstituant ; de tenter la modification de l'état local par les attouchements à l'acide phénique, par l'emploi des divers moyens dont nous disposons actuellement : iodoforme, acide salicylique, poudre et décoction de Pollini. On est quelquefois tout étonné de voir le phagédénisme cesser comme par enchantement par suite d'un changement de médicament ou à la reprise d'un médicament employé autrefois inutilement.

Le phagédénisme tertiaire cédera quelquefois à l'emploi des modificateurs énergiques que nous venons de voir réussir contre le phagédénisme chancrelleux ; il se trouvera, dans quelques cas, mieux de l'usage de l'iodure à hautes doses, du sirop iodotannique du docteur Vidal que de celui du traitement mixte, des pansements antiseptiques, que des pansements mercurialisés. Un traitement reconstituant est toujours indiqué.

Les balanites légères cèderont facilement aux lotions avec une décoction émolliente ou avec l'eau boriquée suivies d'un pansement avec les poudres d'amidon, d'oxyde de zinc.

La balanite circinée se trouve bien des attouchements avec le nitrate d'argent au cinquantième ; la balanite pustulo-ulcéreuse cède rapidement aux attouchements avec la solution alcoolique d'acide phénique au dixième.

L'érosion herpétique disparaît en quelques jours, quand on la met à l'abri des causes d'irritation. Le retour des poussées d'herpès récidivant

©BIU Santé

est on ne peut plus difficile à prévenir; l'emploi de l'arsenic, et surtout une saison aux eaux, particulièrement aux eaux d'Uriage, paraissent être nos moyens d'action les plus actifs.

BIBLIOTHÈQUE

PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par P. DIDAY. — 3e édit.; Asselin et Houzeaux, Paris, 1890.

Puisque nous nous adressons ici aux praticiens, qu'il nous soit permis de leur signaler la 3e édition du livre de Diday. On y trouve une foule de conseils et d'appréciations très précieuses, ainsi qu'on devait en attendre de la longue expérience de ce maître, et toujours présentées avec l'entrain et la verve étincelante dont parle Fournier.

Tous les cas de la pratique courante sont exposés; mais ce n'est pas au préjudice des faits exceptionnels sur lesquels on trouvera des indications fort utiles à l'occasion : citerons-nous la gastropathie syphilitique, la syphilis du cœur, celle des parois vasculaires, une statistique des lésions tertiaires, l'étude de certaines syphilis totalement abandonnées à elles-mêmes, et, même dans ce cas, ces formes si importantes à connaître de *syphilis ébauchées* et guéries spontanément. L'auteur, toutefois, ne nous dit rien de la santé des épouses et des enfants de ces malades.

Même étude complète des autres maux ou troubles vénériens, depuis la spermatorrhée jusqu'à la chancrelle, ses complications, ses traitements suivant les sièges, voire les chancrelles de la face et des lèvres notamment, jadis si discutées.

La blennorrhagie est étudiée dans son ensemble comme dans ses détails. L'auteur disant n'avoir pas vu un seul cas de blennorrhagie anale, oserions-nous dire qu'il nous semble avoir observé récemment, à Saint-Lazare, un cas de blennorrhagie, non pas seulement anale, mais rectale. La scène se passe sur une jeune pervertie de 17 ans qui a des pertes purulentes exclusivement ano-rectales. Pour les expliquer, rien. Pas de diarrhée chronique; pas trace de rétrécissement ou de malformation; pas d'hémorrhoïde, de fistules, de fissures, de plaques, de végétations; pas d'autre lésion qu'un peu de rougeur et d'excoriation de la muqueuse rectale vue au moyen des écarteurs. Le pus, venant de très haut, recueilli avec soin, contenait des microbes en tout semblables aux gonococci (Darier). La malade, amenée à Saint-Louis, a été soumise à l'examen de Fournier et de ses assistants, puis guérie dans l'espace d'une vingtaine de jours au moyen de lavements au borax et de suppositoires à l'iodoforme. Nous nous contentons de soumettre ce fait à l'appréciation des observateurs. — Dr BARTHÉLEMY.

REVUE DES JOURNAUX

Une statistique des médications de la coqueluche. (*La Clinique*, 1890, 9.) — Dans le service de M. Baginski, on a employé, comparativement, contre la coqueluche, la résorcine, l'antipyrine, la cocaïne et les insufflations nasales. Voici les résultats que l'on a obtenus par chacune de ces médications :

1° Administrée à l'intérieur, sous forme d'une solution à 1 ou 1 1/2 p. 100, dont l'enfant ingérait une cuillère à dessert toutes les deux heures, la résorcine n'a produit aucun soulagement;

2° Les badigeonnages laryngiens à la cocaïne ont, dans 11 cas, paru diminuer le nombre et l'intensité des quintes. M. Baginski ne recommande pas ce traitement, à cause des dangers d'intoxication;

3° L'antipyrine ingérée par la méthode de Sonnenberg n'a procuré que des échecs. M. Baginski administrait, trois ou quatre fois par jour, autant de centigr. d'antipyrine que l'enfant comptait de mois ou autant de décigr. qu'il avait d'années. Chez 7 malades

BIU Santé

ainsi traités, il n'y eut ni atténuation de l'intensité des quintes, ni diminution de leur nombre;

4° Par la méthode des insufflations, les résultats furent meilleurs. 25 enfants furent soumis à des insufflations d'acide benzoïque finement pulvérisé, suivant le dernier procédé de Michaël; 17 furent améliorés dès les premiers jours et guérirent dans l'espace de un à trois septenaires. — P. N.

Urticaire de la langue, par le docteur Bock. (*La Clinique*, 1890, 18.) — Le nommé P..., âgé de 38 ans, est sujet depuis quelques années à de fréquentes attaques d'urticaire survenant soit spontanément, soit à la suite d'ingestion de moules. Il fit appeler le docteur Bock le 11 juin 1889. Ce dernier le trouva au lit, présentant une teinte légèrement asphyxique, respirant avec beaucoup de difficulté, avec tirage et expiration prolongée, comme s'il était atteint d'œdème de la glotte.

Il lui était impossible d'articuler le moindre mot. En ouvrant la bouche, on voyait la langue absolument tuméfiée, remplissant toute la cavité buccale et pouvant à peine être projetée à travers les arcades dentaires. Sa coloration était bleuâtre, brillante, luisante même; les papilles avaient disparu, les vaisseaux n'étaient plus apparents et l'aspect général était celui d'un œdème intense. Sa consistance était dure, élastique; il y avait de la douleur et de la cuisson, mais pas de chaleur anormale.

Le mal avait débuté subitement une demi-heure auparavant et le maximum d'intensité avait été atteint en quelques minutes. Rien ne pouvait expliquer cette apparition rapide : pas de morsure ni de piqûre par un insecte ou un objet quelconque.

La rapidité du développement de cet œdème, l'absence de tout traumatisme, l'aspect particulier de la langue, qui semblait prise en gelée, et la connaissance de fréquentes attaques d'urticaire chez ce malade, firent porter le diagnostic d'urticaire lingual et supposer un œdème de la glotte de même nature.

M. Bock ordonna un bain de pied chaud fortement sinapisé et fit une injection hypodermique de 1/2 milligr. d'atropine. La situation s'améliora peu à peu et, en deux heures, la respiration se fit plus facilement. Le gonflement de la langue disparut à la fin de la journée.

Les observations d'urticaire des muqueuses sont excessivement rares. Kaposi cite la muqueuse buccale, pharyngienne et l'épiglotte comme le siège de plaques ortiées pouvant amener des phénomènes d'asphyxie, mais l'urticaire aiguë de toute la langue n'a pas été signalé. — P. N.

Les doses et le procédé qui conviennent le mieux pour l'application du sublimé dans les formes différentes de la conjonctivite granuleuse, par Guaita. (*Annales d'oculistiques*, 1890, t. CIV, p. 89.) — Dans un travail paru en 1886, Guaita conseillait, pour combattre l'ophthalmie granuleuse, les badigeonnages journaliers des conjonctives palpébrales avec une solution de sublimé à la dose de 1/300 à 1/500 et les lotions répétées, de deux heures en deux heures, avec une solution à 1/700. Il déclarait cette médication utile dans toutes les formes de la maladie, et plus efficace que tous les autres remèdes. Dans son deuxième mémoire, l'auteur établit, comme dose moyenne pour les badigeonnages, et efficaces dans les formes diverses de granulation, la dose à 1 : 400, qui est bien tolérée. La dose pour les lotions, il la porte de 1 : 700 à 1 : 500. Les concentrations 1 : 200 et 1 : 100, adoptées par quelques auteurs, ont les inconvénients de l'application de substances caustiques, sans avoir l'avantage principal du sublimé, qui est celui de respecter l'intégrité de la muqueuse, du moins, de ne pas en hâter la désorganisation. Dans le but d'assurer une antisepsie rigoureuse, on peut fabriquer les pinceaux avec de l'ouate au sublimé, et les jeter après s'en être servi une fois. Dans les cas moins graves, un collyre au sublimé à 1 : 1,000 peut remplacer le badigeonnage. Il est utile surtout aux malades qui ne peuvent venir se faire traiter journellement et qui n'ont pas de complication cornéenne. — P. N.

©BIU Santé

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE (1er SEMESTRE 1890).

SOMMAIRE : L'aristol. — Traitement de l'ophthalmie purulente. — Colique hépatique et grossesse. — La non-toxicité du calomel en présence du sel marin.

Sur l'aristol. — M. BOYMOND : Messinger et Vortmann ont proposé l'annidaline comme succédané de l'iodoforme. Le docteur Goldmann a publié récemment un article sur un produit analogue, l'aristol, essayé par Eichhoff contre les maladies de la peau. D'après ce dernier auteur, l'aristol serait destiné à remplacer l'iodoforme, l'iodol et le sozoiodol, en raison de son innocuité, de son action énergique et de son absence d'odeur. Ce produit se forme à l'état de précidité rouge-brun volumineux et amorphe, quand on traite une solution aqueuse d'iode dans l'iodure de potassium par le thymol en dissolution dans la soude caustique.

L'aristol est un bi-iodure de dithymol, dans lequel l'hydrogène des deux hydroxydes du thymol est remplacé par deux équivalents d'iode. D'après Carius, il renferme 45,80 pour 100 d'iode. La préparation exige beaucoup de précautions pour obtenir un procédé toujours constant. Par la distillation avec la chaux, on obtient du dithymol. L'aristol est insoluble dans l'eau et la glycérine, peu soluble dans l'alcool et facilement soluble dans l'éther. La solution éthérée est précipitée par l'alcool. L'aristol se distingue par sa solubilité dans les huiles grasses; la solution doit être préparée à froid, la chaleur déterminant une décomposition, et elle doit aussi être conservée à l'obscurité dans des vases en verre noirci. L'aristol adhère bien à la peau, et il est très commode à employer sous forme de poudre, en applications sur les plaies et les brûlures. Il n'est pas absorbé par l'organisme et ne présente pas les propriétés toxiques de l'iodoforme.

Dans les mycoses, il agit aussi bien et plus rapidement que les agents connus, et il n'est pas irritant comme plusieurs d'entre eux.

L'aristol présente surtout un grand intérêt dans le traitement du psoriasis. Comme la chrysarobine, il est actif et inoffensif, et, à l'encontre de cette dernière, il ne colore pas la peau et ne provoque pas de conjonctivite.

Il surpasserait aussi tous les autres agents préconisés contre le lupus. Eichhoff se sert de la pommade suivante :

Aristol.....	3 à 10 grammes.
Vaseline.....	90 —

En applications sur les parties malades et enveloppement avec des feuilles de gutta-percha. Renouveler le pansement deux à trois fois par jour, après lavage au savon des parties malades.

L'aristol paraît devoir être signalé à l'attention du public médical, parce qu'il posséderait toutes les propriétés de l'iodoforme sans en présenter les inconvénients.

— M. Constantin PAUL a eu à traiter à l'hôpital, dans une crèche, un grand nombre d'enfants atteints d'ophthalmies purulentes.

Le traitement qu'il a adopté pour venir à bout de ces ophthalmies très rebelles n'est pas une nouveauté; mais ce qui en est peut être une, et ce sur quoi M. Constantin Paul veut appeler l'attention, c'est le procédé opératoire qu'il a adopté pour l'application de ce traitement.

Il emploie tout simplement les lavages fréquents et pratiqués largement. Ce sont les douches oculaires de Chassaignac. Celui-ci se contentait, pour les administrer, d'employer un entonnoir qu'il accrochait au-dessus de la tête de l'enfant et qu'il remplissait de la solution choisie pour le lavage; l'écoulement était réglé par un robinet. L'appareil était assez peu commode à manier.

M. Constantin Paul a adopté le dispositif suivant, qui lui donne les meilleurs résultats:

Il fait coucher l'enfant sur un oreiller, au bord d'une table, de façon que la tête penche au dehors. A cet oreiller il fixe, au-dessous de la tête, au moyen d'une compresse

©BIU Santé

maintenue par deux épingles, un entonnoir ordinaire, qui sert à recueillir l'eau ruisselant sur la figure après le lavage et à la conduire dans un seau placé près de la table. Par ce moyen, il évite de mouiller et de tacher les personnes et les objets voisins. C'est donc déjà un procédé propre.

Sur une planchette située plus haut que la tête de l'enfant, M. Constantin Paul dispose une bouteille renfermant la solution qu'il emploie; un tube d'ébonite recourbé y plonge, forme siphon, et conduit dans un tuyau de caoutchouc terminé par un petit tube de verre. Celui-ci est taillé, à son extrémité, en biseau, ou mieux en cure-dent. Il est, dès lors, très facile de régler à volonté la direction et l'intensité du jet de liquide. Le tube terminal donne un jet très fin et se manie à la main aussi aisément qu'un crayon; en un tour de main, avec un peu d'habitude, les deux conjonctives sont lavées, fouillées, en quelque sorte, par un jet aussi docile que le serait un crayon de caustique. Pour régler la force du jet, il suffit de tenir le tube plus ou moins verticalement, et l'on obtient ainsi la puissance que l'on veut.

La solution qu'emploie M. Constantin Paul est une décoction d'espèces aromatiques maintenu à la température de 25 à 35 degrés.

Les résultats sont excellents. En quelques jours, la conjonctive se déterge; et il achève la guérison au moyen du collyre suivant :

Tanin.....	1 gr. 50.
Eau bouillie.....	20 grammes.

M. Constantin Paul n'a insisté que sur le procédé opératoire qu'il a adopté. Il a ajouté que, pour éviter de voir le liquide couler de la face de l'enfant sur tout son corps, il avait primitivement entouré son cou d'un collier d'ouate; mais il y a renoncé, l'expérience lui ayant montré qu'avec une inclinaison suffisante de la tête on obtenait plus aisément le même résultat.

— M. Grellety a eu occasion, à diverses reprises, de soigner plusieurs dames qui avaient eu des coliques hépatiques pendant et après leur grossesse. Dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, leurs médecins habituels avaient pensé qu'une cure à Vichy était indispensable. Le traitement hydro-minéral, avec l'adjonction prudente de quelques pratiques externes, s'est montré non seulement d'une innocuité complète, mais encore d'une efficacité remarquable.

Une jeune femme de 25 ans, qui avait eu une première grossesse, affligée par de nombreuses crises hépatiques, m'a été adressée en juin par la docteur Lacaille, au troisième mois d'une nouvelle grossesse. La région hépatique était sensible et développée ; les yeux présentaient une teinte ictérique, etc.

C'était un avertissement dont les menaces furent promptement conjurées par la cure alcaline. L'accouchement a eu lieu depuis dans d'excellentes conditions; la mère et son rejeton n'ont pas cessé de se bien porter.

Dans un second cas, il s'agissait d'une cliente du docteur Lacoste, de Senonches, qui, après avoir eu des coliques hépatiques pendant sa grossesse, était restée jaune, ainsi que son enfant qu'elle allaitait. Elle fut envoyée à Vichy un mois après ses couches et elle ne tarda pas à blanchir ainsi que le bébé ; une petite rechute s'étant manifestée vers le douzième jour du traitement, la coloration safranée reparut aussi chez les deux, pour disparaître simultanément, ce qui établit bien l'influence maternelle. De pareils faits méritent d'être signalés, car il existe peu de documents sur la matière. Plusieurs accoucheurs qu'a interrogés M. Grellety, entre autres MM. Auvard et Loviot, lui ont dit ne pas avoir d'expérience sur ce point.

En dehors d'une thèse du docteur Nicolas et d'un mémoire du docteur Huchard, qui a recueilli une trentaine d'observations analogues, M. Grellety n'a pas trouvé de renseignements dans les ouvrages spéciaux, et il serait fort reconnaissant à ceux de nos collègues qui le peuvent de lui faire part de ce qu'ils ont appris à ce sujet. Personnellement, de ce qu'il a vu et lu, il croit pouvoir conclure que la cure complexe de Vichy peut être suivie avec avantage durant la gestation et la période de l'allaitement.

— M. Trasbot, au nom de M. Adam (d'Alfort), a donné lecture de la communication suivante :

©BIU Santé

La théorie de Mialhe, qui affirme la décomposition du calomel par les chlorures alcalins à la température du corps humain, a déjà été contestée par de nombreux travaux. MM. Leroy, Guibourt, Larocque, Jeannel, Jolly, Rabuteau, Blarez ont montré que cette décomposition est nulle, ou, du moins, que la quantité de mercure dissoute, toujours extrêmement faible, est la même en présence de l'eau pure qu'en présence de l'eau salée. Exception est faite pour le chlorhydrate d'ammoniaque, dont l'action n'est niée par personne, mais ce sel existe-t-il en quantité notable dans le système digestif?

Malgré ces expériences nombreuses, la théorie de Mialhe est admise et enseignée presque partout; on en fait mention, sans la réfuter, dans la plupart des ouvrages de chimie médicale. Toutefois, peu à peu, on devient de moins en moins affirmatif; cette transformation du calomel par les chlorures alcalins est, dit-on, fort limitée (on ne donne pas de proportion en général); il faut l'accès de l'air, ou bien il faut la présence de matières organiques, etc.

Les expériences qui suivent confirment une fois de plus les travaux des chimistes déjà cités, apportent une réfutation nouvelle à la théorie de Mialhe et montrent l'influence considérable du concours simultané de l'air et des matières organiques, conditions qui ne se rencontrent pas dans le tube digestif.

I. — On fait bouillir dans une capsule un litre d'eau avec 50 gr. de sel marin et 10 gr. de calomel. On remplace l'eau qui disparaît et, au bout de quatre heures, la liqueur ne renferme en dissolution que 75 centigrammes de mercure; mais une plus grande quantité a dû être dissoute, puis volatilisée, selon le phénomène bien connu, et on ne retrouve que 8,50 de calomel.

II. — Les mêmes quantités d'eau, de calomel, de sel, sont renfermées dans un flacon bouché. On agite fréquemment. Au bout de trois jours, on ne trouve dans la liqueur qu'une trace impondérable de mercure.

III. — L'expérience est faite comme en *I*, mais en remplaçant le chlorure de sodium par le chlorhydrate d'ammoniaque. Dans ce cas, une bien plus grande quantité de mercure (19,75 pour 100 au lieu de 6,40) est dissoute.

IV. — En faisant l'expérience en flacon bouché, on ne trouve au bout de trois jours que des traces de mercure solubilisé.

Prenons maintenant, comme réactifs, le suc gastrique, un aliment, l'animal vivant.

V. — On chauffe quatre heures à l'étuve à 38-40 degrés, dans une capsule, 1 gr. de calomel délayé dans le suc gastrique d'un chien. On trouve 50,40 pour 100 de mercure dissous.

VI. — Répétons la même expérience dans un flacon bouché, qu'on a soin d'agiter fréquemment; pas de trace de mercure en solution.

Remarquons que dans cette expérience, comme dans les expériences II et IV, l'eau employée n'a pas été bouillie; on a laissé quelques bulles d'air au-dessus du liquide; on s'est borné à supprimer le large accès de l'air; on s'est en somme placé dans des conditions qui se rapprochent de celles de l'organisme.

VII. — On chauffe, à l'étuve à 38°, 1 gr. de calomel, 5 gr. d'extrait de viande Liebig, 250 gr. d'eau. Au bout de quatre heures, 1 pour 100 du mercure est entré en dissolution.

VIII. — L'expérience précédente répétée en vase clos, ne donne pas trace de mercure dans la liqueur.

IX. — On administre à un chien 1 gr. de calomel. Immédiatement après, on lui donne sa soupe additionnée de 50 gr. de sel. On n'observe que les effets ordinaires du calomel. Cette expérience a été répétée avec le même succès sur plusieurs chiens, en portant une fois la dose de calomel jusqu'à 5 gr. (poids du chien, 26 kilogrammes).

Conclusion: A l'abri de l'air, même en présence de matières organiques la transformation du calomel en sublimé par le sel marin est absolument négligeable, et, si l'on ne juge pas nécessaire d'administrer ce médicament à jeun, peu importe que les aliments soient salés ou non; le chlorure de sodium n'est pas incompatible avec le calomel.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté sur le traitement curatif de la tuberculose, adressé par MM. G. Sée, Letulle et Marquézy ;

2° Un pli cacheté sur une nouvelle méthode générale de traitement de la phthisie, déposé par M. G. Sée ;

3° Une lettre de M. le docteur Hache, posant sa candidature au titre de correspondant national ;

4° Une note intitulée : « De la question de réceptivité du terrain humoral constitué par la vaccination, réceptivité qui paraît s'exercer en faveur des micro-organismes de la tuberculose », par M. le docteur Pierron ;

5° Un travail intitulé : « Contribution à la thérapeutique de la pneumonie délirante » ; par M. le docteur Durieu.

M. Dujardin-Beaumetz présente un appareil qui permet de faire respirer au malade l'air libre, tout en le laissant dans l'appartement.

M. Terrier montre un malade que l'on croyait atteint de *kyste du foie*, et chez lequel, malgré ses doutes, il fit une ponction qui resta blanche. De l'ictère se développa à la suite et, après plusieurs alternatives, finit par devenir inquiétant et entraîna la décoloration des selles et l'émaciation.

M. Terrier fit la laparotomie exploratrice. Il trouva simplement une congestion du foie et quelques indurations, dues à des ganglions, aux environs du duodénum. Une très petite fistule biliaire fut pratiquée, et, cinq jours après, les selles étaient colorées. Actuellement, le malade est guéri, mais perd encore un peu de bile par sa fistule.

C'est la première fois qu'une laparotomie a été faite pour examiner le foie. Elle a permis de s'assurer que l'organe ne renfermait pas de tumeur, que les voies biliaires étaient saines, sauf un peu de distension de la vésicule.

Aussitôt l'issue donnée à la bile, l'ictère a disparu et les fonctions digestives se sont rétablies. Probablement le facile écoulement a fait cesser le spasme des voies biliaires ou l'inflammation. Il se passe quelque chose d'analogue dans l'hypertrophie de la prostate lorsque l'on fait cesser la rétention en ponctionnant la vessie.

Dépopulation de la France. — M. Pamard (d'Avignon) partage l'avis de M. Rochard, qui conseille de chercher à diminuer le plus possible le nombre des décès. Dans son département, le chiffre des décès a dépassé, en 1889, le chiffre des naissances de 1,159 sur une population de 241,787 habitants. Cela tient à la mortalité énorme des enfants de 0 à 2 ans, qui est de 86 p. 100 par rapport à la mortalité totale.

Le plus grand nombre de ces décès d'enfants a lieu en juillet et en août.

L'orateur propose des modifications à la loi Roussel. Il faudrait communiquer, au Comité départemental, tous les documents ayant trait au service, lui laisser établir le budget nécessaire à l'application de la loi, lui donner le droit de présentation pour les quatre membres d'œuvres charitables.

Le recrutement des commissions locales devrait être surveillé, et l'initiative de ces dernières augmenté. Le nombre des états à fournir par les médecins devrait être diminué, et il faudrait les autoriser à faire convoquer, une fois par mois, les nourrices et les nourrissons à la mairie, avec la commission locale. L'inspecteur départemental devrait être docteur en médecine. Enfin il serait bon d'autoriser le Comité départemental à réunir, quand il le jugera utile, tous les médecins inspecteurs,

©BIU Santé

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 30 octobre 1890. — Présidence de M. Polaillon.

Note sur la fièvre intermittente chez les enfants de Paris. — M. le docteur Périer donne lecture d'une note qui est le résumé de faits dont la plupart ont été observés avec le docteur Jules Simon. Elle tend à établir que cette maladie, plus fréquente à Paris qu'on ne le croit généralement, atteint surtout les enfants et particulièrement ceux du premier âge. Il faut distinguer soigneusement la fièvre intermittente vraie, avec gonflement constaté de la rate, de celle qui pourrait être symptomatique d'une autre affection, comme la tuberculose, par exemple.

Indépendamment des cas sporadiques qui sont observés chaque année dans divers points de la ville où on exécute des travaux de terrassement et de voierie, M. Périer signale, comme cause permanente d'empoisonnement palustre, pour les enfants du voisinage du Parc Monceau, la présence, dans ce parc, d'un véritable petit marais.

Il établit que la fièvre intermittente, qui peut revêtir chez l'enfant les formes aiguë, chronique et larvée, devient rarement pernicieuse, sans doute parce que, si ces petits êtres doivent à la richesse de leur système lymphatique une puissance d'absorption considérable qui les expose davantage à l'action des poisons zymotiques en général et du poison palustre en particulier, ils lui doivent aussi une plus grande facilité d'élimination de ces mêmes poisons.

Le secrétaire général-adjoint, Dr G. Crouigneau.

FORMULAIRE

Traitement de la plique. — Juhel-Rénoy.

On coupe les cheveux, et on pratique des lavages réitérés de la tête avec de l'eau savonneuse et avec de la décoction de bois de Panama. S'il existe des lentes ou des poux, on s'adresse aux parasiticides; si, au contraire, c'est l'impétigo, l'acné sebacea qui paraissent devoir être incriminés, le traitement sera dirigé contre ces affections. — La prophylaxie de la plique consiste à faire pénétrer dans les masses des notions d'hygiène vulgaire, à répandre l'emploi du peigne, à proscrire l'usage des graisses et des bonnets à demeure. En effet, la plique est la résultante d'une foule de conditions multiples, au premier rang desquelles il faut placer la phthiriase, l'impétigo du cuir chevelu, l'acné sébacée, les parasites végétaux, tels que le tricophyton, le favus, qui, germant en liberté sur une tête non peignée, déterminent l'intrication connue sous le nom de plique. — 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.

— Le conseil général des Facultés a repris ses séances mensuelles à la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard. Il a réglé l'ordre de ses travaux et nommé M. Milne-Edwards son rapporteur général.

Plusieurs doyens se sont plaints de l'insuffisance des sommes mises à leur disposition. M. Brouardel a fait entendre des doléances très vives sur la situation où se trouve la Faculté de médecine dans ses nouveaux bâtiments, dont le chauffage et l'éclairage seuls absorbent presque toutes les ressources. Il est alloué 13,000 francs pour cet objet à la

©BIU Santé

Faculté de médecine, elle en dépense plus de 53,000, soit un déficit de 40,000 francs; lorsque tous les services fonctionneront, les dépenses de chauffage et d'éclairage monteront à plus de 90,000 francs.

— Par suite du décès de M. Moreau-Marmont, le mouvement suivant vient d'avoir lieu dans le service des dentistes des hôpitaux de Paris :

M. le docteur Th. David passe de la Pitié à la Charité;

M. le docteur Brochard-Bigaud est nommé dentiste des hôpitaux et prend le service de la Pitié.

Concours public pour trois places de médecin du dispensaire a Lyon. — Le concours s'est ouvert le 27 octobre à l'Hôtel-Dieu sous la présidence de M. P. Rougier, président du conseil d'administration du dispensaire général, et, après de fort brillantes épreuves, s'est terminé par la nomination dans l'ordre suivant de MM. les docteurs P. Lacour, Loison et Adenot.

Le jury était composé de MM. les docteurs Clément, Girin, Horand, Leclerc, Mayet, Mollière et Rebatel.

La première épreuve a consisté en un mémoire sur la « Pneumonie des vieillards », et la seconde en une consultation écrite sur deux malades atteints d'affections médicales.

Les épreuves terminées, M. le Président a souhaité la bienvenue aux élus et a exprimé en excellents termes la statisfaction du jury.

Nous joignons nos félicitations aux siennes, et nous félicitons également le corps médical du dispensaire de savoir se recruter si heureusement, par la voie du concours, parmi les sujets les plus distingués qui sortent de l'internat des hôpitaux. (*Lyon médical.*)

Banquet de l'internat. — Le banquet annuel de la Société des anciens internes des hôpitaux de Lyon a eu lieu le 20 octobre dans les salons de Casati. Le nombre des convives a été de 171, supérieur à celui des années précédentes; inutile d'ajouter que la plus franche cordialité a régné parmi ces anciens camarades venus de tous les points et heureux de passer ensemble ces quelques bonnes heures qui rappellent les beaux jours de la jeunesse. Au dessert, M. Bondet, président, a porté à l'internat, à son passé et à son avenir un toast chaleureux et plein de cœur, qui a été salué par de chaleureux applaudissements. Après lui, M. Ygonin, président d'honneur, a porté au nom de nos doyens un toast au vieil internat. Les élections ont constitué le bureau ainsi pour le prochain exercice :

Président d'honneur, M. Chassagny; président actif, M. Bondet; secrétaire, M. Mouisset; trésorier, M. J. Audry; assesseurs, MM. Rodet et Gangolphe (L.) (*Lyon médical.*)

— Un concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Lille, à Lyon et à Bordeaux le 20 novembre prochain, et à Nancy, à Paris et à Montpellier, le 25 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès, qui pourront être déclarés admissibles, est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy et Montpellier.

Les candidats devront adresser leur demande, sur papier timbré, au ministère de l'intérieur, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, premier bureau, de manière à ce qu'elle y soit parvenue dans la journée du 10 novembre prochain, avant cinq heures, dernier délai de rigueur.

Cette demande, qui devra indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours, devra être accompagnée des pièces ci-après :

1° Acte de naissance;

2° Certificat constatant que le candidat a accompli le stage d'une année au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé ou consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme interne nommé au concours dans un hôpital;

3° Diplômes, états de services, distinctions obtenues.

Les candidats qui seront autorisés par le ministre de l'intérieur à prendre part au prochain concours en seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet du lieu où siégera le jury d'examen et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

©BIU Santé

Hôpitaux de Rouen. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Petitbon, Dacheux, Martin, Leblond et Levillain.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Les prix Godard ont été décernés comme suit :

Prix des docteurs stagiaires : M. Cassaët.

Prix des thèses de l'année : médaille d'or, M. Sigalas; médailles d'argent, MM. E. Bilot et Roux; médailles de bronze, MM. Archambault, Audebert, J. Chabrely, Labougle, Lequinquis, Lafaye, Roy et Vaton.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Pépin (A.), Ozoux, Petit, Daraignez, Matignon, Pépin (J.), Favraud, Baleste-Marichon, Lafarelle, Riffé et Guérin.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Dubois, professeur au lycée d'Amiens, est chargé d'un cours de physique à l'Ecole de médecine de cette ville.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra dans l'amphithéâtre de l'admission ses leçons cliniques le dimanche 9 novembre 1890, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les leçons auront pour objet, cette année, l'étude de l'alcoolisme et plus particulièrement de son influence sur les maladies mentales.

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon reprendra ses conférences sur la thérapeutique infantile, le mercredi 19 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Tous les samedis, consultation clinique.

Maladies des yeux. — Le docteur A. Dehenne a repris ses conférences de clinique ophthalmologique à sa clinique, 24, rue Monsieur-le-Prince, le mardi 4 novembre, à deux heures, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Examen des malades tous les jours de deux à trois heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Leroy, médecin en chef de la maison d'Ecouen.

Société de médecine de Paris. — Séance du 8 novembre 1890. — *Ordre du jour :* Communications diverses.

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus de cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Le traitement de la tuberculose par la vaccination. — III. Revue des journaux : Extrait de cactus grandiflorus dans le traitement des maladies du cœur. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

BULLETIN

La guérison de la tuberculose.

A voir l'activité fébrile qui s'empare de tous ceux qui s'occupent de cette importante question et le mystère dont ils entourent leurs recherches, il semblerait qu'on touche à sa solution. Déjà des résultats encourageants ont été annoncés par M. le professeur Grancher et par M. Koch au Congrès de Berlin, mais le dernier mot n'a pas été dit. Koch, à ce Congrès, a dit qu'il avait trouvé des substances qui réussissent à arrêter le développement du bacille tuberculeux non seulement *in vitro*, mais encore dans le corps des animaux. D'après lui, des cobayes, qui sont très prédisposés à la tuberculose, résisteraient, grâce à cette substance, à l'inoculation du virus tuberculeux et ceux qui sont atteints d'une tuberculose déjà avancée pourraient en être guéris, sans que cette substance ait une autre influence sur l'organisme.

Quelle est cette substance? Koch ne l'a pas dit, et on ne peut qu'approuver sa réserve ; on aurait même souhaité qu'il poussât cette réserve jusqu'à ne rien dire à cet égard, car beaucoup d'espérances se sont fait jour, qui

FEUILLETON

CAUSERIE

J'ai rapporté dans une de mes précédentes *Causeries* le récit d'un accident arrivé à M. Rouvier, ministre des finances, à la suite duquel accident le médecin ordinaire du ministre a appelé à la rescousse un rebouteur, qui a remis immédiatement les choses en place, grâce à un massage savant.

Le *Scalpel* de Liége, commentant ce récit, nous apprend qu'au même moment le ministre de la justice de Belgique se blessait au genou, et il célèbre sa rapide et radicale guérison, survenue grâce aux soins éclairés d'un *restaurateur* ardennais, qui lui a massé l'articulation. Et notre confrère ajoute :

« N'en déplaise à l'*Union médicale*, qui commente cet incident, nous admirons fort la modestie, la sagesse et le désintéressement de ce médecin auquel M. Rouvier avait sottement fait l'honneur de confier son pied.

« Conscient de son ignorance en matière chirurgicale, et exempt des vulgaires préjugés de la gent médicale, ce docteur ministériel a préféré appeler à son aide un rebouteur fort entendu dans la pratique du massage, que de s'exposer à compromettre la guérison de son patient. De la sorte, non seulement sa responsabilité et les intérêts de

©BIU Santé

pourraient bien être déçues. Cependant, venant d'un savant de la valeur et de la prudence de Koch, qui n'a jusqu'ici rien avancé qui n'ait été reconnu vrai, sauf peut-être en ce qui concerne la vaccination charbonneuse, une pareille assertion peut être considérée comme reposant sur des bases sérieuses. On aurait bien voulu en savoir davantage, et les reporters se sont mis en campagne pour tâcher de connaître l'alpha et l'oméga des expériences de Koch, mais ils n'ont pu rien savoir. Le secret était bien gardé, et, à part les quelques personnes qui ont aidé directement M. Koch dans ses expériences sur les animaux ou dans les cliniques de Berlin sur les malades, personne ne sait rien, et ceux qui savent ne veulent rien dire, d'accord en cela avec le maître, qui est bien décidé à ne sortir de son mutisme que lorsqu'il aura une certitude absolue.

En attendant, les commentaires vont leur train. Un journaliste, probablement vexé, a fait courir le bruit que les expériences, favorables *in vitro* et *in anima vili*, s'étaient montrées défavorables chez l'homme, et que la fameuse substance sur laquelle comptait le savant allemand n'avait aucune action sur la tuberculose humaine. Toute la presse française l'a enregistré, cela va de soi. Mais peut-être n'est-ce qu'un faux bruit. Des nouvelles plus récentes semblent démontrer qu'en haut lieu on est suffisamment renseigné pour compter sur un succès. En effet, nous trouvons, dans une correspondance adressée de Berlin au *Bulletin médical*, les lignes suivantes :

« Pour permettre à M. Koch de noter le moment où il jugera sa méthode suffisamment perfectionnée pour être publiée, le ministre de l'instruction publique l'a dispensé, pendant le semestre prochain, de faire son cours sur l'hygiène.

« Avant les vacances, on agitait à Berlin, dans les sociétés savantes, la question des hôpitaux spéciaux pour les phthisiques ; il y a une quinzaine de jours, la discussion devait être reprise devant la Société de médecine interne ; elle ne l'a pas été et le président de la Société, M. Leyden, a déclaré : « Que la commission nommée n'avait pas à s'occuper pour le moment de la question des hôpitaux spéciaux pour les phthisiques, parce que le Congrès

---

son illustre malade ont été sauvegardés, mais encore tout reproche de « s'être jeté au pied » de celui-ci a été évité.

« C'est d'ailleurs une leçon bien méritée que celle que viennent de nous donner ces deux illustres blessés. Car on ne peut nier que nous ne fassions tout notre possible pour vanter et mettre en évidence l'adresse incontestable de certains charlatans, dont les succès finissent à la longue par nous mettre de méchante humeur. »

Et notre confrère continue sur ce ton, en s'appuyant sur des motifs parfois très bons, pour démontrer que si les charlatans ont tant de notoriété, c'est parce que les médecins ne veulent ou ne savent pas masser, électriser, hypnotiser, arracher les dents, etc. Et il conclut en disant que « le véritable moyen de combattre les rebouteurs, c'est de les poursuivre sur leur propre terrain, de leur tailler une concurrence qui ruine leur crédit. »

Mais c'est justement parce que les choses se passent ainsi à Paris que j'ai cru devoir blâmer la conduite du médecin qui, au lieu d'appeler en consultation un chirurgien, s'est contenté d'appeler à son aide un rebouteur. Notez que, d'une manière générale, je ne trouve pas mauvais qu'un médecin se fasse aider par un plus petit que soi, de même que par un plus grand. De même qu'il peut avoir recours à un oculiste, à un laryngologiste, à un dentiste, je ne trouve pas mauvais qu'il fasse de même quand il a besoin d'un ventouseur, d'un masseur ou d'un pédicure. Mais encore faut-il qu'il ait préalablement fait le diagnostic de l'affection pour laquelle il demande un collaborateur. Pour M. Rouvier, par exemple, le médecin ordinaire était-il sûr de son diagnostic quand il a

©BIU Santé

international avait donné l'impression qu'on se trouvait au début d'une ère nouvelle extrêmement heureuse en ce qui concerne le traitement de la tuberculose.

« Ce dernier incident suffit à faire comprendre quel est, à l'heure actuelle l'enthousiasme de nos voisins pour la découverte encore inédite de Koch. »

Je ne sais si nous aurions le même enthousiasme dans le cas où la découverte de la guérison thérapeutique de la tuberculose serait faite par un médecin français, mais c'est bien probable, étant donné celui qui a accueilli la découverte de la guérison de la rage par M. Pasteur. Mais à quelque nationalité qu'appartienne cet heureux savant, nous ne pourrons que nous en réjouir, car la question est de celles qui intéressent à un degré bien plus élevé encore que celle de la rage, l'humanité tout entière. — L.-H. P.

Le traitement de la tuberculose par la vaccination.

Nos lecteurs ont vu que R. Koch avait annoncé au Congrès de Berlin qu'il était arrivé à des résultats encourageants dans le traitement de la tuberculose, à l'aide d'une méthode sur laquelle il gardait le silence, attendant la confirmation de sa découverte de l'expérience. Depuis quelques jours, ainsi que le dit dans son *Bulletin* notre confrère M. L.-H. Petit, les journaux politiques annoncent : les uns, que R. Koch a été forcé d'interrompre ses expériences, qui ont été divulguées trop tôt; les autres, qu'il va se retirer de l'enseignement et que le gouvernement allemand a l'intention de lui accorder les fonds nécessaires pour la construction d'un Institut analogue à celui de Pasteur.

Avant que sa découverte, si tant est qu'il puisse la mener à bien, ne soit publiée *urbi et orbi* à son de trompe, il est nécessaire d'insister sur ce point que, le 19 novembre 1889, MM. J. Grancher et H. Martin ont fait déposer sur le bureau de l'Académie un pli cacheté où il était consigné que, par un mode de traitement, ils avaient réussi à arrêter pendant longtemps l'évolution

---

fait appeler un masseur? De quoi s'agissait-il? D'une entorse simple, ou d'une entorse avec fracture du péroné? Et que s'en est-il suivi? Le *Temps* nous a dit à cette époque que la guérison avait eu lieu en vingt-quatre heures. Or, malgré cette assertion, M. Rouvier est encore souffrant et on dit que c'est des suites de la chute qu'il a faite il y a un mois. Qu'a donc fait de si merveilleux ce rebouteur? N'aurait-on pas mieux fait d'appeler un chirurgien en consultation?

C'est que précisément voici où nous en sommes. Nos chirurgiens actuels, je parle des jeunes, ne dédaignent pas, quoi qu'en pense notre collègue de Liége, de masser les fractures et les entorses. Depuis plusieurs années, ils le font couramment dans leurs services hospitaliers et dans leurs clientèles, comme en témoignent de nombreux articles de journaux et plusieurs thèses soutenues à la Faculté de médecine. De plus, quelques internes des hôpitaux, désireux de poursuivre les charlatans sur leurs propre terrain, comme le demandait notre collègue, et ne dédaignant nullement d'imiter leur pratique, en l'améliorant toutefois à la lueur d'un diagnostic plus éclairé, se sont adonnés à la spécialité du massage. Si le médecin de M. Rouvier eût été au courant de la science, qui donc l'eût empêché d'agir suivant la pratique actuelle et, au lieu de demander aide et assistance à un rebouteur, de s'adresser à un de ses confrères ou de ses maîtres?

Les spécialités médicales commencent heureusement à devenir l'apanage des docteurs en médecine, qui s'y adressent encore avec hésitation, je l'avoue, mais qui, je l'espère, y entreront plus nombreux de jour en jour. Il faut les encourager à persévérer dans

©BIU Santé

de la tuberculose expérimentale sur le lapin. Ils ont récemment fait connaître à l'Académie des sciences le résultat de leurs recherches, qui ont été poursuivies sur le lapin. La voie d'inoculation a été l'injection intra-veineuse, car on obtient ainsi, avec certitude, une tuberculose qui tue dans un temps court et à peu près fixe, avec des lésions constantes du foie, de la rate et du poumon, et qui échappe à tout traitement local.

1° *Traitement de la tuberculose expérimentale après infection.* — MM. J. Grancher et H. Martin ont toujours procédé d'après un plan uniforme. Lapins traités et lapins témoins étaient inoculés en même temps dans la veine de l'oreille avec la même quantité d'une culture virulente délayée dans un peu d'eau stérilisée. Le poids de chaque animal était pris chaque jour et guidait dans l'application du traitement.

Dans les deux dernières années, le traitement a été expérimenté sur 42 lapins, dont 15 témoins et 25 traités, en diverses séries. Les résultats ont été, d'une manière générale, conformes à ceux de la série suivante, où le traitement a été efficace chez tous les lapins traités.

Le 31 décembre 1889, sept lapins reçurent dans la veine de l'oreille la même quantité d'une culture très virulente. Le lapin témoin mourut le 23 janvier, 23 jours après l'inoculation. 5 des lapins traités ont vécu 120, 170, 176, 184 et 189 jours. Le sixième vivait encore 229 jours après l'inoculation. L'autopsie fut presque négative : rate petite et foie sain, sans bacilles tuberculeux ; il n'y avait dans les espaces portes péri-lobulaires que quelques cellules embryonnaires, trace du processus tuberculeux en voie de guérison.

2° *Vaccination contre la tuberculose expérimentale.* — MM. J. Grancher et H. Martin se sont appliqués à obtenir des virulences graduées jusqu'à la perte même de la virulence et, quoique cette échelle n'ait rien de mathématique, elle est suffisante toutefois pour être utilisée à peu près comme le sont les moelles stérilisées dans la méthode de M. Pasteur par le traitement de la rage.

Si l'on désigne sous le nom de virulence n° 1 les cultures les plus viru-

---

cette voie, et je ne doute pas qu'un jour viendra où toutes les branches de l'art de guérir seront occupées par les médecins.

***

L'article auquel je viens de faire allusion se termine par la phrase suivante : « Le bon public est plus clairvoyant que nous ne nous plaisons à le croire, et, entre un médecin et le plus habile rebouteur, il n'hésitera plus dans son choix, quand les intérêts de sa santé et de sa bourse seront en jeu. »

J'ai vu ces jours-ci une demoiselle atteinte depuis plusieurs mois d'un spina ventosa pour laquelle elle s'est mise entre les mains d'un des plus habiles rebouteurs de Paris, parce que le doigt affecté est dépourvu de tout mouvement. Cet habile rebouteur massait depuis six semaines ce doigt. Or, dans ce doigt, il n'existe plus que la peau et les parties molles, recouvrant un amas de fongosités et de pus ; les phalanges ont complètement disparu. Voulez-vous me dire ce que peut bien avoir fait le massage sur ce sac rempli de tissu tuberculeux. Voulez-vous me dire aussi où vous voyez là dedans une preuve de cette clairvoyance du bon public, dont fait évidemment partie cette malade, et comment elle a pu concilier ainsi les intérêts de sa santé et de sa bourse.

Les charlatans sont en grand renom, parce qu'ils font beaucoup de bruit autour de leurs succès et beaucoup de silence autour de leur insuccès ; ou plutôt, ils excellent à rejeter ceux-ci sur le compte des médecins qui, avant ou après eux, ont eu la mala-

lentes qui tuent le lapin, par injection intra-veineuse, en 15 jours ou un mois, les virulences 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 seront successivement décroissantes. Ces dernières cultures du n° 10 et n° 7 inclusivement, réensemencées, ne se développent plus; elles sont sans effet sur les lapins. Les virulences 2 et 3 sont mortelles, mais avec des échéances variables, selon la résistance de l'animal. Ces échéances sont variables, à plus forte raison, avec les virulences 4, 5 et 6.

Une des premières séries remonte au 27 août 1889. Ce jour-là, 5 lapins reçurent, dans la veine de l'oreille, chacun une demi-seringue de Pravaz de culture très affaiblie à virulence n° 6. Le 3 septembre, les mêmes lapins reçurent la virulence n° 3 et le 12 septembre encore la même culture n° 3; puis le 26 septembre la virulence n° 2 et enfin le 15 octobre la virulence n° 1. Le même jour furent inoculés, en même temps que les lapins vaccinés, trois lapins témoins.

Ceux-ci moururent les 28 octobre, 2 novembre et 5 novembre, avec les lésions classiques de la tuberculeuse expérimentale : rate énorme, foie muscade, poumons bourrés de granulations tuberculeuses. Parmi les vaccinés, 3 moururent, en même temps que les témoins, les 21 et 26 octobre et le 3 novembre, avec les mêmes lésions. Mais deux résistèrent : l'un jusqu'au 17 décembre, l'autre jusqu'au 7 janvier 1890. Ils succombèrent avec des lésions tuberculeuses légères.

Cette tentative ayant paru donner un résultat partiel, malgré l'insuffisance de la vaccination, qui ne comportait que des cultures affaiblies 6, 3, 3 et 2, avant la culture très virulente, les auteurs firent de nouvelles séries en multiplant les cultures vaccinales et en s'arrêtant à la virulence n° 2. Ils obtinrent ainsi de très bons résultats. Des animaux inoculés avec la culture n° 2, mortelle, vivaient encore sept mois après l'inoculation.

Dans une dernière série, MM. J. Grancher et H. Martin vaccinèrent 11 lapins par les cultures n°s 6, 5, 4, 3 et 2 du 30 janvier ou 25 mars; et, le 10 avril, ces 11 lapins vaccinés reçurent, en même temps que 2 témoins, la culture n° 1. Les témoins moururent les 3 et 10 mai, soit vingt et un et

---

chance de soigner des cas auxquels ni les uns ni les autres ne comprenaient rien. Nous connaissons tous des histoires à l'appui de ce qui précède.

*
* *

Après avoir morigéné autrui, je vais me morigéner moi-même.

Dans ma précédente *Causerie*, j'ai rapporté, d'après divers journaux politiques et le *Mercredi médical*, l'histoire d'une dame russe qui, après avoir été opérée à moitié par un de ses compatriotes, vint se faire achever, j'entends jusqu'à guérison complète, par notre excellent ami Terrillon. La forme que j'ai donnée à ma dernière phrase a pu faire croire à plusieurs de nos lecteurs que je pensais que M. Terrillon pourrait bien avoir inspiré à l'auteur de l'article l'idée et les moyens de le faire.

Qu'ils me permettent de les détromper. Renseignements pris, l'auteur de l'article, quelque peu étudiant en médecine et journaliste quand même, a trouvé le récit du fait dans le n° 5 des *Bulletins et mémoires* de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, devant laquelle M. Terrillon l'a communiqué en avril dernier. Il l'a trouvé drôle, et en a fait un bout de chronique, après l'avoir déshabillé assez maladroitement, mais pouvant être intéressant sous sa forme humoristique. S'il l'a publié, ce n'était pour être ni agréable ni désagréable à M. Terrillon, mais parce qu'il pensait que le fait devait être considéré comme un succès à inscrire à l'actif de la chirurgie française.

On ne peut que le féliciter de cette idée patriotique, mais qu'il sache bien que cela fait

©BIU Santé

trente jours après l'inoculation d'épreuve. Les 11 vaccinés résistèrent bien d'avantage : 2 moururent les 16 et 26 juin ; 2 les 7 et 29 juillet ; 4 les 4, 7 et 9 août. 3 vivaient encore plus de quatre mois après l'inoculation la plus virulente.

Nous laissons la parole à MM. Grancher et Martin pour leurs conclusions :

Nous croyons, disent-ils, avoir réussi, d'une part, à donner aux lapins une résistance prolongée contre la tuberculose expérimentale la plus rapide et la plus certaine, et, d'autre part, à leur conférer, contre la même maladie, une immunité dont il reste à déterminer la durée.

Les résultats obtenus par M. R. Koch, sur les cobayes, l'ont été, très vraisemblablement, par des méthodes et des procédés différents des nôtres, puisque, au moins en ce qui concerne la vaccination, M. Koch n'y fait aucune allusion. Il est donc permis d'espérer que nous aurons, quelque jour, plusieurs moyens de combattre efficacement le bacille tuberculeux.

P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Extrait de cactus grandiflorus dans le traitement des maladies du cœur. — Depuis quatre ans, le docteur J. E. Engstad a prescrit un grand nombre de fois l'extrait de *cactus grandiflorus* pour combattre les affections cardiaques, et par suite de cette expérience, il compte beaucoup plus sur cet agent thérapeutique que sur la digitale dans les cas de trouble fonctionnel du cœur.

1. Un jeune étudiant en droit éprouvait des palpitations, soit pendant la marche, soit pendant ses exercices au gymnase. Etant debout, son pouls offrait une intermittence tous les trois battements. Dans la position assise, le pouls manquait à chaque quatrième pulsation. Etendu horizontalement, il ne ressentait aucune suffocation comme lorsqu'il était debout, et alors les battements du cœur étaient réguliers. Notre confrère lui fit prendre l'extrait aqueux de cactus grandiflorus, à la dose de quinze gouttes, trois fois

---

toujours un peu de tort à ceux qui sont en cause. Nos jeunes et vieux chirurgiens le savent si bien que je ris encore de ce que j'ai vu ces jours derniers.

J'allais voir un de mes amis, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté, à l'heure de sa consultation. Je rencontre d'abord dans son escalier un monsieur d'assez piètre mine, d'allure distinguée toutefois, qui descend sans se presser, comme quelqu'un qui prend son temps, puis le domestique de mon ami, qui dégringole les marches quatre à quatre. Tous deux remontent ensuite, après un court échange de paroles, et nous arrivons tous trois en même temps à la porte de mon ami qui, assez agité, me fait entrer dans son cabinet pendant qu'il parlemente avec l'autre visiteur.

Quelques minutes après, il me rejoint, l'air plus calme. « Mon cher, me dit-il, je viens d'avoir une peur bleue. La personne que vous venez de voir est un pauvre diable de journaliste que j'ai soigné et dont j'ai refusé les honoraires, qu'il ne m'offrit d'ailleurs que.... timidement. En s'en allant, il me dit : « Docteur, je saurai m'acquitter envers vous! Sur le moment, sa réponse m'a paru une banalité, je n'y ai pas fait attention, puis l'idée m'est venue que sa manière de s'acquitter pourrait bien être de parler de moi dans un journal, et c'est alors que j'ai lancé mon domestique à sa poursuite. Heureusement il l'a rencontré, et je n'ai qu'à m'en féliciter, car c'était bien là son idée. J'ai eu toutes les peines du monde à lui faire comprendre qu'il voulait me faire le plus grand tort. Il ne cessait de me répéter : « Mais, docteur, cela vous fera connaître! Cela vous amènera des clients plus rémunérateurs que moi, etc. » J'ai dû couper court à son envie de

©BIU Santé

par jour. Le trouble fonctionnel du cœur disparut rapidement. Quelque temps après ce mode de traitement, il y eut une rechute, et le même médicament amena promptement la guérison. Il n'y avait pas de lésion organique.

2. Le docteur Engstad rapporte un cas d'épanchement dans le péricarde, qui, après avoir résisté aux traitements habituellement employés en pareil cas, a cédé à l'emploi du cactus. Le malade se considérait comme complètement guéri, lorsqu'un charlatan lui affirma qu'il n'avait jamais eu une maladie de cœur, et que ce qui lui convenait c'était un travail violent.

Le docteur Engstad et d'autres médecins lui avaient recommandé le contraire. Au bout d'une semaine de ce travail, notre confrère appelé auprès du malade trouva une dilatation considérable, une respiration laborieuse, une physionomie pâle et anxieuse ; le pouls était faible et ne donnait que 32 pulsations par minute ; mais il était régulier. Il prescrivit l'extrait de cactus pour combattre l'état de débilité du cœur, indépendamment du traitement général réclamé. Les conditions normales de la fonction du cœur se sont rétablies et le malade a repris ses forces naturelles.

3. Une dame de 35 ans présentait un cas de pneumonie typhoïde qui traînait. Le cœur était devenu très faible, la digitale et la strychnine avaient été administrées sans aucun avantage. L'emploi de la préparation de cactus produisit promptement une stimulation salutaire. La malade se rétablit complètement.

4. Dans la convalescence de la fièvre typhoïde, ce médicament est précieux lorsque le cœur donne des symptômes de défaillance. Un malade était devenu si faible dans un cas de ce genre et son cœur etait tellement impuissant qu'une syncope était imminente pour peu qu'il levât la tête au-dessus de son oreiller ; cet état alarmant fut combattu avec succès par l'extrait de cactus.

5. Ce médicament est indiqué spécialement contre les désordres fonctionnels, par exemple, dans l'angine de poitrine, dont on peut le considérer à peu près comme le spécifique. Contre cette affection, il a toujours réussi jusqu'à présent entre les mains de l'auteur.

La dose normale est de 8 à 10 gouttes de l'extrait aqueux, trois fois par jour. (*The Thér. Gaz.*, 15 septembre 1890).

Les faits qui précèdent suffisent pour donner une idée des circonstances pathologiques dans lesquelles l'extrait aqueux de cactus grandiflorus peut être appliqué avec chance de succès et se montrer supérieur aux autres agents thérapeutiques. Ce qui importe, c'est que le praticien qui le prescrit soit assuré de la véritable nature du produit phar-

---

m'être utile en lui demandant, comme un grand service, de ne rien faire. J'espère qu'il m'obéira, quoi qu'il n'ait pas compris. »

Pour revenir au fait de M. Terrillon, le mari n'était rien dans la cure chirurgicale. Le chirurgien russe avait fait une incision exploratrice dans un ventre ascitique ; ayant trouvé une tumeur qu'il pensa inopérable, il referma le ventre. Dix-huit mois après — et non quarante-huit heures — la dame vint à Paris, et c'est alors que, soignée par M. Terrillon, elle fut opérée d'une tumeur végétante des ovaires. De cela, le reporter étudiant en médecine avait fait un canard, dont il a pris le squelette dans un journal médical.

Et maintenant, passons à autre chose.

***

Bien que le *Mercredi médical* ait été la cause, involontaire d'ailleurs, de l'erreur que je viens de réparer, je continue à le lire avec profit.

A propos de la dépopulation de la France, notre confrère nous apprend ce qui se passe au Japon touchant la grave question de la repopulation.

« Il y a d'abord, dit notre spirituel et anonyme confrère, sur les tremblements de terre au Japon et leur rôle dans la natalité considérable de ce pays, une doctrine japonaise que nous avons lue il y a quelques semaines dans le *Temps*. Ce pays est, paraît-il, agité tous les trois ou quatre jours par des secousses, peu intenses d'ailleurs, et qui se

©BIU Santé

maceutique et de sa parfaite préparation, ce médicament étant peu connu, surtout en France. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 octobre 1890. — Présidence de M. Abadie.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit les journaux et revues de la quinzaine.

M. Duroziez : Nous avons l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de médecine de Paris le *Traité clinique des maladies du cœur*, dont nos collègues connaissent à peu près le contenu. La plupart de nos travaux sont venus ici; quelques-uns ont précédé notre entrée dans la vieille Société; ainsi, nos premières études sur la digitale, avec le concours de Bouillaud, de Gubler et de Quévenne, récompensées du prix Corvisart en 1853; ainsi, le double souffle crural comme signe de l'insuffisance aortique publié dans les *Archives générales de médecine* de 1861; ainsi, le rétrécissement mitral publié dans les *Archives* de 1862. Le rétrécissement mitral pur date de 1877 et a été publié dans les *Archives*. Ici, nous avons donné pour notre réception, en 1867, un travail sur les maladies du cœur et de l'aorte d'origine saturnine; plus tard, en 1873, un mémoire sur l'influence des maladies du cœur sur la grossesse et son produit.

Tout cela est dans notre *Traité*, où vous trouverez une étude répétée des maladies des veines, sur lesquelles nous avons insisté ici, jusqu'à vous en lasser. Les veines doivent être examinées avec le même soin que les artères. Les jugulaires traduisent l'état des cavités droites, comme la radiale le fait pour les cavités gauches. Elles sont moins explorées, parce qu'elles se refusent au sphygmographe.

Le sang ne recule jamais, avance toujours, dans l'état physiologique, grâce à une suite de valvules et de sphincters dont nous avons présenté la description à l'Académie des sciences, insistant sur les sphincters de l'oreillette droite. Le professeur Bouchard a présenté à l'Académie des sciences notre travail sur le sphincter du trou ovale chez le fœtus. Nous avons lu, à l'Académie de médecine, une étude sur la danse jugulaire chlorotique.

---

produisent le plus souvent la nuit. Pourquoi la nuit de préférence? Mystère que la science laisse dans l'ombre. Les simples — et je suis de ceux-là — disent que dans le jour on s'en aperçoit beaucoup moins. Mais les Japonais, adorateurs des forces de la nature, voient dans ce fait une marque de sa prévoyance. Ils l'expliquent d'une manière un peu risquée, si risquée même que j'oserais à peine traduire leur version, si, par une étrange coïncidence, elle ne rappelait un des préceptes de la doctrine évangélique : « Le but de la vie, disent-ils, est d'avoir beaucoup d'enfants. Or, ce n'est pas chez les gens qui dorment du soir au matin qu'on trouve les nombreuses familles. » A voir la marmaille qui grouille dans les maisons, les Japonais, grâce aux tremblements de terre sans doute, doivent s'éveiller souvent. Mais il faut peut-être que la secousse soit modérée pour avoir cet effet aphrodisiaque, et nous doutons que le récent tremblement de terre de Menton et de Nice ait eu des résultats analogues.

Mais il serait bien simple de provoquer de petits tremblements de terre anodins, capables seulement de réveiller les gens sans les effrayer outre mesure comme ceux de Nice et de Menton.

Il y a quelque temps, j'ai lu dans un journal américain qu'un savant du pays avait imaginé de faire pleuvoir à volonté en faisant éclater, dans la région choisie, des ballons chargés de substances détonantes. Celles-ci ont le pouvoir d'ébranler fortement les couches de l'air, d'y rassembler les nuages, etc., qui crèvent alors en pluie. Recommandé aux pays chauds, où l'on reste des mois sans voir un nuage au ciel.

Pourquoi ne ferait-on pas aussi des tremblements de terre factices en faisant éclater

©BIU Santé

Cette préoccupation du système veineux nous fait admettre l'angio-sclérose au lieu de l'artério-sclérose trop restreinte. L'angio-sclérose succède souvent à l'angiocardite rhumatismale, qui est le danger du rhumatisme articulaire aigu plus que la lésion des jointures. Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie de rétrécissement qui ne rétrécit pas seulement les orifices du cœur, mais aussi tous les organes qu'il sclérose et cirrhose, foie, reins, rate, etc. Le caillot fourni par la saignée est rétréci.

Les reins ne sont pas seuls atteints et pas toujours les premiers. Notre président Abadie a insisté sur la lésion oculaire précédant la lésion rénale et a annoncé l'albuminurie plus tardive. On ne voit que l'albuminurie, on en est aveuglé. Tout le système vasculaire est atteint; les oculistes voient plus vite aux yeux que les chimistes dans l'urine. Les yeux sont des réactifs d'une sensibilité exquise.

Si le rhumatisme articulaire aigu lèse ainsi le système vasculaire, il doit être combattu de suite par un traitement énergique. En attendant qu'on trouve son microbe, on fera bien de ne pas se contenter des salicylates et du salol, qui ont la vertu de calmer les douleurs; on s'adressera au traitement de Bouillaud et de Hope, aux saignées, aux ventouses scarifiées, aux vésicatoires, aux mercuriaux. La digitale, la plante du cœur, viendra plus tard et rendra service; il ne faut pas en abuser, il faut être toujours derrière elle, ne pas la quitter des yeux. Les Anglais l'ont compris; ils l'appellent foxglove, le gant de renard.

A la fin de notre traité, nous avons réuni en 30 pages le diagnostic des lésions du cœur. Dans le numéro du 25 octobre 1890 de l'*Union médicale*, nous avons donné la statistique des maladies du cœur dans tous les services des hôpitaux civils de Paris pendant les mois d'août et de septembre 1890; nous avons établi la proportion des différentes formes dans 250 cas; nous sommes arrivé à des résultats imprévus. Personne ne s'est jamais livré à cette investigation. Nous avons ajouté nos recherches sur les maladies des enfants, parues trop tard pour figurer dans le traité. Le rétrécissement mitral n'est pas une rareté chez eux; nous parviendrons à trouver la genèse du rétrécissement mitral pur qui nous préoccupe.

M. LE PRÉSIDENT : Nous remercions M. le docteur Duroziez de son bel ouvrage sur les maladies du cœur.

La Société de médecine de Paris est particulièrement heureuse de cette publication; car c'est ici même qu'ont été présentés et discutés les mémoires si personnels et si

---

sous terre, dans les égouts par exemple, un certain nombre de canons? De cette façon, nos ménages seraient réveillés de temps en temps, aux saisons propices, vers le mois de mai par exemple, et notre population en bénéficierait dans des limites que je n'ose prévoir.

SIMPLISSIME.

TRAITEMENT DE LA CONTUSION DU POUMON. — Picqué.

Si la contusion est légère, on maintient le malade au lit, dans un repos absolu, on applique loco dolenti des ventouses scarifiées, on pratique des injections sous-cutanées de morphine, et on immobilise le thorax à l'aide d'un bandage de corps. — Dans les cas graves, pour parer aux accidents immédiats, tels que le collapsus et l'hémorrhagie, on réchauffe le malade au moyen de frictions, de manuluves chauds; on provoque une révulsion énergique à l'aide de sinapismes, de ventouses sèches, de la ventouse de Junod; on pratique des injections sous-cutanées d'éther. — A l'intérieur, glace, perchlorure de fer à la dose de 10 à 20 gouttes dans un verre d'eau sucrée. — Injections sous-cutanées d'ergotine de Bonjean ou d'ergotinine de Tanret. — Immobilité et silence absolus, le malade étant couché, le thorax un peu relevé, dans une position intermédiaire entre l'horizontale et la situation assise. — Si la contusion du poumon se complique d'emphysème, d'hémothorax, de pleurésie ou de pneumonie, recourir au traitement de chacune de ces complications. — N. G.

©BIU Santé

originaux, qui forment le fond de ce Traité clinique. Nous espérons que le grand public médical lui fera aussi bon accueil et saura rendre justice à son auteur.

— M. Wickham, secrétaire, donne lecture d'une note envoyée par M. Nicolas au sujet de son projet de langue internationale :

« Monsieur le président et cher confrère,

« Le *Bulletin* de notre Société ayant paru pendant la saison thermale, c'est aujourd'hui seulement que j'ai pu prendre connaissance du « Rapport de M. Collineau sur le projet d'adoption d'une langue internationale », rapport dont j'ignorais, d'ailleurs, l'existence. Je demande à la Société la permission d'y faire une courte réponse.

Ce n'est pas dans le but d'entamer une discussion sur une question absolument en dehors de notre programme.

C'est encore moins pour défendre le système que j'ai mis en avant, bien plutôt dans le but de présenter, du premier coup, le sujet sous toutes ses faces, qu'avec la prétention de faire adopter cette ébauche, ce squelette de langue. Je ne fais même aucune difficulté de reconnaître qu'en présentant le « taureau par les cornes » j'avais de grandes chances d'effaroucher mon public, mais j'avais aussi l'avantage de déblayer le terrain pour l'avenir, et, comme il m'était facile de discerner « le courant d'opinion qui, de prime abord, suivant notre confrère, se fit jour au sein de la Commission », c'est à quoi je me suis attaché exclusivement dans le cours de la discussion, malgré les avis prudents de notre collègue le docteur Guelpa, le seul qui m'ait soutenu.

Il ne s'agit donc pas de réveiller cette discussion : il est bien évident que le public médical français s'en désintéresse, et qu'il serait inutile de tenter aujourd'hui de lui prouver que la langue française n'a pas toutes les qualités requises pour constituer une langue internationale d'usage courant.

Mais il est important, dans l'intérêt de la science, de ne pas abandonner les positions conquises. Nous sommes, de par le monde, une douzaine d'hommes de bonne volonté, qui *rêvons* de pourvoir l'humanité civilisée d'un moyen de relations intellectuelles qui lui manque. La preuve que ce n'est pas là une « utopie », c'est que votre rapporteur concède lui-même qu'une langue commerciale est possible. En tout cas, comme il n'est entré dans l'esprit d'aucun inventeur de langues contemporaines de sacrifier les langues nationales, nous estimons que notre but est noble et notre entreprise éminemmen libérale.

En premier lieu, il faut que nos collègues le sachent : l'invention, d'ailleurs très remarquable, et l'adoption, si restreinte qu'elle doive être, du volapük constituent un progrès immense dans l'espèce. Ce que les savants de plusieurs siècles et M. Collineau ont jugé et jugent irréalisable est réalisé : *on correspond en volapük*. Qui on ? demanderez-vous. — Bien entendu, les volapükistes, c'est-à-dire des gens de toutes les nationalités du monde, qui ne se connaissent que par leur annuaire et qui ont, de la sorte, une langue commune beaucoup plus facilement maniable qu'aucune des langues nationales, bien que celles-ci soient plus familières à chacun d'eux et plus riches d'expressions.

En second lieu, M. Collineau s'étonne de ma « candeur » quand je « rêve de fonder, sous le titre dès lors un peu ambitieux de : *Langue scientifique internationale artificielle* », quelque chose qui « ne saurait être rien de plus, au demeurant, qu'un jargon ».

C'est que nous ne nous entendons pas sur la valeur de ce mot jargon. En fait, je serais aussi embarrassé de le définir que M. Collineau lui-même. Si l'on entend par jargon une langue sans grammaire, c'est-à-dire sans inflexions grammaticales, sans formes grammaticales synthétiques, etc., l'anglais peut passer pour un jargon; cependant je pense que notre collègue s'en contenterait comme langue scientifique. Voilà ce que nous entendons par jargon, et c'est une erreur de croire que les inflexions grammaticales et les formes synthétiques de la déclinaison et de la conjugaison (*amavi* pour *j'ai aimé ; — domi* pour *de la maison*) ajoutent à la netteté et à la précision du langage. C'est le contraire qui est la vérité.

Notre savant confrère me fournit lui-même la réponse à son objection. « Nous sommes, dit-il, loin du temps où les fortes têtes de la Sorbonne traitaient avec dédain Ambroise

©BIU Santé

Paré, pour ce que cet infime barbier, qui n'avait pas eu l'heur d'être élevé au collège des révérends pères de la Foi, avait le mauvais goût d'écrire, en bon et clair français, des œuvres magistrales ». Remplacez, dans cette citation, la Sorbonne par Collineau et Ambroise Paré par Nicolas, et vous aurez la cause entendue.

Sauf un point, toutefois : Notre langue peut-elle être aussi « bonne et claire » que l'était le français de Paré? Assurément, s'il nous fallait pour cela un passé, une littérature et de quoi « éclipser la mémoire de Shakespeare, de Gœthe, de Hugo », comme nous le demande votre rapporteur, l'entreprise serait véritablement irréalisable. Elle le serait également, s'il fallait que notre langue eût « évolué », que, « née du génie de la race qui doit en faire usage, elle *ait*, de même que la civilisation au sein de laquelle elle a cours, son âge de formation, son âge de croissance, son âge de plénitude (?) et son âge de vétusté, de décadence ». Mais tout cela, heureusement, est absolument inutile. « Rien ne se crée, tout se transforme, dit encore M. Collineau ». Mon Dieu, je le veux bien : que la vapeur soit une transformation de l'eau et la machine à vapeur une transformation de la bouillotte, je n'en disconviens pas; mais nous ne prétendons pas créer autrement qu'en transformant des mots et des syllabes, sans même créer nos lettres. « Consacrer ses efforts à *créer* une langue est vouer, dites-vous, ses efforts à un inévitable avortement ». Mais, encore une fois, le volapük existe et fonctionne! Et je pourrais citer une demi-douzaine de langues récentes artificielles qui sont très pratiques et peuvent supporter la comparaison avec la meilleure des langues parlées.

Je ne nie pas les avantages d'un passé traditionnel; mais si je disais que la grande difficulté dans la *fabrication* (M. Collineau voudra bien me pardonner mon mot auquel je tiens) d'une langue, c'est la traduction des expressions figurées, de ces *tropes* dont nous nous sommes gaussés jadis; si je vous le disais, me trouveriez-vous assez candide!

Est-ce la peine de parler de la prononciation? J'ai dit maintes fois pour quels motifs je n'y attache qu'une médiocre importance. Pourvu que les règles de la prononciation soit nettement établies et que les lettres aient une valeur constante, l'uniformité absolue de prononciation n'est pas indispensale. Est-ce que tous les Français prononcent leur langue de la même manière? Prenez les mots *juin, lundi*..... Est-ce que nous ne comprenons pas les étrangers qui écorchent notre langue, de même qu'ils nous comprennent lorsque nous écorchons la leur?

Reste l'objection de la flexibilité, de la variabilité de la langue artificielle. Elle variera trop, dit-on, et aucune académie ne suffirait à la fixer. A cet égard, on apprécie mal la mobilité de la langue. S'il est vrai que Molière ne comprendrait pas dix lignes d'une page actuelle de la *Revue scientifique*, il est vrai aussi que nous comprenons aisément les auteurs du XVIIe et même du XVIe siècle, et que la langue a véritablement peu changé depuis Malherbe : Trois cents ans de fixité, c'est plus qu'il ne nous en faudrait!

Et qu'on ne s'y trompe pas : l'évolution de nos langues imprimées sera beaucoup plus lente que l'évacuation des vieilles langues sauvages que personne n'écrit.....

Je termine là ma réponse, en priant la Société de m'excuser d'introduire au *Bulletin* un sujet qui devrait lui demeurer étranger. J'espère qu'on ne verra dans ma démarche que l'intérêt de la science en général et de la médecine en particulier.

« Veuillez agréer, Monsieur le président et cher confrère, mes salutations cordiales.

« Dr Ad. Nicolas »

— M. Collineau répond. (Sa réponse paraîtra dans le procès-verbal suivant.)

— M. Polaillon fait une communication sur la *cure radicale des hernies*. (Sera publiée.)

M. Tissier : Je demanderai à M. Polaillon quelles sont, dans cette opération, les chances de mortalité? C'est-là dessus que le médecin est souvent consulté et appelé à donner son avis.

M. Polaillon : Actuellement la mortalité est une chose exceptionnelle. Dire qu'il n'y a plus de mortalité, serait une exagération; mais on est en droit d'affirmer que les chances de mort sont minimes. Le grand accident à craindre, c'est la péritonite septique. Or, elle ne survient plus que très exceptionnellement, lorsque l'on prend les précautions opératoires que j'ai indiquées.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

©BIU Santé

COURRIER

Faculté de médecine de Nancy. — En exécution de l'arrêté ministériel du 15 mai 1852, des concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Nancy :

1° Le vendredi 19 décembre 1890, à huit heures du matin, pour la place de chef de clinique médicale;

2° Le lundi 22 décembre 1890, à huit heures du matin, pour la place de chef de clinique ophthalmologique.

La durée des fonctions est de trois ans et le traitement annuel est de 1,200 francs pour la clinique médicale, et de 1,000 francs pour la clinique ophthalmologique.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, à la condition qu'ils soient docteurs dans les six mois.

La place de chef de clinique est incompatible avec celles de chef des travaux, de préparateur et d'aide dans les différents laboratoires.

Les épreuves sont au nombre de trois :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent; cinq heures sont accordées pour la rédaction;

2° Une leçon clinique, d'une durée d'une demi-heure au plus, sur deux malades appartenant à la spécialité, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades;

3° Une épreuve pratique d'anatomie et d'histologie pathologique pour la clinique médicale, et une épreuve pratique de médecine opératoire, pour la clinique ophthalmologique. La durée de cette épreuve sera fixée par le jury.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine avant le lundi 15 décembre 1890, à quatre heures. Ils auront à produire leur acte de naissance dûment légalisé, leur diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Blaise-Honoré Théus, ancien maire de Draguignan, le 30 octobre 1890, à l'âge de 84 ans.

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs A. Boissard et G. Lepage commenceront, le lundi 10 novembre, un cours théorique et pratique d'accouchements.

Ce cours gratuit aura lieu tous les jours à cinq heures dans la salle des conférences de l'Association des étudiants, 41, rue des Ecoles.

Il sera complet en 30 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 10 novembre 1890, 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 (juillet). — M. le professeur Brouardel : Observations médico-légales au sujet de la communication de M. le docteur Vibert, sur la mort consécutive à l'emploi de moyens abortifs. — M. Motet : Faux témoignages des enfants. Rapport médico-légal. — Communications diverses.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

UMU 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Sur le traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale par la ligature élastique perdue. — II. Thérapeutique : Traitement de la chloro-anémie. — Digitale et Digitaline. — Indications thérapeutiques. — III. Revue des cliniques : Des hémorrhagies en gynécologie et leur traitement. — IV. Bibliothèque : Manuel d'asepsie. — V. Académies et Sociétés savantes : Société médicale des hôpitaux. — VI Formulaire. — VII. Courrier.

Sur le traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale par la ligature élastique perdue

Par L.-G. Richelot.

Le traitement des fibromes utérins a subi, dans ces dernières années, de nombreuses vicissitudes, et nos idées sur ce point sont en pleine évolution.

L'électricité est un bon palliatif, mais qui, malgré l'enthousiasme de ses défenseurs, ne peut suffire à tous les cas. La castration ovarienne a des indications nombreuses; elle est efficace, et souvent — pas toujours — d'une grande simplicité. Il faut naturellement la choisir, mais à cette double condition que certaines dispositions anatomiques des fibromes ne la rendent pas illusoire, et qu'on ne soit pas guidé par la peur de l'hystérectomie, dont le pronostic est, à l'heure où nous sommes, très heureusement amélioré.

Celle-ci, en effet, n'est plus un épouvantail, et sa gravité ne dépasse pas sensiblement celle de l'ovariotomie. Voilà une proposition qui peut sembler, encore aujourd'hui, paradoxale; pour moi, elle exprime la vérité, et j'espère contribuer à en faire la démonstration.

L'opération est cependant plus laborieuse; les premiers temps, l'extraction de la masse hors de l'abdomen, sont assez difficiles, et peuvent l'être sérieusement. Sans doute, il y a des kystes de l'ovaire adhérents et dangereux; mais il y en a aussi d'une simplicité parfaite, et c'est un type qui n'existe pas dans l'hystérectomie. Voilà tout, un peu plus de travail et de dextérité. Mais par où différaient essentiellement les deux opérations? Qui faisait l'hystérectomie plus grave d'une façon générale, en dehors des complications? Le traitement du pédicule, question résolue depuis longtemps pour l'une, toujours douteuse et controversée pour l'autre.

Jusqu'ici, malgré le désir que nous avions d'arriver à traiter le pédicule utérin comme celui de l'ovaire et à l'abandonner pour fermer le ventre, le procédé de Schrœder et ses dérivés n'offraient pas une sécurité suffisante, et presque toujours nous fixions le pédicule à l'extérieur. Aujourd'hui, au contraire, je suis partisan résolu de la méthode intra-péritonéale, grâce au procédé de la *ligature élastique perdue*.

C'est un procédé employé çà et là par divers opérateurs, mais sur lequel l'opinion générale est encore loin d'être fixée. Je l'ai mis en pratique, pour ma part, depuis deux ans; mon collègue Terrillon en avait déjà obtenu de bons résultats; tout récemment, M. Hector Treub

©BIU Santé

(de Leyden) a lu à la Société gynécologique de Paris un mémoire qui vient à l'appui de nos idées. La description que je donnerai diffère de la sienne par des nuances d'importance secondaire.

La ligature élastique se fait avec un cordon plein ou un tube, tel qu'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge. Le premier, paraît-il, a moins de résistance, parce qu'il n'est pas toujours vulcanisé jusqu'au centre.

L'utérus muni de ses fibromes étant sorti de la plaie, on jette le lien élastique autour du segment inférieur, au-dessous des ovaires, en prenant le bord supérieur du ligament large; on l'étire fortement, on croise les deux chefs en avant, on les fixe au moyen d'un clamp. L'hémostase étant assurée, c'est le moment d'enlever la masse fibreuse par quelques coups de bistouri; j'ai l'habitude de couper d'abord à une certaine distance de la ligature pour me débarrasser rapidement de la tumeur, puis, le moignon étant saisi avec des pinces-érignes, je le façonne tout à mon aise. La ligature est serrée davantage, s'il le faut, les chefs sont unis solidement par un fil de soie, le clamp est enlevé. J'excise les dernières portions de fibromes qui généralement n'envahissent pas le segment inférieur; de telle sorte que la section définitive, pratiquée à une petite distance du lien élastique, montre le tissu du col et au centre la muqueuse utérine.

On a dit que ce traitement ne pouvait convenir qu'aux pédicules minces. Mais si, par hasard, le fibrome descend jusque dans le segment inférieur, il me semble qu'on peut toujours l'énucléer, pour évider le pédicule et l'amincir. J'ai toujours pu, jusqu'à présent, réduire le volume du moignon et obtenir, en fin de compte, une section de petit diamètre; une seule fois, il avait 6 centimètres dans tous les sens.

Un point essentiel, c'est de ne pas saisir la vessie avec le lien élastique, car elle adhère au segment inférieur et monte avec l'utérus quand on l'attire au dehors. Une sonde, introduite par le méat, permet de reconnaître sa limite supérieure. Le lien peut être placé tout près d'elle sans la gêner; s'il tend à glisser sur elle, on peut la décoller en incisant un peu le revêtement péritonéal, ce qui n'a pas d'inconvénient.

Une fois, j'ai vu le bord supérieur du ligament large s'échapper de dessous la ligature, et la section des vaisseaux ovariens donner du sang; aussi ai-je coutume de passer à droite et à gauche, à travers le pédicule, un fil de soie plate qui pénètre obliquement sous la ligature pour sortir au-dessus et fixer le bord supérieur du ligament large. D'autres coupent ce ligament et le serrent dans un fil avant de placer le cordon élastique.

La surface de section exige un traitement particulier. Il faut détruire le bout de muqueuse utérine qui dépasse la ligature et dont la sécrétion pourrait infecter le péritoine; il suffit d'y plonger deux ou trois fois la pointe du thermo-cautère. Dans un cas, n'ayant pas l'instrument sous la main, j'ai enlevé la muqueuse au bistouri et touché la place avec la solution phéniquée forte; une autre fois, j'ai enlevé à la curette et au bistouri une couche de fibrome ramolli qui occupait le centre du moignon. Ensuite, je passe le couteau rougi sur la tranche utérine; je ne crois pas utile de la saupoudrer d'iodoforme.

Abandonné à lui-même, le pédicule retombe dans la cavité pelvienne. Reste à faire la toilette du péritoine, et, comme dernière précaution, à disposer l'intestin de manière qu'une anse ne soit pas prise et comprimée derrière le moignon. Après avoir étalé l'épiploon, je l'amène jusque sur la tranche utérine, qu'il sépare de la masse intestinale.

©BIU Santé

Que devient la ligature élastique? Ordinairement elle s'enkyste ; elle s'élimine quelquefois *par le museau de tanche*. Une de mes malades l'a rendue après un an, une autre au bout de cinq mois. Cela tient sans doute à ce qu'elle coupe entièrement la paroi utérine ; tandis que des adhérences se font à l'extérieur et limitent le foyer, elle se trouve libre dans la cavité cervicale qui n'est pas aseptique, et sort en fin de compte avec la suppuration.

Je ferai maintenant une revue rapide des observations que j'ai recueillies depuis deux ans, soit à l'hôpital Tenon, soit en ville. Et d'abord, une série de treize cas heureux. Dans les trois premiers, il n'est pas question de ligature élastique perdue ; si j'en parle néanmoins, c'est qu'il est utile de les comparer aux autres.

Chez les deux premières malades, j'ai fixé le pédicule à la paroi abdominale avec des broches, comme j'en avais antérieurement l'habitude. Toutes deux ont eu de la fièvre ; l'une a éliminé lentement son pédicule, l'autre a eu un sphacèle rapide avec suppuration abondante et accidents assez graves pendant quelques jours. Chez la troisième, fibrome volumineux inclus dans un ligament large, opération laborieuse, pédicule utérin lié avec trois fils de soie et fixé à la lèvre gauche de la plaie abdominale ; en somme, ligature perdue et traitement intrapéritonéal. Les fils de soie pouvaient convenir ici, parce que j'avais un pédicule très mince ; encore n'osai-je pas l'abandonner complètement. Mais le premier pas était fait ; à dater de ce jour, j'ai adopté franchement la méthode intrapéritonéale.

Dans les dix faits suivants, j'arrive bientôt, après quelques tâtonnements, à un manuel opératoire entièrement conforme à la description générale que j'ai donnée plus haut. Les cas varient, plusieurs sont laborieux, trois au moins présentent les plus grandes difficultés de la chirurgie abdominale : adhérences étendues à l'intestin grêle, trompes énormes, enclavement et adhérences dans le petit bassin. Une malade a un gros kyste intra-ligamenteux, collé à l'utérus. Chez une autre, un kyste ovarique anciennement rompu adhère si bien par toute sa surface, non seulement à l'utérus, mais à l'intestin et aux profondeurs pelviennes, que j'hésite un instant à poursuivre l'énucléation ; pour un cas de ce genre, il y a quelques années, nous aurions fait certainement « l'ovariotomie incomplète ». Et cependant, chez toutes ces malades, un fait m'a frappé : c'est la facilité de la guérison. Elles n'ont pas semblé courir de véritables dangers, elles ont esquivé les longueurs et les ennuis de l'élimination du pédicule, de la suppuration, du cratère que forme la cicatrice ; leur situation s'est dénouée plus vite qu'après l'application de la méthode extrapéritonéale. Enkystée ou éliminée après quelques mois, la ligature élastique ne crée pas de nouveaux périls ; elle tient solidement, elle est d'une efficacité absolue contre l'hémorrhagie, elle est à la fois le plus simple et le plus sûr des traitements intra-péritonéaux.

Etudions maintenant trois cas de mort qui viennent faire ombre au tableau, mais dont l'analyse confirme, plutôt qu'elle ne l'affaiblit, la conclusion précédente. Il serait d'une parfaite injustice de considérer les seize faits que j'ai recueillis depuis deux ans comme une statistique dans laquelle l'emploi d'une certaine méthode m'aurait donné trois échecs.

Je trouve d'abord que le premier n'a pas les caractères d'un insuccès opératoire. La malade portait un énorme kyste ovarique multiloculaire, un utérus bourré de fibromes et gros comme une tête d'adulte, le tout pesant

©BIU Santé

vingt kilogrammes. Opérée dans un état de cachexie profonde qui donnait tout à craindre, elle a bien été pendant deux semaines, puis, sans fièvre, sans nul accident lié directement à l'intervention, elle a continué de s'affaiblir, de ne pouvoir s'alimenter, et finalement a succombé le quarantième jour, quand la période chirurgicale, pour ainsi dire, était passée. Il faut bien nous attendre à faire des opérations qui ne réussissent pas, quand nous intervenons trop tard chez des femmes épuisées. Il s'agit, en ce moment, de comparer la gravité de l'hystérectomie à celle d'une opération dont personne ne conteste la valeur, l'ovariotomie. Or, dans les conditions où cette malade se trouvait, l'ablation d'un kyste ovarien n'offre pas de meilleures chances que celle d'un fibrome. La malade avait, d'ailleurs, l'un et l'autre.

Dans le second cas, après une opération très difficile, tout marche bien pendant trois jours, puis la malade succombe, le cinquième jour, à une occlusion intestinale, sans douleur vive et sans fièvre. On trouve un léger degré de péritonite adhésive, localisée à la fin de l'intestin grêle ; par malheur, une anse agglutinée aux autres est coudée brusquement : au-dessus, l'intestin est distendu par les matières et les gaz, au-dessous il est vide et rétracté. Je me suis repenti de n'avoir pas fait une laparotomie secondaire. Il s'agit là d'un accident rare, mais il peut survenir après toute opération laborieuse ; il ne faut donc mettre en cause ni l'hystérectomie ni le traitement du pédicule. Celui-ci, pas plus que dans l'observation précédente, n'a suscité le moindre danger.

Dans le troisième cas, fibrome volumineux, douleurs excessives liées à des complications anatomiques de toutes sortes, hypertrophie des annexes, adhérences pelviennes et intestinales. La malade avait maigri et perdu de ses forces depuis trois ans, et déjà, à cette époque, un chirurgien de Paris n'avait pas osé l'opérer. Néanmoins, il n'y avait pas de contre-indication positive ; l'opération a très bien marché, et il a fallu, pour me faire manquer le but, une congestion pulmonaire expliquée, jusqu'à un certain point, par les antécédents. Là encore, j'ai joué de malheur.

En résumé, j'ai fait trois opérations graves, parce qu'il y aura toujours, en chirurgie abdominale, des opérations graves. Il y aura toujours des malades qui nous consulteront tardivement, des dispositions anatomiques imprévues, des systèmes nerveux frappés de déchéance. Les chirurgiens les plus heureux ne sont pas toujours ceux qui esquivent les responsabilités, mais les statistiques vierges sont celles dont le hasard ou une volonté prévoyante a éloigné les cas trop dangereux.

Ce qui importe, en examinant mes treize cas heureux, c'est de constater la bonne tenue du pédicule, la sécurité que donne la ligature élastique perdue, la facilité de la guérison. Ce qui importe, en examinant les trois échecs, c'est de reconnaître que l'insuccès tient à des circonstances d'ordre général, et non pas à une gravité particulière de l'hystérectomie ou de la méthode suivie dans le traitement du pédicule. Cette analyse étant faite, je ne suis pas loin d'avoir démontré ce que j'avançais tout d'abord, à savoir que le pronostic de l'hystérectomie abdominale — sauf un peu plus de labeur, et par suite quelques aléas — ne diffère pas sensiblement du pronostic de l'ovariotomie.

©BIU Santé

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la chloro-anémie.

« *Le but le plus désirable*, dit GUBLER, *quand on se propose la guérison de la chlorose et « de l'anémie, est de faire absorber aux malades, sous de petites masses, la plus grande « quantité possible de substance métallique. Il est donc inutile d'introduire en même temps « des proportions d'acide considérables; aussi les composés qui ne renferment qu'un chiffre « minime de fer devront être évités.* **Le fer métallique pur** *est, sous ce point de vue, « préférable aux sels* (1).

(Leçons de Thérapeutique.)

Cette manière de voir, partagée maintenant par la grande majorité des praticiens, permet d'apprécier la valeur thérapeutique des divers ferrugineux : 1° Les **Sels de fer** (voir le tableau) renferment des quantités de **fer utile** très faibles par rapport aux quantités d'acide inutile et même nuisible, pouvant produire de l'irritation des voies digestives et *même de la diarrhée comme le protoxalate de fer;* 2° les **peptonates et albuminates** de fer ne sont en réalité que des mélanges mal définis et à propriétés inconstantes de peptone ou albumine avec des traces de chlorure de fer (voir Répertoire de pharmacie, novembre 1888); 3° l'**Hémoglobine** n'est autre chose que du sang desséché contenant à peine des traces de fer, c'est-à-dire un produit à peu près inerte, dont il faut donner des quantités considérables jusqu'à *10 grammes* par jour (DUJARDIN-BEAUMETZ et YVON). Un seul ferrugineux, le plus simple de tous, puisqu'il n'est autre que le **fer métal à l'état de pureté**, est resté au-dessus de toute discussion. Ce fer, découvert par **QUEVENNE**, pharmacien en chef de la Charité, et introduit par lui dans la thérapeutique, présente les avantages suivants qui, depuis quarante ans, ont été confirmés par l'*Académie de médecine de Paris* et par les essais cliniques des *professeurs Chomel, Trousseau, Bouchardat, Gubler*, etc.

1° Pris au moment des repas, le **FER QUEVENNE** *se dissout dans le suc gastrique* **quel qu'en soit l'acide** *et lui cède, à dose égale, plus de fer que n'importe quel autre ferrugineux; 2° il agit à doses très petites en raison de sa pureté; 3° il ne détermine aucune irritation des voies digestives, aucune action astringente et caustique comme les sels de fer; 4° il n'a aucune saveur d'encre ni aucune action sur les dents; 5° il active la sécrétion du suc gastrique, augmente l'appétit et accélère la digestion.*

Le Fer Quevenne s'administre à la dose d'une mesure (0 gr. 10) par jour, moitié à chaque repas dans un peu d'eau, de potage, de purée. Pour les enfants, un tiers de mesure à chaque repas suffit généralement.

Ces considérations s'appliquent au **vrai Fer Quevenne** et non aux fers réduits des pharmacies, qui contiennent jusqu'à 50 p. 100 de sulfure, phosphure, arséniure de fer, cuivre, etc., causes des renvois nidoreux, crampes et autres inconvénients.

Nous avons visité l'Usine de Saint-Denis, où se prépare le Fer Quevenne, et nous avons été surpris de la complexité des opérations nécessaires pour obtenir un produit chimiquement pur. La préparation de l'oxyde de fer exempt de sulfates, de l'hydrogène purifié, enfin la réduction de cet oxyde de fer exigent des appareils spéciaux qui ne peuvent trouver place dans le laboratoire du pharmacien. Ce dernier achète chez son droguiste un produit quelconque plus ou moins impur et inefficace, d'où la raison d'être du **Fer Quevenne**, seul fer réduit par l'hydrogène chimiquement pur (2).

(1) Le tableau ci-dessous permet de comprendre pourquoi le Fer Quevenne est le plus actif et en même temps le plus économique des ferrugineux.

1 gramme de	**Fer Quevenne**	contient.	1 gr.	de fer métallique	utile.
	Protochlorure de fer	—	0 gr. 27	—	—
	Tartrate de fer et de potasse	—	0 gr. 21	—	—
	Citrate de fer	—	0 gr. 23	—	—
	Phosphate de fer et de soude	—	0 gr. 20	—	—
	Lactate de fer	—	0 gr. 19	—	—
	Iodure de fer	—	0 gr. 18	—	—
	Phosphate de fer citro-ammoniacal	—	0 gr. 18	—	—

(2) Le Fer Quevenne pur est gris ardoise, léger; traité par l'eau distillée et l'acide oxalique,

©BIU Santé

Digitale et Digitaline. — Indications thérapeutiques.

L'emploi de la digitale en nature (poudre), ou de ses préparations (infusion, macération, teinture, sirop, extrait), offre un certain nombre d'inconvénients que le praticien a souvent l'occasion de constater.

« *Dans les maladies organiques du cœur*, dit GUBLER, *la digitale en nature est un mauvais* « *moyen; elle arrive bien, il est vrai, à ralentir les battements cardiaques, mais au prix* « *d'un certain malaise qu'il vaut mieux éviter en préférant l'administration de la* **digita-** « **line.** » (*Leçons de thérapeutique.*)

Dans la séance de l'Académie de médecine du 29 janvier 1889, M. le professeur Germain SÉE, amené à se prononcer sur la valeur thérapeutique comparée de la Digitale et de la Digitaline, s'exprimait ainsi : « *Pour ce qui est de la Digitale, je déclare que je n'obtiens jamais d'effets stables avec la plante elle-même, parce que mille causes, l'origine, l'âge, la durée du séjour dans les pharmacies, etc., contribuent à faire varier ses propriétés; tandis qu'avec la Digitaline, il n'y a aucun inconvénient de ce genre..... Aussi, je persiste à penser que l'emploi des alcaloïdes et des glucosides est bien préférable, en thérapeutique, à celui des plantes dont on les extrait.* » (*Bulletin de l'Académie*, tome XXI.)

Dans la séance du 22, après s'être déclaré dégoûté des préparations de Digitale qu'il a toutes essayées, il ajoutait : « *Je m'en tiens à la Digitaline, parce qu'elle me donne tous les effets de la Digitale.* »

Mais cette inconstance dans l'action d'un médicament soumis à tant d'influences diverses qui peuvent altérer sa valeur thérapeutique n'est pas le seul inconvénient qu'il présente. Certains phénomènes consécutifs viennent entraver l'action précise qu'on demande à la Digitale et font qu'on est obligé d'en suspendre l'usage ou même d'y renoncer. En effet, toutes les préparations de Digitale, à un degré quelconque, sont nauséeuses et déterminent du côté des voies digestives de la saturation et de l'intolérance qui peuvent aller jusqu'au vomissement et à la diarrhée, avant que l'on ait obtenu l'effet physiologique cherché.

Ces propriétés fâcheuses disparaissent si l'on substitue à la Digitale *son principe immédiat pur* débarrassé des éléments étrangers qui l'accompagnent.

Ce ne fut qu'en 1841 que ce principe immédiat, qui s'était jusqu'alors dérobé aux patientes recherches des chimistes, fut enfin isolé par MM. HOMOLLE et QUEVENNE.

Dès ce moment, la **Digitaline d'Homolle** et **Quevenne** est entrée d'emblée dans la pratique médicale, et s'est substituée de plus en plus à la Digitale et à ses préparations. « *Cette Digitaline est vraiment le principe actif de la plante. A doses cent fois moindres, elle reproduit toutes les propriétés essentielles et les effets thérapeutiques de la Digitale elle-même* (GUBLER, Commentaires).

C'est un produit pur et défini, *entièrement soluble dans le chloroforme*; or comme l'avait établi le docteur HOMOLLE (*Union médicale* 23-25 juin 1864), comme l'ont confirmé les travaux les plus récents (Docteur BARDET, chef du laboratoire de thérapeutique de M. le professeur DUJARDIN-BEAUMETZ), la solubilité dans le chloroforme est le critérium auquel on reconnaît la pureté de ce principe.

Si la Digitaline offre parfois des mécomptes au praticien, il faut s'en prendre aux imitations et contrefaçons dont ce précieux agent thérapeutique est l'objet, produits défectueux, le plus souvent de provenance étrangère, et qui n'ont de la Digitaline que le nom.

Aussi pour éviter tout mécompte préjudiciable à la santé du malade est-il important de formuler « **La vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.** »

Les travaux de Stannius, Traube, Marey, ont établi d'une façon très nette le mode d'action de la Digitale et de la Digitaline. Les recherches plus récentes de Kaufmann (*Revue de médecine*, mai 1884), faites à l'aide de la Digitaline sur les grands animaux, ont confirmé ces résultats.

Cette action se résume ainsi :

---

il dégage de l'*hydrogène inodore*. Le fer réduit des pharmacies contenant du soufre est généralement noirâtre et, par les mêmes réactifs, il donne de l'*hydrogène sulfuré* à *odeur d'œufs pourris*, ce qui explique les renvois nidoreux.

1° **Ralentissement, régularisation et augmentation de force des battements du cœur,** d'où l'indication de ce précieux médicament dans les *affections cardiaques.*

Elle rend de grands services aussi bien dans les lésions des orifices artériels que dans les lésions mitrales (rétrécissement ou insuffisance).

Les *palpitations nerveuses,* liées à un défaut d'innervation cardiaque, retirent aussi un bénéfice utile de son emploi.

2° **Augmentation de la tension artérielle**, qui engendre la *diurèse* (Claude Bernard) : « *Elle détermine la diurèse plus sûrement et avec moins d'inconvénients que ne le feraient le nitrate ou l'acétate de potasse.* » (Gubler, Commentaires).

3° **Contraction des capillaires.** Celle-ci entraîne l'abaissement de la température, la diminution de l'urée et de l'intensité des combustions organiques.

On considère donc avec raison la Digitale, ou mieux son principe actif la **Digitaline**, comme le médicament cardiaque par excellence.

Le mode d'administration de la Digitaline d'Homolle et Quevenne sous forme de *granules* dosés exactement à 1 milligramme, ou de *solution titrée* (1 milligramme par 10 gouttes) est des plus simples et c'est encore là une des raisons qui font préférer la Digitaline aux préparations de Digitale.

REVUE DES CLINIQUES

Les hémorrhagies en gynécologie et leur traitement.

1° *Des hémorrhagies utérines et de leur traitement*, par le docteur Terrillon (1). — Les métrorrhagies, ou pertes anormales pathologiques, sont l'indice, dans la grande majorité des cas, d'une lésion des organes génitaux et peuvent, par leur abondance ou leur durée, mettre les jours d'une malade en danger.

Quand l'hémorrhagie se produit entre les périodes menstruelles, on lui donne plus spécialement le nom de métrorrhagie; quand elle accompagne les règles, dont elle augmente l'abondance et la durée, on dit qu'on a affaire à une ménorrhagie.

Au point de vue clinique, on peut distinguer quatre types principaux. Tantôt il s'agit seulement de règles plus abondantes et plus longues; tantôt la perte, presque continue, ne s'arrête qu'à des intervalles irréguliers; tantôt enfin, les pertes ne se reproduisent qu'à de longs intervalles, mais sont d'une abondance extrême. On peut, du reste, observer tous les intermédiaires.

Souvent l'hémorrhagie est suivie de l'expulsion de caillots qui donnent lieu, lorsqu'ils séjournent longtemps dans l'utérus, à des coliques utérines.

L'anémie qui suit les pertes est un peu spéciale; les malades ont une teinte blanc jaunâtre, sont peu amaigries et même ont quelquefois une sorte d'embonpoint; en même temps il y a inappétence, constipation et faiblesse générale.

Quelquefois la mort survient après deux ou trois métrorrhagies. Mais c'est là un fait rare, si on laisse de côté les hémorrhagies *post partum.*

La malade croit toujours avoir perdu beaucoup plus de sang qu'il ne s'en est écoulé en réalité. En effet, si l'hémorrhagie est intense, elle s'arrête toute seule, à la suite d'une syncope. La mort chez ces malades survient donc lentement, par anémie et épuisement. Si les hémorrhagies ne sont pas continues, la santé revient rapidement.

M. Terrillon n'a vu que dans un seul cas une métrorrhagie persistante n'être pas l'indice d'une lésion des organes génitaux. Il faut donc, en présence d'une hémorrhagie utérine, rechercher successivement la cause dans la muqueuse de l'utérus, dans sa paroi musculaire et enfin dans les annexes.

Toutes les salpingites et surtout les salpingites blennorrhagiques s'accompagnent d'hémorrhagies très persistantes. Dans ces cas, ce sont des ménorrhagies que l'on observe. Il est fréquent de les voir disparaître, lorsque les lésions sont anciennes, par suite de l'atrophie de l'ovaire. Chez les femmes âgées, les règles reviennent parfois, par

(1) *Bull. de thérap.*, 1890, 28.

©BIU Santé

suite du développement d'un kyste ovarique. On peut aussi voir des métrorrhagies survenir à la suite des opérations faites sur les organes génitaux externes de la femme, après l'extirpation d'un kyste de la glande vulvo-vaginale par exemple. D'autres fois, l'hémorrhagie se produit après des amputations du sein. Il existe donc un certain nombre de régions dont l'irritation provoque l'hémorrhagie utérine et M. Terrillon les a classées de la manière suivante : région sous-génitale, région sous-abdominale, région mammaire et, en dernier lieu, les autres parties du corps.

Mais les causes de métrorrhagies sont accessoires. Ce qui est important, c'est que, toutes les fois que la matrice subit une augmentation de volume pathologique ou une irritation quelconque, il y a une perte sanguine.

Les fibromes utérins, surtout les interstitiels, ont pour premiers symptômes des ménorrhagies et ensuite des pertes inter-menstruelles. Les hémorrhagies sont surtout abondantes si le myome se développe du côté de la muqueuse pour former un polype. Les sarcomes, les épithéliomes sont toujours annoncés par des métrorrhagies.

Les affections inflammatoires de la matrice sont également une source fréquente de pertes sanguines. La fausse couche est très fréquente ; même quand l'avortement a été bénin, les pertes persistent très souvent pendant un an et dix-huit mois. Enfin, la métrite chronique, surtout dans sa forme muqueuse dite hémorrhagique, donne lieu à des pertes sanguines abondantes.

Le diagnostic de la cause de l'hémorrhagie est loin d'être facile. Avant vingt-sept ou trente ans, une femme qui a des pertes n'a pas de corps fibreux ; il faut alors penser à la fausse couche, si souvent méconnue, ou à la salpingite, ou à la métrite hémorrhagique. A cet âge, l'épithélioma est exceptionnel.

De trente à quarante-cinq ans, les causes des hémorrhagies sont multiples : corps fibreux, épithélioma ou sarcome, polypes, métrites, fausses couches, salpingites. Souvent il est très difficile de reconnaître de petits fibromes interstitiels ou de petits polypes intra-utérins. Il faut naturellement examiner les organes supposés malades, mais, de plus, on devra s'appuyer sur les caractères du liquide sanguin.

Dans les hémorrhagies par fibrome ou par salpingite, le sang est rendu presque pur.

Dans les cas d'épithéliomes, de fibromes en voie de dégénérescence, le sang est mélangé à du muco-pus. En outre, il y a, dans les intervalles des pertes sanguines, écoulement d'un liquide hydrorrhéique, avec grumeaux jaunâtres, laissant sur le linge une empreinte brunâtre et empesée. Si le liquide hydrorrhéique présente une odeur fétide, *sui generis*, le diagnostic d'épithéliome s'impose. Dans les cas de sarcome, l'odeur spéciale n'apparaît que tardivement.

Enfin, après la ménopause, l'affection causale de la ménorrhagie est presque toujours intra-utérine. On observe alors un écoulement sanguin plus ou moins périodique, faisant croire à un retour des règles et, neuf fois sur dix, l'examen local fait reconnaître un sarcome ou un épithélioma. Il faut cependant penser à la possibilité du développement tardif d'un kyste ovarien, ou à un fibrome ancien, habituellement en voie de régression.

Traitement. — La première chose à faire quand on est appelé auprès d'une femme atteinte d'hémorrhagie utérine est de prescrire le repos dans la position horizontale ; le bassin, légèrement élevé, se trouve un peu en contre-bas.

Si l'hémorrhagie persiste, une foule de traitements peuvent être employés.

On peut les classer de la manière suivante : moyens intra-vaginaux, moyens extra-vaginaux et moyens directs ou utérins. C'est aux moyens internes qu'il faut avoir recours dans la majorité des cas.

Le plus employé de ces procédés est l'eau chaude, qui a une action hémostatique certaine.

Lorsque l'utérus est dilaté, par exemple après l'accouchement, on peut porter directement le liquide chaud sur la muqueuse utérine au moyen de la sonde intra-utérine de Budin. L'hémostase est rapide et facile.

Le plus souvent, on ne peut faire qu'une injection vaginale. L'eau et les instruments doivent être d'une propreté rigoureuse. M. Terrillon proscrit l'emploi des canules en gomme, qui sont une source constante de contamination ; il ne faut se servir que de celles en verre ou en caoutchouc rouge, que l'on peut faire bouillir. L'eau que l'on

emploie doit elle-même avoir été bouillie ; on la laisse descendre à la température de 50°.

La malade se place dans le décubitus dorsal, le siège soulevé par un bassin.

Tout étant ainsi préparé, on commence par injecter une faible quantité de liquide qui n'est guère, après avoir passé à travers le tube, qu'à 45°. Cette eau séjourne facilement dans le vagin, et, dès qu'il est rempli, on arrête l'écoulement en pinçant le tube. La malade souffre un peu de la température élevée de l'eau, mais celle-ci se refroidit assez rapidement et on peut alors recommencer une seconde introduction de liquide. On doit procéder très lentement, de façon qu'un litre de liquide suffit pour une irrigation de quinze à vingt minutes. L'eau peut renfermer un antiseptique léger, mais cela n'est réellement nécessaire que si la malade est infectée.

On ne doit pas se servir, pour les injections, de liquides hémostatiques.

Si l'injection chaude échoue, il faut pratiquer le tamponnement. On doit d'abord laver le vagin à l'eau phéniquée ou au bichlorure, n'employer que des tampons de ouate hydrophile aseptique ou mieux encore des tampons de gaze iodoformée montés en queue de cerf-volant. Le spéculum permet d'opérer méthodiquement.

Les moyens externes : application de glace sur le ventre ou la vulve, les sinapismes, les ligatures à la racine des membres, donnent rarement de bons résultats.

Comme moyens médicaux, tantôt on doit recourir à ceux qui paralysent le muscle utérin, aux opiacés; tantôt à ceux qui font contracter l'utérus, tel que l'ergot.

Souvent on ne peut savoir qu'après expérience à quel médicament on doit avoir recours.

Le traitement général est très important. Il suffit d'indiquer le séjour au grand air, es douches, les eaux salées (Salies de Béarn, Salins du Jura). Le *bain de soleil* est souvent utile. La malade s'étend sur une chaise longue placée en plein midi, revêtue d'une robe noire et la tête protégée par un parasol ; la température monte à 38°, 38°5, et il se produit une sudation abondante. Bientôt les pertes diminuent ou cessent et la nutrition s'améliore.

Il faut éviter, en prescrivant inconsidérément du vin de quinquina, d'irriter l'estomac des malades.

2° *Hémorrhagies en obstétrique et en gynécologie*, par le docteur R. Lomer (1). — Nous n'insisterons que sur quelques-uns des points traités par l'auteur.

Les *varices du vagin* qui se rompent pendant la grossesse peuvent faire croire à un placenta prœvia et naturellement le traitement reste impuissant, tant que l'on n'a pas découvert la cause du mal. Après les accouchements opératoires difficiles, spécialement chez les primipares, si des hémorrhagies artérielles se déclarent, il ne faut jamais négliger d'*inspecter la région uréthrale*; il y a là deux petites artères qui peuvent donner lieu à des hémorrhagies très fortes. Ces hémorrhagies succèdent parfois au premier coït.

Les hémorrhagies du vagin peuvent provenir de *pessaires* impropres ou trop longtemps portés. Chez les femmes âgées atteintes de *colpite sénile*, il y a, dans le vagin, des endroits circonscrits dépourvus d'épithélium qui, par frottement réciproque, donnent lieu à des écoulements de sang modérés. Le premier accouchement entraîne des lésions vaginales. Lomer conseille, si l'on a fait des applications de forceps difficiles, d'attendre quelques moments après la sortie de la tête pour faire le dégagement du tronc ; les vaisseaux vaginaux se trouvent alors comprimés jusqu'à thrombose.

Un *ulcère syphilitique* de la lèvre postérieure du col peut donner lieu à des hémorrhagies profuses ; il en est de même des *érosions*, des anciennes déchirures du col *avec ectropion*.

Dans ces *petits myomes* de la paroi du col, que l'on reconnaît à leur dureté et quelquefois à l'aplatissement du cul de sac vaginal, les hémorrhagies sont assez fréquentes. Le plus souvent ils se trouvent en avant et entraînent des difficultés de la miction. Les douches chaudes sont alors excellentes. D'autres fois, il s'agit d'un catarrhe chronique

(1) *Sammlung Klin. Wortræge*, trad. Star., Bruxelles, Manceaux, 1889.

©BIU Santé

du col avec de petits *polypes muqueux* ; l'examen permet de les voir et de les enlever par tension. L'examen pratiqué pendant l'écoulement permettra seul, souvent, de voir le carcinome, s'il siège sur la surface interne du col.

Un grand nombre d'hémorrhagies *post partum* que l'on dit atoniques, proviennent de déchirures des artères du col. M. Lomer conseille de se servir de deux grandes cuillers de cuisine en zinc, de les plier par le milieu et de les désinfecter; on a alors deux leviers latéraux d'un emploi facile. Avec ces leviers, des aiguilles, des fils et des pinces de Muzeux, on peut faire la ligature médiate. Dans l'hémorrhagie du col, le sang coule sitôt la sortie de l'enfant, a une couleur peu foncée et arrive constamment.

Parmi les affections de l'utérus, M. Lomer insiste surtout sur l'*atonie chronique*. Il s'agit de femmes qui ont accouché ou avorté plusieurs fois, dans un temps relativement court, après quoi surviennent des hémorrhagies qui se succèdent rapidement. L'utérus est de grandeur normale, de consistance particulièrement molle, si bien qu'on le différencie difficilement des parois abdominales. La cavité est vide et le curettage ne produit nul effet, non plus que les douches. Le mieux est de se servir de courants constants de faible intensité que l'on applique deux fois par semaine. — P. N.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel d'asepsie. *La stérilisation et la désinfection par la chaleur; applications à la chirurgie, à l'obstétrique et à la médecine*, par le docteur C. Vinay, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin de l'Hôtel-Dieu. — J.-B. Baillière et fils, 1890.

Après une introduction sur le rôle de la chaleur en biologie et en hygiène, où sont mis en bonne lumière les travaux lyonnais, l'auteur divise son livre en deux parties : l'une consacrée à la théorie, l'autre à la pratique. Dans la première, quatre chapitres traitent successivement des températures eugénésiques, de l'action destructive des températures élevées, de l'atténuation des virus par la chaleur et de l'action du froid sur les microbes. Dans la seconde partie sont étudiés, d'abord les modes d'emploi de la chaleur sèche et humide, avec un paragraphe spécial consacré aux étuves à cultures, à stérilisation et à désinfection. Puis vient un chapitre intitulé : « La lutte contre les agents infectieux », subdivisé en quatre paragraphes consacrés à la chirurgie, à l'oculistique, aux accouchements et à la médecine. Le chapitre III s'occupe de la stérilisation et de la conservation des substances alimentaires (lait, viande, conserves alimentaires, vin et bière) et le chapitre IV traite des établissements publics de désinfections. Ce livre a 504 pages de texte et est orné de 74 figures. On y trouve encore une table alphabétique des auteurs qui se sont occupés de l'asepsie et, j'imagine aussi, de l'antisepsie. Je ne puis pousser la modestie jusqu'à déclarer qu'à ce dernier point de vue il n'y manque aucun nom, mais cela ne m'empêchera pas de dire que je trouve le manuel de M. Vinay excellent. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 octobre — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Du salol. — Traitement de la fièvre typhoïde.*

M. Edgard Hirtz : Dès que Nencki (de Berne) eut découvert le salol, ce médicament entra dans le domaine de la thérapeutique externe. Mais, à cause de son insolubilité, il n'a été que bien peu employé en thérapeutique interne.

Ferdinand Dreyfous avait cependant étudié les effets du salol dans la blennorrhagie et avait insisté surtout sur son action analgésique.

Les recherches de Lacroix avaient démontré que la présence du salol dans les milieux de culture empêchait le développement des bactéries pyogènes. Mais, dans les urines, ce corps se trouve décomposé en acide salicylurique et phénilsulfate de soude qui ne sont pas des antiseptiques bien puissants. Cependant plusieurs auteurs ont essayé le salol dans la blennorrhagie et en ont obtenu d'excellents résultats; tous insistent sur son action analgésique. D'autres, au contraire, considèrent comme nuls les effets du salol dans cette affection.

M. Hirtz vient, lui aussi, d'essayer le salol dans une trentaine de cas de blennorrhagie. Vingt fois, l'écoulement tarit au bout d'un intervalle de huit à douze jours; le salol était associé soit au santal, soit au copahu; dès les premiers jours, l'action analgésique du du médicament était manifeste. Chez dix autres malades la guérison ne fut pas plus rapide qu'avec le traitement balsamique ordinaire, mais ceux-ci profitèrent encore des propriétés analgésiques du salol.

M. Hirtz a rarement donné plus de 4 grammes de salol par jour; dans six cas seulement la dose a été poussée jusqu'à 6 grammes. Il n'a jamais remarqué la coloration noire phéniquée des urines, ayant toujours ordonné le salol à doses fractionnées, par cachets de 35 à 40 centigrammes ou par capsules mixtes au copahu, au santal, à la térébenthine. Une dose de 1 gramme prise à la fois suffit à produire la coloration noire des urines.

Le salol peut aussi être employé comme antiseptique intestinal. M. Hirtz l'a souvent prescrit dans la fièvre typhoïde, à la dose de 4 grammes par jour, associé au salicylate de bismuth. L'antisepsie intestinale lui a paru dans tous ces cas aussi bien réalisée qu'avec le naphtol. Le salol posséderait même, sur ce dernier, deux précieux avantages : d'abord d'être très bien supporté par les malades, et ensuite de pratiquer l'antisepsie urinaire. Dans l'intestin, le salol agit en se décomposant en acide phénique et acide salicylique, qui sont des antiseptiques et des antithermiques puissants. Aussi a-t-il été employé par Sahli (de Berne), et Vausant (de Philadelphie) dans les entérites aiguës et chroniques. Lœwenthal vante même son action dans le choléra.

Enfin les malades supportent merveilleusement ce médicament. Dans un cas, M. Hirtz l'a donné à la dose de 6 grammes pendant plus de trois semaines, sans occasionner le moindre trouble gastrique. Il l'a même employé avec succès, associé au bicarbonate de soude, chez des dyspeptiques atteints de dilatation de l'estomac.

Le salol peut donc prétendre à une place honorable dans la thérapeutique des affections gastro-intestinales.

M. Hirtz signale, en finissant, ce fait qui doit être connu : les urines des sujets qui ont absorbé du salol présentent quelquefois des réactions qui pourraient faire croire à la glycosurie.

M. Hayem n'a pas essayé le salol dans la blennorrhagie, mais il l'a employé dans certaines affections intestinales. Dans tous les cas de diarrhée ordinaire, la guérison survient d'elle-même; voilà pourquoi tant de médicaments réussissent. Mais dans un cas de diarrhée dysentériforme et dans un autre cas de diarrhée extrêmement rebelle qui avait fait porter le diagnostic de cancer de l'intestin, M. Hayem n'obtint aucun résultat avec le salol. Avec l'acide lactique la guérison survint au contraire rapidement.

M. Gouguenheim a obtenu d'excellents résultats dans les suppurations de la gorge en pratiquant l'antisepsie intestinale avec du salol.

M. Rendu fait remarquer que, dans les cas de M. Gouguenheim, le salol a pu agir aussi comme topique au niveau des foyers de suppuration. Quant à lui, depuis un an il a substitué le salol au naphtol, ce dernier corps étant très mal supporté par les trois quarts des malades. Il a obtenu de bons résultats dans plusieurs cas de rhumatisme blennorrhagique et de rhumatisme chronique.

M. Juhel-Renoy, dans un cas de gangrène des amygdales et du voile, de cause inconnue, prescrivit des insufflations répétées de salol, après avoir limité au thermo-cautère les parties gangrénées. Au bout de sept ou huit jours les escharres étaient éliminées et la cicatrisation obtenue.

©BIU Santé

— M. Juhel-Renoy reprend la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde, et donne les résultats de sa statistique personnelle. Il a employé le bain froid d'une façon systématique. Voici les conclusions de son intéressante communication :

Dans l'espace de trois années, la méthode systématique par le bain froid a fait baisser de près de 5 p. 100 la mortalité chez les typhiques soumis à ce mode de traitement dans nos hôpitaux parisiens. De plus, elle a fait réaliser une économie réelle portant sur la quantité de journées de résidence à l'hôpital. Efficacité et économie, tels sont les bénéfices du traitement systématique par les bains.

— MM. Merklen, Laveran, Hayem, Rendu, Féréol, Duponchel prennent part à la discussion qui, comme le dit M. Rendu, met en lumière l'efficacité de la méthode de Brand.

FORMULAIRE

Traitement des fibromes utérins. — Lucas-Championnière.

Aux femmes atteintes de fibromes utérins, on fait prendre, le matin, à jeun, 50 centigrammes de poudre de sabine, en une seule fois, et cela pendant plusieurs années, en suspendant l'usage du du remède pendant trois semaines, tous les deux mois. — Séjour au lit, pendant toute la durée des règles. — Sous l'influence de ce traitement, les douleurs cessent; le corps fibreux diminue; les besoins d'uriner s'éloignent; la constipation disparaît et les menstrues s'établissent régulièrement. — Pendant la belle saison, cure de six semaines à deux mois de durée, aux eaux thermales chlorurées, telles que Salins, Salies-de-Béarn et Kreusnach. On commence par un mélange d'eau ordinaire et d'eaux-mères. — N. G.

COURRIER

Administration générale de l'assistance publique a Paris. — Le samedi, 6 décembre 1890, à une heure et demie, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, en 58 lots, des fournitures de substances pharmaceutiques et produits chimiques nécessaires au service de la pharmacie centrale des hôpitaux pendant l'année 1891.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, nº 3, tous les jours non fériés, de onze heures à quatre heures.

— Rien n'est plus rationnel que l'emploi du Coaltar saponiné Le Beuf comme **DENTIFRICE.** Car par ses propriétés **microbicides**, *désinfectantes*, *détersives* et *toniques*, il répond mieux que tout autre produit aux derniers *desiderata* de la science. Il jouit en outre d'une innocuité absolue, qualité rigoureusement nécessaire pour un produit d'un usage journalier.

Envoi gratuit d'un échantillon à MM. les médecins. — Bayonne, pharmacie Le Beuf.

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

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. R. Blache : L'asthme chez les enfants. — III. Bibliothèque : Manuel technique et pratique d'anthropométrie crânio-cérébrale. — Recherches acoustiques sur les voyelles nasales. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — IV. Revue des journaux : Des variations de l'élimination du mercure selon le mode d'emploi. — Traitement chirurgical de la tuberculose pleurale et pulmonaire. — V. De quelques nouvelles médications. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

BULLETIN

Reprise des cliniques de M. le professeur Grancher.

Après une année d'absence, pendant laquelle la maladie l'avait tenu éloigné de sa chaire, M. le professeur Grancher a recommencé son enseignement clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, à la double satisfaction de ses amis et de ses élèves, heureux de le savoir désormais bien portant et de retrouver toujours bien parlant le maître dont la parole nette et élégante est si propre à l'enseignement.

C'est à quatre heures de l'après-midi que, par une innovation heureuse, M. Grancher fait, cette année, ses cliniques; les étudiants à fin d'études et les jeunes médecins qui désirent compléter leur instruction au point de vue des maladies des enfants pourront ainsi le faire sans renoncer pour cela à assister, le matin, à une clinique dans un autre hôpital général ou spécial.

M. Grancher a d'abord remercié M. Hutinel, professeur agrégé, qui l'a suppléé l'année dernière avec autant de compétence que de succès; M. Déjerine, M. Ern. Gaucher et M. Hermet, qui lui ont prêté leur concours volontaire au point de vue de la neuropathologie, de la dermatologie et de l'otologie. Il a rappelé ensuite, en quelques mots, le triple devoir qui s'impose, suivant lui, à tout professeur de clinique et qu'il s'est toujours efforcé, qu'il s'efforcera toujours de remplir : l'instruction des élèves, c'est-à-dire l'enseignement des faits acquis et des notions pratiques, leur éducation, c'est-à-dire l'orientation de leurs esprits vers certaines méthodes, vers un certain idéal scientifique; enfin, leur initiation à des vérités nouvelles, toutes les fois que cela est possible.

Cette première leçon a été consacrée à l'examen clinique d'un cas très étrange où une scoliose presque monstrueuse dans son intensité s'associait à des troubles de la sensibilité (hyperesthésie, hyperalgésie et hyperthermesthésie) limités à une moitié du corps.

A propos de la malade qu'il présentait, M. Grancher a su non seulement passer en revue dogmatiquement l'étiologie et la pathogénie des scolioses en général, mais ouvrir d'ingénieux aperçus sur les rapports de causalité qui existent peut-être entre certaines affections du système nerveux dont l'étude est à peine ébauchée (syringomyélie, maladie de Morvan et certaines scolioses). Le professeur orientait ainsi ses auditeurs vers les études les

©BIU Santé

plus nouvelles, et, s'il ne leur apportait pas une solution impossible à fournir dans l'état actuel de nos connaissances, les initiait à tout un ordre de problèmes pleins d'intérêt pour stimuler les chercheurs à les résoudre.

P. L. G.

L'asthme des enfants (1).

L'asthme est une névrose bulbaire dont les accès sont provoqués par les irritations impressives des nerfs vagues ou périphériques, particulièrement du trijumeau, dont l'action réflexe se manifeste par des spasmes successifs ou simultanés de tous les muscles inspirateurs intrinsèques : intercostaux, scalènes, trapèze, etc., et par une contraction tétaniforme du diaphragme.

Au point de vue clinique, cette névrose présente trois manifestations constantes : la toux et la dyspnée, manifestations nerveuses; l'emphysème, manifestation alvéolaire; l'exsudation filamenteuse, manifestation catarrhale. Bien que la trilogie de ces symptômes soit essentielle pour constituer l'existence de l'asthme, l'un ou l'autre domine alternativement la scène morbide, selon l'âge et la constitution du malade, selon l'âge aussi de la maladie.

C'est la prédominance de l'une de ces trois manifestations, alors que les autres n'existent qu'à l'état rudimentaire, qui crée trois types cliniques distincts :

L'asthme pneumo-bulbaire essentiel ou asthme nerveux; l'asthme emphysémateux ou alvéolaire, enfin l'asthme catarrhal ou bronchitique...

L'asthme nerveux domine toute la pathologie asthmatique de l'enfance... Cette forme régulière, à phénomènes purement nerveux, guérit souvent; dans certains cas, pourtant, elle finit par créer l'emphysème et se transforme alors en asthme alvéolaire...

Une classe d'asthme qui, en pathologie infantile, tient une place dont l'importance augmente chaque jour à mesure que l'on connaît mieux la pathogénie de ces affections, est la classe des *asthmes réflexes en général*, ce sont les cas où l'irritation bulbaire ne part plus des filets broncho-pulmonaires du pneumo-gastrique. Le bulbe est alors impressionné par une excitation provenant non seulement de toutes les branches périphériques des nerfs vagues, mais encore d'autres nerfs comme le nerf trijumeau, les nerfs cutanés, etc., etc.

L'asthme nasal, l'asthme pharyngien, amygdalien, l'asthme gastrique, l'asthme cutané appartiennent à cette catégorie de dyspnées...

L'asthme nasal est connu seulement depuis quelques années; c'est Voltolini qui, en 1874, publia les premiers faits relatifs à des polypes muqueux, déterminant des accès de dyspnée passagers. Depuis, Frænkel, Hack, Sommerhadt, en Allemagne; J. Mackenzie, Salis Cohen, Daly, en Amérique; Joal, Ruault, Moure, en France, ont fait faire un grand pas à la question, et aujourd'hui l'existence d'un asthme nasal est admise par tous les praticiens.

---

(1) M. le docteur Blache a bien voulu nous communiquer les bonnes feuilles de son *Etude sur l'asthme chez les enfants* qui est sur le point de paraître. Nous nous empressons de faire profiter nos lecteurs de son obligeance.

©BIU Santé

Dans l'épaisseur de la membrane pituitaire, on trouve un véritable tissu érectile, à mailles étroites superficielles et à lacunes assez larges dans la profondeur; ces corps caverneux existent dans la muqueuse des cornets aussi bien que dans celle de la cloison. Ce tissu érectile entre en turgescence sous l'influence des causes les plus légères et les plus variées. Les filets terminaux du nerf trijumeau sont excités, et cette excitation peut amener de nombreux phénomènes réflexes tels que céphalalgie, vertige, toux, œsophagisme et surtout asthme.

Si les polypes muqueux sont rares chez les enfants, les tumeurs adénoïdes sont, au contraire, très fréquentes; d'ailleurs, ces états spéciaux, et pour ainsi dire mécaniques, ne sont pas nécessaires, comme on l'a cru d'abord avec Voltolini, pour provoquer les différentes névropathies nasales; il suffit d'une simple rhinite hypertrophique.

C'est, en effet, cette maladie qui favorise le plus souvent l'érection des corps caverneux, la réplétion exagérée du tissu spongieux, l'irritation des nerfs vaso-moteurs, phénomènes centraux présidant au développement de l'asthme réflexe.

Cette rhinite hypertrophique peut être primitive et succéder à des poussées successives de coryza aigu, ou se manifester à la suite d'un état infectieux, rougeole, fièvre typhoïde; elle peut être secondaire à une autre lésion nasale, malformation du nez, déviation, épaississement de la cloison, corps étrangers, et aussi à une affection du canal naso-pharyngien, catarrhe, végétations adénoïdes.

De plus, cette rhinite est parfois liée à l'existence de maladies qui ont pour siège l'estomac (Bouchard, Ruault), l'intestin (Secchi, Buck), l'appareil génital (J. Mackenzie, Joal), de telle sorte que les affections les plus diverses peuvent conduire à la rhinite hypertrophique, et, par suite, à l'asthme nasal.

Prenons un enfant prédisposé à l'irritabilité bulbaire, soit par diathèse, soit par hérédité, et à l'érectilité nasale par suite d'une des lésions précédentes : chez ce malade, un accès d'asthme pourra être occasionné par une poussée congestive due au froid, par l'action de poussières végétales ou animales, par l influence de matières odorantes, par le contact d'une sonde sur la pituitaire, par une irrigation nasale intempestive, et aussi par des causes éloignées : excitations stomacales, intestinales, génitales.

D'ailleurs, l'expérimentation physiologique ne vient-elle pas corroborer les notions qui nous sont fournies par l'observation clinique, car le docteur Franck, de Paris, a publié en juillet dernier, dans les « Archives de physiologie », les résultats de savantes recherches entreprises sur ce point chez les animaux? M. Franck a reconnu « que le spasme bronchique suffocant, assez énergique pour se traduire même à la vue par la dépression des espaces intercostaux chez l'animal trachéotomisé, peut être obtenu par toute stimulation nasale un peu vive portant sur les cornets, surtout lorsque la muqueuse est enflammée ». Donc l'origine nasale de certains asthmes ne saurait plus être sérieusement contestée, et il nous semble tout naturel de rapporter à cette espèce nosologique l'affection décrite par les auteurs sous le nom de Hay-fever, fièvre des foins, affection qui, à notre avis, est une simple variété d'asthme nasal à manifestations périodiques...

Le traitement de l'asthme comporte deux indications : 1° Enrayer l'accès; 2° Guérir la névrose.

©BIU Santé

Dans cette maladie si pénible, à paroxysmes effrayants pour le malade et pour son entourage, la nécessité d'un soulagement aussi prompt que possible s'impose. Le traitement palliatif qui s'adresse à l'accès primera le traitement curatif et, quand le paroxysme sera passé, l'organisme étant rentré dans un ordre relatif, on instituera ce dernier.

Les médicaments de l'accès sont, au début, les fumigations ou l'emploi des cigarettes contenant de la belladone, de la jusquiame ou des feuilles de datura-stramonium, du papier nitré, les aspirations d'oxygène, d'iodure d'éthyle, etc. Mais trop souvent ces moyens demeurent insuffisants à calmer les accès de dyspnée excessifs ; on peut alors essayer l'injection hypodermique avec une petite dose de morphine qui procure un soulagement momentané ; mais cette méthode doit être employée avec la plus grande circonspection chez les enfants...

Si, d'une façon générale, l'opium doit être très prudemment manié avec les enfants, la belladone est bien mieux supportée, et a l'avantage de pouvoir être continuée plus longtemps. Bretonneau et Guersant, associant un un centigramme d'extrait à un centigramme de poudre de belladone, donnaient chaque jour cette dose et la continuaient longtemps.

La teinture de *Lobelia inflata* peut également être donnée à dose progressivement élevée de 20 à 100 gouttes. M. Moncorvo a remarqué que la tolérance des enfants, pour ce médicament, lui permettait d'élever la dose jusqu'à 10 et 12 grammes par vingt-quatre heures. Nous avons obtenu d'excellents résultats avec la teinture de *Grindélia robusta* dont on a également voulu faire un spécifique de la coqueluche ; nous n'hésitons pas à le donner aussi à la dose de 15 à 60 gouttes.

Les inhalations de vapeur de pyridine, conseillées par M. Sée, nous ont également permis d'atténuer l'intensité de l'accès d'asthme. D'après les expériences de MM. Laborde et Daudrie, cette substance atténue le pouvoir excito-moteur de la moelle, dilate les vaisseaux périphériques, en vertu de son action paralysante sur les nerfs vaso-constricteurs, et augmente l'amplitude de la respiration, en même temps que les mouvements respiratoires se régularisent et diminuent de fréquence.

Le traitement curatif de l'asthme se borne à l'emploi presque exclusif de l'iode sous ses diverses formes, mais surtout à celui de l'iodure de potassium. L'action anti-dyspnéique de cet agent sur l'encéphale et particulièrement sur le bulbe est certaine : d'après Binz, il paralyse le fonctionnement nerveux et produit le narcotisme ; en tout cas, il modère le pouvoir excitateur du centre vital et régularise la répartition de l'influx nerveux.

Malheureusement, certaines organisations ne peuvent supporter longtemps l'usage de ce spécifique de l'asthme sans ressentir certains accidents de l'iodisme : c'est ainsi que les asthmatiques présentant de l'hyperémie de la muqueuse nasale sont plus facilement que d'autres atteints d'iodisme avec les manifestations du côté des muqueuses naso-gutturales. Les badigeonnages de ces parties malades avec une solution de cocaïne au centième seront alors ajoutées ou substituées momentanément au traitement iodé et réussiront souvent d'une manière complète.

Dans les asthmes cutanés, l'iodothérapie peut être aussi contre-indiquée comme aggravant la dermatose. Parfois enfin l'amaigrissement et la déperdition des forces oblige à interrompre le traitement. La pyridine en aspiration, la teinture de grindélia, l'arsenic et les séances d'aérothérapie par

©BIU Santé

l'air comprimé, bien dirigées, sont alors les seuls moyens qui restent à la disposition du praticien.

Le traitement iodé est celui de l'asthme non diathésique ; il est insuffisant ou même contre-indiqué, comme nous le disions plus haut, quand la maladie a une origine héréditaire ou tellurique. Dans ces cas, le traitement de la diathèse ou celui de la pyrexie devra s'ajouter à celui de la névrose. C'est ainsi que chez les arthritiques ou chez les goutteux une médication favorisant la nutrition incomplète ou modifiant les sécrétions morbides sera prescrite en même temps que le régime approprié.

Les asthmatiques atteints d'impaludisme ajouteront le sulfate de quinine à l'iodure de potassium. On comprend aussi que dans les cas où l'asthme dépend d'un obstacle mécanique, tel que polype, hypertrophie des amygdales ou fongosités adénoïdes du pharynx nasal, l'ablation des tumeurs doit primer tout autre traitement. De même dans les asthmes nasaux, le traitement local, c'est-à-dire l'emploi des pointes de feu par le galvano-cautère contre l'affection du nez et les badigeonnages de cocaïne, suffisent le plus ordinairement...

En terminant, nous croyons utile de dire un mot du traitement dans les stations thermales qui se trouve dans certains cas formellement indiqué pour les enfants asthmatiques. Comme notre confrère et ami le docteur J. Simon, nous nous sommes souvent très bien trouvé d'avoir appliqué cette thérapeutique à nos jeunes malades, et, dans la circonstance, c'est surtout aux eaux du Mont-Dore que nous donnons la préférence : leurs propriétés sédatives et décongestives nous ont procuré les meilleurs résultats, particulièrements dans la forme pneumo-bulbaire. Enfin, dans l'asthme dartreux, les enfants comme les adolescents pourront se trouver très bien de la médication sulfureuse : Bigorre, Saint-Honoré, Alevard, dont les effets seront surveillés pour éviter les effets d'excitation générale.

R. Blache.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel technique et pratique d'anthropométrie cranio-cérébrale, par le docteur Moritz Benedikt, traduit et remanié, avec le concours de l'auteur, par le docteur P. Kéraval. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

Ainsi que le dit le professeur Charcot dans la préface qu'il a mise en tête de l'ouvrage de M. Benedikt, ce livre mérite l'attention du médecin pour plusieurs raisons. D'abord, il représente un type de l'application des sciences écrites aux sciences biologiques ; en second lieu, l'ensemble des recherches qui en constituent la trame, a eu pour mobile des préoccupations médicales ; enfin, ces préoccupations médicales rentrent dans le domaine de la névropathologie.

C'est pour éclairer d'un jour nouveau les points fondamentaux aux dégénérescences les plus graves que le génie inventif de l'auteur a fait appel à tout un monde de connaissances mathématiques.

On ne peut donc être que de l'avis de M. Charcot quand il dit que la forme, le fond et les adaptations mises en relief par M. Benedikt imposent son livre aux méditations des hommes de science du monde entier. — P. C.

Recherches acoustiques sur les voyelles nasales, par le docteur Lœwenberg. — Paris, Perreau, 1889.

D'après l'auteur, es nasales françaises des trois premiers groupes (*on, en, an*) ont

©BIU Santé

pour sons propres les tierces mineures inférieures des voyelles simples correspondantes. Les sons nasaux non français des mêmes groupes (*ong*, *ang*, *eng*), par contre, sont les octaves inférieures de celles-ci, moins un demi ton ; mais la série *eu*, *eun*, *eung*, présente des résultats différents et les intervalles entre ces trois phonèmes ne sont plus du tout les mêmes que dans les trois autres groupes. Peut-être ce fait tient-il à la nature intermédiaire du son *en*, qui — comme *u* — combine la position linguale d'une voyelle avec la position buccale d'une autre, et qu'on peut appeler, comme *u*, voyelle de *transition* ou *mixte*. Le son propre de chacune des nasales non françaises des trois premiers groupes ne diffère que d'un demi ton à peu près de celui d'une voyelle simple inférieure dans l'échelle musicale à celle qui correspond à la nasale en question. — P. C.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1889, par Bourneville, Sollier et A. Pilliet. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

Nous ne pouvons que signaler ce X^e^ volume de la publication que M. Bourneville poursuit régulièrement chaque année avec la collaboration de ses internes.

En dehors de l'histoire du service pendant l'année 1889, il renferme des mémoires sur le bromure d'or, le bromure de camphre et la picrotoxine, son travail très important sur l'idiotie myxœdémateuse et une étude de M. Pilliet (avec une planche) sur les lésions histologiques de la substance grise dans les encéphalites chroniques de l'enfance.

P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Des variations de l'élimination du mercure selon le mode d'emploi, par Winternitz. (*Viertel. für dermat. u. Syphilis*, 1889, Heft VI.) — Les recherches concernent les trois modes d'applications usuelles : l'épidermique, l'interne et l'hypodermique. L'urine seule a été examinée; aussi les conclusions sont-elles provisoires. L'élimination du Hg dans l'urine peut aller depuis des chiffres presque impondérables qui correspondent aux longues durées de l'usage interne (moins de 1/2 milligr.) et épidermitique (1 milligr. et un peu plus) jusqu'à des quantités considérables de 4, 6 et même 8 milligrammes par jour après les injections. Lors d'intoxication, l'élimination donne des chiffres élevés relativement ou absolument quand il n'existe pas de lésion rénale ou quand le Hg n'en produit pas. On a souvent essayé d'augmenter l'élimination du Hg par l'administration du KI. Pourtant les expériences de l'auteur n'indiquèrent aucune augmentation constante de cette élimination. Mais, d'autre part, le KI n'empêche pas l'élimination, comme l'admettent quelques auteurs. La différence dans les quantités éliminées, suivant le mode d'emploi, apparaît dès les premiers jours.

Traitement chirurgical de la tuberculose pleurale et pulmonaire, par le docteur Tillmanus (*British med. Journ.*, 14 juin 1890, et *Revue de la Suisse romande*, 1890, 659). — Trois ans avant que le malade fût observé par l'auteur, six litres de pus avaient été retirés par la ponction du côté gauche de la poitrine. Deux fois, depuis, la thoracotomie avait été pratiquée avec la résection d'une côte à la partie postérieure du thorax. Quand le malade fut examiné pour la première fois par l'auteur, il paraissait être au dernier degré de la phthisie. Le poumon gauche était entièrement infiltré de tubercules, et la plèvre était fermement adhérente dans son tiers supérieur. De nombreux bacilles de la tuberculose furent constatés dans l'expectoration. Les deux tiers inférieurs de la plèvre gauche étaient remplis de pus. Plusieurs fistules existaient à la paroi thoracique antérieure, qui était aussi atteinte de la maladie. Le cœur était repoussé à droite, derrière le sternum. Le poumon droit était comparativement sain et fonctionnait bien. Le malade, qui souffrait de l'empyème depuis trois ans, avait été obligé de garder le lit constamment pendant ce temps.

©BIU Santé

En avril 1888, l'auteur tenta de guérir l'empyème du côté gauche par une résection étendue des côtes. Il enleva une partie de la paroi thoracique, mesurant à la partie supérieure 2 pouces de large et 5 à sa partie inférieure s'étendant de la seconde à la sixième côte en avant et comprenant les septième, huitième et neuvième côtes en arrière. On trouva alors la plèvre gauche entièrement infectée de tuberculose au plus haut degré. Le poumon gauche était phthisique, pas plus grand que le poing d'un homme et adhérent au niveau de la première côte. La plèvre fut raclée vigoureusement avec une curette tranchante et la cavité remplie avec de la gaze iodoformée. Le poumon gauche fut en partie recouvert d'un lambeau de la peau du thorax disposé de manière à ce que le traitement local pouvait être appliqué à l'organe malade. Un mois plus tard, la plèvre gauche fut de nouveau raclée à fond, et fut transformée en une cavité cutanée par la transplantation de la peau d'après la méthode de Thiersch. Le poumon gauche diminuait sans cesse et guérit spontanément sous l'influence de sa rétraction.

Le malade est actuellement dans l'état le plus satisfaisant. Il va à ses affaires, a gagné en poids et présente l'apparence d'une robuste santé. Le poumon gauche collabé peut être senti dans la partie supérieure gauche du thorax au niveau de la première côte. Le poumon droit est absolument sain. La plèvre gauche est une cavité cutanée de la grandeur du poing et est recouverte par l'épiderme. Dans une inspiration profonde, le médiastin antérieur est bombé à gauche. Les battements du cœur peuvent être vus et sentis.

L'auteur conseille, dans les cas semblables de tuberculose unilatérale de la plèvre et du poumon, d'employer le même procédé, c'est-à-dire que le siège de la maladie doit être découvert d'une manière suffisante pour un traitement tout chirurgical, par une résection franche de la paroi thoracique en avant ou en arrière. Dans certains cas, une résection temporaire peut être conseillée. Un lambeau pédiculé de la peau et de l'os est retourné, et quand la maladie du poumon et de la plèvre gauche est guérie, le lambeau thoracique peut être replacé dans sa position normale. Dans le cas cité, la paroi antérieure n'a été entièrement enlevée que parce qu'elle était elle-même le siège d'une tuberculose étendue.

Ce cas est particulièrement important à rapporter en présence de l'assertion d'Hofmokl qui, dans un mémoire ayant comme titre : *Contributions cliniques à la chirurgie de la plèvre et du poumon*, dit que douze malades atteints de tuberculose, traités par l'intervention chirurgicale, ont succombé, et que l'abstention doit être conseillée dans ces cas. — P. N.

De quelques nouvelles médications.

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE DES PHTHISIQUES (*Courrier méd.*, 1890).

Polyak rapporte les résultats obtenus par lui dans le traitement de la diarrhée des phthisiques avec le silicate de magnésie (sous forme de talc) proposé par Debove, et l'acide lactique recommandé par Sézary et Aune. 250 grammes de talc environ furent administrés dans 500 grammes de lait. En régle générale, la diarrhée cessa après quelques jours, mais elle réapparut dès qu'on supprima le talc. Les malades préféraient le lait mélangé au talc au lait ordinaire, mais il fut tout de même impossible de prolonger son usage au-delà de 6 à 7 jours, les malades se plaignant d'une sensation d'oppression à l'épigastre. L'auteur ne croit pas qu'on réussisse à guérir les ulcères intestinaux par l'emploi prolongé du talc. Les résultats furent plus favorables avec l'acide lactique. On commença par 1 gr. 80 d'acide lactique dans 120 grammes de lait ; les doses furent successivement augmentées jusqu'à 4 gr. 50 par jour. Dès le troisième jour, on constatait ordinairement la disparition de la diarrhée et des douleurs, et un ou deux jours plus tard les selles étaient devenues tout à fait normales. On se trouvait bien de continuer le médicament à petite dose pendant quelque temps après la disparition de la diarrhée. Les malades supportaient très bien l'acide lactique ; on n'a pas observé de phénomènes secondaires fâcheux, à moins qu'on ne prolongeât outre mesure l'emploi du médicament. Le docteur Polyak est d'avis que, grâce au traitement par l'acide lactique, on peut s'attendre même à la guérison des ulcères de l'intestin. — P. W.

©BIU Santé

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR L'OUABAÏNE, par WILLIAM SEMMELL. (*Brit. méd. Journ.* et *Bull. méd.*, 1890, 28).

L'ouabaïne est un alcaloïde retiré de l'ouabaïo, plante originaire de l'Afrique orientale. Sa formule correspond à C_{30} H_{46} O_{12}. Ce médicament a donné, entre les mains de l'auteur, dans vingt cinq cas de coqueluche, une guérison rapide; quatre malades ont été emportés par des complications, et vingt sont encore en traitement.

L'auteur résume ses résultats :

1° L'ouabaïne agit favorablement dans toutes les périodes de la coqueluche. Administré dès le début, il enraye la maladie. Dans la deuxième période, il rend les quintes moins fréquentes et moins intenses; enfin, dans la troisième période, il accélère la guérison.

2° Chez les enfants au-dessous d'un an, la dose du médicament ne doit pas dépasser 1/2000 d'un grain (0 gr. 000025) toutes les trois heures. Aux enfants plus âgés, il faut donner d'abord toutes les trois heures 0 gr. 00005 jusqu'à une dose journalière de 0 gr. 0004. En cas de quinte violente chez des enfants âgés de six à douze ans, il faut administrer, toutes les trois heures, 1/500 de grain (un dixième de milligramme).

3° Le mieux est de préparer une solution d'un grain (5 centigrammes) d'ouabaïne dans une telle quantité d'eau distillée que chaque goutte de cette solution contienne un millième de grain de l'alcaloïde.

4° L'ouabaïne abaisse légèrement la température et ralentit le pouls et la respiration.

5° Il provoque des sueurs, arrête la diarrhée, donne de l'appétit et améliore l'état général. Il augmente la diurèse et fait disparaître le sucre des urines. Il procure aussi un sommeil calme et profond. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre. — Présidence de M. NICAISE.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort de M. G. Monod, ancien président de la Société, et lève la séance en signe de deuil.

Séance du 29 octobre. — Présidence de M. NICAISE.

SOMMAIRE : Traitement de l'appendicite. — Procédé nouveau pour l'oblitération des fistules péniennes.

M. SCHWARTZ a eu à traiter plusieurs malades atteints d'appendicite. Il croit utile de résumer ses observations qui pouvent être rapprochées avec profit de celles que l'on a déjà citées.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 38 ans qui, quelque temps auparavant, avait eu des accidents de typhlite. La santé était redevenue bonne, lorsque, après avoir fait un long trajet en voiture, il eut des douleurs de ventre dans la fosse iliaque droite, qui était empâtée. Bientôt la fièvre atteignit 39°, et il se produisit des vomissements noirs. MM. Schwartz et Labbé diagnostiquèrent une péritonite généralisée consécutive à une typhlite récidivée. L'ouverture du foyer, qui était rempli de pus fétide, montra qu'il siégeait en arrière du cœcum et remontait vers le côlon. Il fut impossible de trouver trace de corps étranger, et il n'y avait pas de perforation. Le malade mourut rapidement au milieu de phénomènes généraux graves. On ne put faire l'autopsie.

Le second malade souffrait depuis une quinzaine de jours de douleurs vives dans la fosse iliaque lorsque M. Schwartz le vit. La région était sensible, plus saillante que celle du côté opposé; mais il était impossible de délimiter une tumeur nette. En percutant, on reconnaissait l'existence d'une matité à convexité supérieure au-dessus de laquelle on trouvait de la sonorité hydroaérique due au cœcum. Une ponction explo-

©BIU Santé

ratrice confirma le diagnostic de typhlite suppurée, et l'incision conduisit sur un foyer contenant au moins 300 grammes de pus, mais dans lequel il n'y avait pas de corps étranger. La guérison survint en un mois.

Le troisième cas se rapporte à une femme de 30 ans qui avait eu, quelques mois auparavant, un accouchement suivi de pelvi péritonite. Les accidents qui la firent entrer à l'hôpital consistaient en coliques, douleurs de ventre, constipation opiniâtre et teinte ictérique. Bientôt le pouls devint petit, la température s'éleva; il y eut des hoquets, des vomissements porracés, des douleurs dans la fosse iliaque gauche et du ballonnement. On porta le diagnostic de péritonite aiguë généralisée et on fit la laparotomie médiane. Il y avait de la péritonite et on trouva avec peine une collection derrière le cæcum contenant du pus fétide et du gaz. Une incision latérale permit seule d'assurer l'évacuation du foyer dans lequel se trouvait l'appendice ulcéré dont on fit la résection. L'opérée succomba après quelques heures.

M. Schwartz pense que, dans le premier cas, il s'agissait certainement d'une perforation de l'appendice; ce dernier ne put être découvert, et cela arrive souvent dans les cas de ce genre. Chez la troisième malade, il faut remarquer que la fosse iliaque gauche était plus douloureuse que la droite, aussi pense-t-on à la possibilité d'une obstruction intestinale. La perforation de l'appendice avait été causée par un pépin de citron.

Tous ces faits démontrent qu'il est nécessaire d'agir afin d'avoir des chances de succès et que le diagnostic est souvent très difficile.

M. Reclus insiste sur ce point que, dans la discussion qui a lieu et qu'il se félicite d'avoir soulevée, la plupart des membres de la Société ont insisté surtout sur deux points : les grandes difficultés du diagnostic et les diverses variétés de l'appendicite.

M. Reclus ne croit pas que le diagnostic soit difficile; il a lu les travaux de la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question : Roux, Kraft, Tuffier, etc., et la plupart, au contraire, reconnaissaient que le diagnostic est généralement facile. Personnellement il a eu à traiter quatre cas de la maladie, et trois fois le diagnostic était forcé.

M. Reclus ne pense pas que l'on doive admettre l'existence de toutes les variétés d'appendicite que l'on a cru reconnaître. Ce que l'on rencontre habituellement, c'est une appendicite qui se complique de péritonite dans la majorité des cas. La colique appendiculaire qu'a décrite Talamon n'est probablement pas une variété réelle. La pathogénie peut être diverse ; c'est ainsi que tantôt on trouve qu'une accumulation de matières fécales a été la cause des accidents et que tantôt cette accumulation manque. Dans certains cas, l'appendicite évolue sourdement, est larvée pour ainsi dire, tandis que, dans d'autres, il se produit des séries de crises douloureuses. A un moment donné apparaît une douleur très vive dans la fosse iliaque droite ; elle est aiguë, lancinante, et le maximum se trouve au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; il se produit du reste de nombreuses irradiations. La tuméfaction iliaque est un excellent signe ; malheureusement elle est souvent à peu près masquée par le tympanisme dépendant de la péritonite qu'entraîne la perforation. Dans le plus grand nombre des cas, l'appendicite est la cause des accidents, les statistiques le prouvent.

Cependant il est évident que les difficultés de diagnostic, dans quelques cas rares, deviennent très grandes. C'est ainsi que, dans une observation de Walter, il y avait une perforation de l'estomac.

Il serait très utile de pouvoir déterminer, avant d'opérer, s'il y a ou non des adhérences ; malheureusement leur diagnostic est des plus difficiles ; cependant, si l'on se base sur des constatations faites au cours des opérations, on peut admettre qu'elles sont très fréquentes. Il s'en suit que l'incision médiane permettra difficilement d'atteindre le foyer.

M. Reclus s'étonne que M. Richelot ait préconisé l'incision médiane dans les appendicites. Il rappelle que, dans deux cas, MM. Schwartz et Chaput, après avoir fait l'incision médiane, durent ouvrir latéralement ensuite, afin d'assurer l'évacuation du foyer. Une incision médiane a encore le désavantage de rompre les adhérences et de faciliter ainsi la diffusion des accidents à tout le péritoine.

©BIU Santé

En terminant, M. Reclus donne, pour résumer sa communication, les conclusions du mémoire qu'il a publié dans la *Revue de chirurgie* (1).

1° Une simple et première crise, caractérisée par une douleur plus ou moins fixe, à deux travers de doigt de l'épine antéro-supérieure, au point où siège le processus vermiculaire ne suffit pas pour légitimer l'ouverture du ventre et l'excision de l'appendice malade ;

2° Si des récidives fréquentes et l'existence d'une tumeur font craindre une rupture, comme nul ne peut mesurer d'avance la gravité des accidents consécutifs, l'intervention est alors indiquée.

3° Elle l'est à plus forte raison lorsque la perforation a eu lieu et provoque une péritonite généralisée ; mais alors, cette intervention, pour avoir quelques chances de succès, doit être précoce, presque immédiate, ou pratiquée au moins dans les quarante-huit premières heures ;

4° Lorsque la collection est enkystée, il faut encore pratiquer l'incision rapide pour éviter des complications redoutables, bien que déjà des adhérences protègent le péritoine ;

5° Dans ce cas, l'incision oblique nous paraît suffire à toutes, ou du moins à presque toutes les variétés d'abcès péri-appendiculaires.

M. Terrier rappelle que M. Bondoin a signalé que, dans des laparotomies, il arrive parfois que l'on trouve pendant l'opération l'appendice déplacé, adhérent et contenant des calculs.

Il faut bien établir le diagnostic entre les appendicites et les lésions des annexes. M. Reclus s'appuie beaucoup sur les calculs de probabilités pour distinguer la périty-phlite. Il peut aussi s'agir d'une adénite suppurée profonde.

Récemment, M. Terrier, appelé auprès d'un enfant que l'on disait atteint de périty-phlite, a constaté l'existence d'une tumeur ganglionnaire de la fosse iliaque siégeant en arrière du cœcum qui était à peine touché.

On a conseillé de faire une petite incision, de vider le foyer et de drainer ; c'est là une conduite à ne pas suivre. Dans certains cas, il faut faire une incision latérale et réséquer l'appendice ; enfin, s'il y a une péritonite généralisée, la laparotomie médiane s'impose, complétée ou non par une incision latérale.

Pour M. Berger, le diagnostic de la périty phlite est habituellement facile. Ce qu'il est fort difficile de savoir, quand on assiste au début de la maladie, c'est si l'appendicite deviendra perforante ou se terminera par la guérison. Dans ce dernier cas, il faut s'abstenir et, dans le premier, intervenir immédiatement, un diagnostic précoce de l'évolution serait donc fort utile.

Pour ce qui est du traitement, la laparotomie médiane ne doit être faite qu'en cas de péritonite généralisée ; dans les cas ordinaires, il faut recourir à l'incision latérale et à la résection de l'appendice.

— M. Reclus reconnaît que bien souvent le calcul des probabilités sert pour le diagnostic ; cependant il ne croit pas ce diagnostic aussi difficile qu'on l'a dit. La recherche de l'appendice permet souvent de trouver un second foyer purulent profond.

— M. Leprévost (du Havre) rapporte un cas de *fistule pénienne* de dimension et de siège anormaux qu'il obtura à l'aide d'un procédé particulier. La fistule, large de 1 centimètre et longue de 3, se trouvait en arrière de la base du gland et était entourée de noyaux cicatriciels indurés ne permettant pas de la traiter par le glissement.

M. Leprévost fit d'abord l'excision des parties superficielles du derme tout autour de la fistule, dans une étendue de 1 centimètre environ. Puis, traçant sur la face inférieure du prépuce un anneau de même dimension dont il avive seulement les bords, il fait ainsi une sorte de huit de chiffre allongé, les deux anneaux se réunissant à la partie antérieure de la fistule. Une incision demi-circulaire, comprenant toute l'épaisseur du prépuce, permet de rabattre l'anneau antérieur sur l'anneau postérieur. Huit points de

(1) *Revue de chirurgie*, 1890, 10, p. 810. Nous donnons ces conclusions *in extenso*.

suture maintinrent l'affrontement. L'opération terminée, la fistule se trouva complètement oblitérée par le lambeau emprunté au prépuce et disposé de telle sorte que sa face épidermique était devenue intra-uréthrale.

Il y eut réunion presque sur tous les points. Il persista seulement une fistulette insignifiante, qui se combla d'elle-même au bout de quelques mois.

La fistule avait été la conséquence d'une infiltration urinaire consécutive à une rupture interstitielle de l'urèthre.

— M. Reynier montre une tumeur de *pyosalpingite tuberculeuse*. La malade avait les deux côtés atteints. La tumeur droite put être enlevée facilement, celle du côté gauche s'est rompue dans le péritoine. Ce dernier a été nettoyé avec le plus grand soin et la malade est en voie de guérison.

— M. Michaux présente un malade auquel il a fait une *résection ostéoplastique du pied* à l'aide d'un procédé nouveau se rapprochant de ceux de Mikulicz et Tabouiay. Le caisson talonnien est énorme et donne un bon point d'appui à la chaussure, et c'est à peine s'il y a une légère inclinaison en avant. Trois mois après l'opération, le malade marchait bien et sans canne.

— M. Picqué présente un opéré de *néphropexie*.

— M. Bazy montre la synoviale d'un genou qui est le siège d'un *lipome arborescent*.

FORMULAIRE

Traitement du purpura. — A. Mathieu.

Si le purpura s'accompagne d'hémorrhagies, on a recours à des médicaments hémostatiques, tels que le perchlorure de fer et l'ergot de seigle. — Si on soupçonne le scorbut sporadique, il est bon de prescrire une alimentation plus réparatrice, avec des légumes verts et du jus de citron. — Dans le purpura infectieux, administrer les toniques, l'extrait mou de quinquina, le sulfate de quinine pour combattre la fièvre. Aliments liquides, tels que lait, bouillon, pulpe de viande, vin et grogs. — Dans le purpura cachectique, combattre l'anémie et la cachexie par les moyens usités en pareil cas. — Comme règle générale, si le purpura siège aux membres inférieurs, interdire la station debout et surtout la marche. S'il existe des ecchymoses véritables, les garantir contre les chocs extérieurs, et favoriser l'écoulement veineux. — Surveiller la bouche avec soin, à cause de la tendance au saignement et au ramollissement des gencives. — N. G.

COURRIER

Le comité permanent du Congrès français de chirurgie a mis à l'ordre du jour de la quatrième session les questions suivantes :

1° Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée);

2° Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes;

3° Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.

Le Congrès s'ouvrira à Paris sous la présidence de M. le professeur Guyon, en avril 1891 (semaine de Pâques).

— M. le docteur Dubar, médecin-adjoint du lycée de Lille, est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. le docteur Hallez, décédé.

— M. le docteur Lemoine est nommé médecin-adjoint du lycée de Lille.

©BIU Santé

— M. le docteur Bottard est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres, près la bibliothèque du Havre.

— M. le docteur J. Armand est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque d'Albertville.

Faculté de médecine de Bordeaux; prix de thèses. — Les prix de thèses de la Faculté ont été votés après un rapport lu par M. le professeur Bergonié. La médaille d'or et 500 francs ont été accordés à la thèse du docteur Sigalas, « Sur de nouvelles études de calorimétrie animale. »

Une médaille d'argent et 200 francs ont été accordés à M. le docteur Bitôt, pour sa thèse « Sur l'hystérie mâle. »

Une médaille d'argent et 200 francs ont été accordés à M. le docteur Roux pour sa thèse intitulée : « Etude chimique du lait de vache naturel. »

Enfin, des médailles de bronze ont été accordées par ordre alphabétique aux thèses suivantes :

M. Archambault : « De la dermatose de Kaposi. »

M. Audebert : « De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive. »

M. Chabrely : « Contribution à l'étude de l'albuminurie et de la néphrite interstitielle sénile. »

M. Labougle : « Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épidermiques de la main. »

M. Le Quinquis : « Epidémie d'hémiplégie faciale. »

M. Lafaye : « Traitement électrique des tumeurs érectiles. »

M. Roy : « Le muscle orbiculaire des lèvres. »

M. Vaton : « Etude comparative des différents traitements du prolapsus utérin. »

Ecole de médecine de Rouen. — M. Delabost, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Dumesnil, décédé.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred Fournier commencera ce cours le vendredi 14 novembre, à neuf heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Ordre du cours : les mardis, leçon au lit des malades; — les vendredis, leçon à l'amphithéâtre (dix heures).

Clinique médicale de l'hôpital Necker. — M. le professeur Peter commencera son cours de clinique médicale, le mercredi prochain, 12 novembre 1890, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— Rien n'est plus rationnel que l'emploi du Coaltar saponiné Le Beuf comme **DENTIFRICE**. Car par ses propriétés **microbicides**, *désinfectantes, détersives* et *toniques*, il répond mieux que tout autre produit aux derniers *desiderata* de la science. Il jouit en outre d'une innocuité absolue, qualité rigoureusement nécessaire pour un produit d'un usage journalier.

Envoi gratuit d'un échantillon à MM. les médecins. — Bayonne, pharmacie Le Beuf.

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

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur 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.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. GRANCHER : Sur un cas de scoliose. — II. BIBLIOTHÈQUE : Plages de la Manche. — III. REVUE DES JOURNAUX : Note sur les réactions chimiques du produit de sécrétion de la matrice. — Placenta prævia. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. FORMULAIRE. — VI. COURRIER. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le professeur GRANCHER.

Sur un cas de scoliose.

Messieurs,

En reprenant mes leçons, il est de mon devoir d'adresser des remercîments aux médecins qui ont bien voulu me remplacer pendant la longue absence qui m'a été imposée par l'état de ma santé. Je remercie d'abord M. Hutinel de la façon si scientifique, si profitable pour les élèves, si excellente à tous égards dont il vous a fait des leçons. Je remercie aussi M. Déjerine, qui, tous les jeudis, continuera son cours consacré à l'étude des maladies nerveuses. La richesse de son service de la Salpêtrière lui permet de vous présenter les types achevés et complets des maladies nerveuses, dont vous pouvez voir le début chez les enfants de nos salles du premier et du deuxième étage. M. Gaucher ne peut, malheureusement, pas continuer les leçons qu'il vous faisait sur les maladies de la peau, mais ce cours-annexe sera fait de façon à vous mettre à même de continuer l'étude des affections cutanées, qui sont si fréquentes chez les enfants.

Vous voyez, Messieurs, que, pour compléter mon enseignement, qui ne peut être encyclopédique, un seul médecin ne pouvant espérer étendre son savoir à toutes les branches de la science, je m'entoure de gens spéciaux parfaitement au courant de certaines parties spéciales de la pathologie.

Bien que je ne veuille absolument pas faire de profession de foi, je tiens, Messieurs, à vous dire quelques mots de la manière dont je comprends la tâche du professeur de clinique, et c'est parce que cette tâche est des plus difficiles et des plus complexes que je m'entoure de gens pour me compléter. Le professeur de clinique, en effet, doit d'abord être un instructeur; il doit apprendre aux élèves des choses élémentaires, leur parler de faits connus, leur présenter des malades dont les affections n'ont rien d'extraordinaire. Il faut ensuite qu'il dirige l'esprit de ses élèves dans le courant scientifique du moment, qu'il soit un éducateur. Il force alors l'esprit à penser par lui-même, de façon à ce qu'il apprenne à chercher, et féconde ainsi les faits qui tombent sous son observation. Le professeur doit, en effet, élever un peu son enseignement, car l'étude des seuls faits terre à terre finit toujours par être un peu aride.

Enfin, il faut encore que ce professeur soit un initiateur; je veux dire qu'il faut que, dans la mesure de ses forces, il cherche quelque chose de neuf, ou du moins indique des choses nouvelles à chercher et à trouver. S'il dé-

©BIU Santé

couvre des choses importantes, les choses seront au mieux; mais, quand même il ne s'agirait que de choses secondaires, il doit toujours s'attacher à faire progresser la science; à cette condition seulement, il sera à la hauteur de sa tâche, car il est nécessaire qu'il éveille, dans l'esprit et le cœur de ses élèves, le goût et le désir de la découverte.

Une leçon clinique parfaite réaliserait tous ces desiderata. Toute leçon ne peut malheureusement pas avoir cette portée, et il est bien difficile de pouvoir à la fois exposer un fait connu, en tirer une direction scientifique et, enfin, terminer en exposant des idées nouvelles. Malgré cela, il faut que le professeur de clinique indique dans les faits qui passent devant lui les points obscurs, inconnus qui doivent faire l'objet de recherches nouvelles.

La leçon clinique est d'autant plus difficile à faire que parmi les auditeurs se trouvent des élèves de tout âge et des médecins de tous les degrés d'instruction; sur les bancs se coudoient à la fois des élèves de première année, des médecins qui complètent leurs études, et quelquefois même des professeurs. Cependant, si la leçon rentre dans le cadre que j'ai tracé, si elle remplit à peu près le programme, chacun y trouve quelque chose à prendre, faits, méthodes scientifiques ou indications d'un point sur lequel des recherches spéciales seraient utiles et pourraient faire l'objet d'un travail original.

Je tâcherai, Messieurs, dans la mesure de mes forces, de me rapprocher du professeur idéal dont je vous ai tracé le portrait.

Le fait dont je veux vous parler aujourd'hui est fort intéressant, en ce sens que la malade est atteinte d'une affection sur laquelle il y a encore de nombreuses recherches à faire, et que, de plus, certains points de son histoire sont fort embarrassants.

Il s'agit d'une fillette de 15 ans 1/2, entrée dans nos salles le 27 octobre 1890, et couchée salle Parrot, n° 1.

Nous avons dû, vous verrez tout à l'heure pourquoi, étudier avec grand soin ses antécédents de famille. Du côté paternel, le grand-père et la grand'-mère sont morts de cancer, et le père est encore bien portant. Du côté maternel, on trouve aussi le cancer, mais surtout, chez la mère et chez une tante, la tuberculose pulmonaire. La malade a trois frères, un seul est bien portant et les deux autres présentent des manifestations morbides appartenant à la tuberculose.

Il y a donc, dans ce cas, une hérédité tuberculeuse très marquée du côté maternel. Cependant, nos connaissances sont bien peu avancées du côté de cette hérédité tuberculeuse. Il y a quelques années, dans une de mes leçons, j'ai emprunté à Leudet (de Rouen) des documents fort instructifs. Ces familles médicales de province, dans lesquelles on est médecin de père en fils, peuvent, en effet, bien mieux que nous, suivre l'hérédité des diathèses pendant quatre et cinq générations. Eh bien, des recherches de Leudet, il ressort ceci : c'est qu'au point de vue de l'hérédité tuberculeuse, on ne peut rien dire, rien affirmer de certain. C'est ainsi qu'un père et une mère étant tuberculeux, et ayant plusieurs enfants, on ne peut dire si ces derniers seront tuberculeux, ni si ils le seront tous. Leudet a vu, dans une famille, six enfants être tuberculeux, tandis que les parents étaient indemnes. Il a vu un père et une mère être tuberculeux, les enfants rester sains et la tuberculose reparaître à la troisième génération, pour disparaître à la quatrième et à la cinquième. Il est donc extrêmement difficile de

se faire une opinion ferme. Aussi, lorsque l'on vous posera des questions à propos de l'hérédité tuberculeuse, je vous conseille de répondre tout simplement que vous n'en savez rien et que vous ne pouvez rien dire. Du reste, dans les grandes villes, dans toutes les agglomérations humaines, la contagion joue un rôle bien plus grand que l'hérédité dans la transmission de la tuberculose.

Parlons maintenant des antécédents personnels de notre malade. Née à terme, elle a été élevée à Paris et nourrie au sein jusqu'à l'âge de 8 mois, est restée d'abord très bien portante; le sevrage a eu lieu sans accidents et elle a marché à 14 mois. Cependant, c'est à 10 mois que la maladie semble avoir débuté; à 8, elle avait fait une chute sur un escalier. Vous savez que les parents ont une grande tendance à rapporter au traumatisme un grand nombre de manifestations pathologiques; aussi ceux de notre malade ne manquent-ils pas d'incriminer la chute. Après tout, on ne sait pas dans quelle mesure exacte une chute peut agir pour provoquer les accidents qui vont nous occuper chez une enfant prédisposée.

Cette jeune fille est atteinte de scoliose, d'une déviation latérale gauche de la région dorsale de la colonne vertébrale d'intensité excessive. Déjà, à l'âge de 10 mois, la déviation était très apparente et elle fut traitée sans succès par M. Bouchut. L'enfant continua à grandir lentement jusqu'à 6 ans; son intelligence restant moyenne, mais le caractère étant un peu désagréable. A 6 ans, elle fit une seconde chute, et, à partir de ce moment, la maladie marcha beaucoup plus vite et la bosse prit des dimensions inquiétantes. Aussi essaya-t-on de la traiter de nouveau sans, du reste, le moindre succès. Enfin, à 14 ans, les règles apparurent et la déformation prit une nouvelle recrudescence. La scoliose s'est donc faite en trois poussées : à 8 mois, 6 ans, 14 ans; ces époques de la vie répondent à des périodes d'évolution et dans beaucoup de cas des évènements pathologiques importants se produisent à ce moment.

Actuellement, la malade est loin d'avoir la taille d'une enfant de 15 ans. Elle a cependant les jambes développées et le thorax seul est contourné; elle est restée un peu chétive et mal réglée et se plaint d'avoir de temps à autre de la fièvre. Mais vous savez le sens vague qu'il faut attribuer à ce mot, quand ce sont les gens du peuple qui l'emploient, et, bien souvent, il ne s'agit que d'un sentiment de fatigue. Assez fréquemment la malade a de la diarrhée. Enfin elle vient de contracter, sans doute dans le service, une scarlatine qui est actuellement en pleine éruption.

Si vous regardez le thorax de cette jeune fille par sa partie postérieure, vous voyez immédiatement qu'il y a une inclinaison de la colonne à gauche et une torsion des vertèbres, qui sont déformées au point que les apophyses épineuses regardent en avant et à droite. Le corps vertébral s'est déplacé de plus d'un arc de cercle, et, un peu plus, la vertèbre serait entièrement retournée. Les côtes gauches décrivent un angle énorme. Du côté droit, au contraire, elles sont à peine courbées et dessinent une sorte de dépression en allant rejoindre le sternum presque en ligne droite. Les courbures de compensation sont très développées au niveau des vertèbres cervicales et lombaires. Les épaules ne sont pas sur un plan trop différent à cause de ces courbures.

Quand on regarde le thorax en avant, on constate immédiatement l'existence d'un énorme chapelet costal. Le sternum est dévié du côté gauche. La pointe du scapulum touche l'épine iliaque antéro-supérieure et on ne

©BIU Santé

peut enfoncer la main entre les deux qu'en élevant beaucoup le premier os. A droite, l'espace laissé libre est plus considérable.

Les membres inférieurs ne sont pas déformés. Ils ont une conformation régulière, bien que leurs muscles soient grêles. Les viscères doivent être forcément fort gênés par la distorsion si considérable de la colonne vertébrale. Aussi, quand on ausculte la malade à gauche, c'est à peine si l'on entend quelque bruit respiratoire au-dessus de la région cardiaque; à droite, le murmure vésiculaire est très fort. Le cœur a des battements précipités. Il y a donc une altération profonde des parois de la cavité thoracique et de la situation des organes qui y sont contenus.

Nous sommes en présence d'une scoliose; mais qu'est-ce que cette énorme lésion qui occupe la plus grande partie de la colonne vertébrale?

Sa pathogénie est mal connue, et il y a encore beaucoup à apprendre à son sujet. Cependant son étiologie générale peut être présentée d'une manière assez claire si l'on admet deux grandes classes de scolioses : Les scolioses de cause statique, physique et les scolioses dépendant d'un trouble général de la nutrition ou scolioses d'origine trophique.

La statique de la colonne vertébrale, qui est composée d'un nombre très considérable d'os jouant continuellement les uns sur les autres, repose sur des conditions multiples. Il faut que le corps soit symétrique. C'est ainsi que tout ce qui rompt la symétrie des membres inférieurs entraîne le développement de la maladie. On la voit apparaître à la suite des arrêts de développement amenant des raccourcissements de 2 à 3 centimètres, après les paralysies infantiles, dans le genu valgum, dans certaines fractures qui ne sont pas suivies du retour à un équilibre parfait, dans la sciatique qui est suivie de l'apparition de contractures et d'attitudes forcées. Dans tous ces cas, il y a rupture d'équilibre anatomique ou physiologique, et la scoliose apparaît communément dans la région lombo-dorsale. La déviation peut encore dépendre d'une déséquilibration du côté du bassin et il est nécessaire, pour l'éviter, que les épines iliaques soient exactement sur le même plan.

La statique du tronc a encore une grande importance et l'on doit accorder une haute valeur pathogénique aux lésions de certains groupes musculaires, surtout les dorsaux ou les transversaires épineux qui peuvent être frappés de contracture, de paralysie; les attitudes vicieuses peuvent suffire à elles seules. La scoliose apparaît encore à la suite de cicatrices ou bien de modifications des rapports des côtes, lorsque, par exemple, après une pleurésie suppurée ou non, ou certaines lésions pulmonaires, la cavité thoracique se rétrécit d'un côté. Citons encore, dans cet ordre de causes, l'hypertrophie considérable du foie et de la rate, l'inclinaison de la tête par un torticolis ou même le développement de végétations adénoïdes dans le pharynx. Ces végétations, en effet, peuvent entraîner une dépression, un aplatissement du thorax antérieur, suivis de scoliose, et quand on les supprime, cette scoliose disparaît. Dernièrement, M. Redard a bien décrit tous ces faits. Il y a certainement rupture de l'équilibre fonctionnel du poumon droit et du poumon gauche, car l'auscultation des deux côtés donne des résultats très différents quand il y a une narine bouchée par une végétation.

En tête des causes trophiques se placent le rachitisme et l'ostéomalacie. Parrot regardait le rachitisme comme toujours ou presque toujours d'origine syphilitique. Actuellement on tend de nouveau à le rattacher à une

©BIU Santé

altération de la nutrition dépendant de l'alimentation défectueuse. Il entraîne des affaissements, des torsions, des écrasements partiels des vertèbres. La syringomyélie et la maladie de Morvan, si tant est qu'il s'agisse, dans les deux cas, de la même maladie, le tabes, et peut-être encore quelques autres maladies du système nerveux, entraînent des troubles trophiques des corps vertébraux et la scoliose.

Il s'agit maintenant d'établir si la scoliose de notre malade est d'origine statique ou d'origine trophique. Son histoire, l'état dans lequel elle se trouve actuellement, ne permettent pas d'admettre la première origine; ses membres sont, en effet, dans un équilibre parfait, et elle n'a ni myopathie, ni contractures, ni paralysies, etc.

Il s'agirait donc d'une scoliose trophique, se rattachant au rachitisme ou à la syringomyélie, les autres causes pouvant être à peu près négligées. Je suis embarrassé pour dire si, oui ou non, la malade est rachitique. On pourrait penser qu'elle l'est, en considérant la conformation spéciale de sa mâchoire. Cependant, il serait bien extraordinaire de voir une déformation rachidienne dorsale excessive, sans qu'il y ait rien aux membres, et cela est aussi peu classique que possible. M. L. Guinon, l'un de mes chefs de clinique, a trouvé en examinant soigneusement la malade, des phénomènes nerveux très intéressants qui n'ont pas encore été décrits dans la scoliose. C'est ainsi que, dans tout le côté gauche, il y a une hyperesthésie très accentuée portant non seulement sur le tact, mais sur la sensibilité thermique et la douleur ; le phénomène est surtout accentué au niveau d'une plaque située sur la partie latérale du thorax. On pourrait se demander, au premier abord, s'il ne s'agit pas en réalité d'une anesthésie du côté droit, mais un examen même sommaire prouve rapidement que la sensibilité est intacte de ce côté. Il y a un peu d'atrophie des membres supérieurs se rapprochant du type Duchenne-Aran. Devant ces phénomènes, on a pensé à la syringomyélie. Cependant l'ensemble symptomatique ne répond pas à la description habituelle de cette maladie. Dans cette dernière, il y a surtout une dissociation des phénomènes de sensibilité ; dans les parties supérieures du thorax et dans les membres supérieurs, on trouve que la sensibilité tactile est restée normale, tandis qu'il y a diminution dela sensibilité à la douleur et thermo-anesthésie. Aussi, M. Déjerine qui attache une grande importance à cette dissociation de la sensibilité, a-t-il dit qu'il ne s'agissait pas là d'une syringomyélie, cette appellation se rapportant aux tumeurs gliomateuses des parties centrales de la moelle ; aussi, pour lui, s'agit-il là d'une affection inconnue.

Tout le monde, cependant, est loin de penser comme M. Déjerine. M. Achard, par exemple, en reprenant récemment l'histoire de la syringomyélie, a recueilli des observations d'après lesquelles elle pourrait se caractériser par un grand nombre de manifestations, entraîner des troubles très variés, moteurs ou sensitifs, et ressembler soit à l'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne, soit à l'acromégalie, soit à la maladie du Morvan. Je n'ai pas, Messieurs, de compétence spéciale sur ces points et je ne peux que laisser les neuro-pathologistes à leurs discussions.

L'idée de M. Déjerine, qui était aussi la mienne, était qu'une distorsion si prononcée des vertèbres pouvait s'accompagner de phénomènes nerveux tenant aux déviations forcées de la moelle. Une enquête poursuivie dans cet hôpital n'a pas fait découvrir un seul cas de troubles nerveux imputables à la scoliose seule.

©BIU Santé

En somme, en dehors de la scoliose, qui est certainement d'origine trophique, trois opinions sont en présence, relativement aux troubles nerveux que présente notre malade. Ou bien il s'agit d'une maladie nouvelle, ou bien d'une syringomyélie, ou bien encore de phénomènes, jusqu'ici inconnus, dépendant de la compression de la moelle par distorsion exagérée des vertèbres. On ne peut actuellement rien affirmer ; mais vous voyez qu'il y a lieu sur ce point à des recherches intéressantes.

Tout ce que nous pouvons recommander à notre malade est de prendre des précautions pour éviter du côté du cœur et des poumons des accidents qui pourraient résulter de l'état précaire dans lequel se trouvent placés ces organes. Contre la lésion elle-même, nous ne pouvons rien et vous saurez qu'il en est souvent ainsi, le médecin, dans bien des cas, ne pouvant guère que poser un diagnostic.

BIBLIOTHÈQUE

PLAGES DE LA MANCHE, par G. BARDET. — Villes d'eaux de l'étranger : Espagne, Portugal, Italie, par J.-L. MACQUARIE. — Paris, E. Dentu.

La collection des Guides Dentu vient de s'enrichir de deux volumes destinés à permettre aux baigneurs de profiter de leur séjour aux bains de mer sur les côtes de la Manche ou de choisir en connaissance de cause parmi les eaux minérales d'Espagne, de Portugal ou d'Italie.

Le Guide de M. Bardet, illustré de nombreuses figures, renferme de précieuses remarques sur la manière de prendre les bains de mer et les inconvénients qu'ils présentent parfois. Pour chaque station, le lecteur trouvera une indication rapide des moyens de transports et de leurs prix, des principaux hôtels, des curiosités, etc.

L'ouvrage de M. Macquarie est disposé par ordre alphabétique. Une introduction thérapeutique donne un résumé substantiel des connaissances que tout baigneur devrait posséder avant de se soumettre à un traitement thermal qu'il néglige facilement ou auquel, au contraire, il accorde trop d'importance. Les eaux minérales sont très nombreuses en Espagne et en Portugal, et beaucoup de stations sont aussi remarquables par leurs beautés naturelles que par les qualités de leurs eaux. — P. N.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur les réactions chimiques du produit de sécrétion de la matrice, par A. STOCQUART (*Archives de méd. et de chir. pratique*, 1890, 109). — Dans 37 cas, le mucus utérin endocervical avait : 23 fois une réaction alcaline, 8 fois une réaction neutre, 5 fois une réaction acide. En général, donc, le mucus utérin est alcalin. Les cas dans lesquels le docteur Stocquart a constaté qu'il était neutre ou acide ne présentaient aucun caractère constant auquel il serait possible d'attribuer le changement de réaction. C'est ainsi que, dans les uns, la matrice était saine, et, dans d'autres, elle était atteinte d'inflammation superficielle du col. Ces modifications de la réaction ordinaire ont été constatées aussi bien en cas de leucorrhée vaginale acide abondante qu'en cas de sécrétion à peine marquée et nulle de la muqueuse du vagin. Les diversités de réaction pourraient n'être dues qu'à des erreurs de constatation. — P. N.

Placenta prævia, par F. BRAXSON HICKS, M. D., Londres (*Gazette médicale de Liége*, 1890). — I. Quand le placenta est inséré au tiers inférieur de l'utérus, il y a probabilité d'hémorrhagie. Si l'insertion est centrale ou marginale, on doit s'attendre à une hémorrhagie avant ou pendant le travail, soit prématurément, soit à terme.

II. Lorsque l'hémorrhagie s'est déclarée, la malade est en danger et en danger d'autant plus grave qu'il y a probabilité que l'hémorrhagie se renouvellera.

III. La position relative du placenta sur le col n'a aucune influence sur la fréquence ou la quantité de la perte du sang. En un mot, que l'insertion soit centrale ou marginale, le danger est le même.

Règles à suivre :

1° Le diagnostic de placenta prævia posé, il faut procéder, dans le plus bref délai, à la terminaison de l'accouchement.

2° Quand l'opération est commencée, il ne faut plus quitter la malade.

3° Quand le col est entièrement dilaté et que le placenta est marginal, il faut rompre les membranes et voir si la tête est poussée vers le col pendant les douleurs.

4° Si la tête tarde à descendre, il faut employer le forceps ou faire la version.

5° Si le col est mince et si le placenta le recouvre plus ou moins, il faut détacher celui-ci avec précaution sur tout le pourtour du col. S'il ne survient pas d'hémorrhagie, on peut ensuite attendre une heure ou deux. Si le col n'est pas dilaté et si l'on n'a pas un dilatateur sous la main, on peut dilater le col. Si l'on juge que le forceps puisse être aisément appliqué, il faut l'appliquer, sinon il faut faire la version bipolaire par manœuvre interne et externe combinée. Le col est, de cette façon, tamponné par les membres ou le siège du fœtus. Cela fait, on laisse agir la nature en agissant, comme dans l'accouchement, par les pieds ou par le siège.

6° Si le col est mince et si l'on n'a ni forceps ni dilatateur, il faut faire la version.

7° Si pendant les manœuvres ci-dessus il survient une violente hémorrhagie, il vaut mieux terminer la version par l'extraction du fœtus.

8° Quand le fœtus est mort ou quand le travail se déclare avant la fin du septième mois, il faut faire la version et ensuite abandonner le reste à la nature.

L'auteur déclare que c'est la méthode qui donne sinon les meilleurs, du moins le plus de bons résultats. La mortalité, dans le cas de placenta prævia, était autrefois de 30 p. 100. Elle se réduit par cette méthode à 5 p. 100. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 novembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Une note intitulée : *Contribution à l'étude de la dépopulation de la France*, par M. le docteur J. Mascarel;

2° Des plis cachetés sur le traitement de la phthisie, adressés par MM. les docteurs Fabre et Abeille;

3° Un mémoire relatif au développement d'un état bactéricide déterminé par la transfusion du sang de chèvre chez les lapins inoculés avec des produits tuberculeux, par M. le docteur G. Bertin et J. Picq, vétérinaire (de Nantes);

4° Une note sur les maladies inflammatoires de l'appareil digestif; leurs fréquence, leurs causes, leurs conséquences et leur traitement, par M. le docteur O. Dubois;

5° Une lettre de la préfecture d'Eure-et-Loir au sujet de la dernière épidémie de grippe.

Dépopulation de la France. — M. Brouardel pense qu'il faut d'abord s'attacher à conserver la vie aux vivants et à diminuer la mortalité. Actuellement, en France, la variole et la fièvre typhoïde entraînent un nombre considérable de décès. 14,000 personnes succombent à la variole chaque année, tandis qu'en Allemagne il n'en meurt que 110. Presque toutes les victimes de la variole succombent avant 40 ans, c'est-à-dire à l'âge de l'activité génitale.

Quant à la fièvre typhoïde, elle tue, annuellement, à peu près 23,000 personnes dont le plus grand nombre sont des jeunes gens de 15 à 25 ans.

©BIU Santé

Comment combattre la variole et la fièvre typhoïde?

Pour la variole, il suffit de rendre la vaccination obligatoire comme en Allemagne.

La fièvre typhoïde est 90 fois sur 100 transportée par l'eau; les puits, les fontaines ou les sources empoisonnent les familles et les villes.

A Vienne, la substitution de l'eau de source à l'eau de rivière a amené la disparition presque complète de la fièvre typhoïde.

A Angoulême, où la maladie était commune, elle a presque cessé depuis qu'on a amené l'eau de source. S'il y a encore des cas de mort dûs à la dothiénentérie parmi les habitants de la ville, c'est que quelques maisons ont des puits particuliers. La population militaire ne présente pas de décès. A Rennes, à Nantes, des faits analogues se sont produits.

L'assainissement du sous-sol par la canalisation souterraine est important, mais elle ne vient qu'en seconde ligne, et il faut d'abord amener de l'eau pure.

En temps de guerre, la fièvre typhoïde sévit sur les armées de la façon la plus cruelle et peut nuire aux opérations militaires, comme on l'a vu en Tunisie et au Pas-des-Lanciers en 1886.

Actuellement la France et l'armée ne sont qu'un, réservistes et soldats en activité vont continuellement de la vie militaire à la vie civile, les déplacements sont fréquents et nombreux, il convient donc, maintenant que l'on sait où se trouvent les foyers de la fièvre typhoïde, de la faire disparaître, et M. Brouardel compte que l'Académie l'aidera dans cette tâche.

D'autres maladies infectieuses, telles que la dysenterie et le choléra, ont une étiologie à peu près du même genre et il est urgent de les combattre.

M. Brouardel propose au vote de l'Académie les conclusions suivantes :

La loi sanitaire en préparation doit rendre la vaccination et la revaccination obligatoires; elle doit armer l'autorité de pouvoirs suffisants pour que les municipalités, à leur défaut le préfet ou le gouvernement, puissent assurer la salubrité publique des agglomérations contre les dangers qui résultent de l'usage d'une eau polluée.

M. Vallin appuie sur ce fait que les meilleurs filtres ne peuvent diminuer la fréquence de la fièvre typhoïde que dans une proportion bien moindre que l'usage de l'eau de source.

Les conclusions de M. Brouardel sont adoptées.

M. Abadie fait une communication sur le meilleur traitement de l'ophthalmie sympathique. En voici les conclusions :

L'ophthalmie sympathique est une des affections oculaires les plus graves, contre laquelle nous étions désarmés.

L'énucléation de l'œil blessé faite à temps était le seul moyen de sauver l'œil sain et bien souvent encore, malgré cette énucléation, la cécité survenait complète et irrémédiable.

Aujourd'hui la thérapeutique de cette redoutable affection doit être complètement transformée.

Lorsqu'à la suite de la blessure d'un œil une ophthalmie sympathique se déclare sur l'œil sain, il faut cautériser vigoureusement les lèvres de la plaie au galvano-cautère et injecter dans l'œil blessé une goutte d'une solution de sublimé à 1 p. 1000. Aussitôt les accidents sympathiques rétrocèdent dans l'autre œil.

Si une seule injection ne suffit pas, on peut la répéter au bout de quelques jours.

Deux ou trois assurent généralement une guérison complète.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 novembre. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Tic spasmodique du voile du palais. — Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx. — Cancer de l'estomac sans troubles digestifs.*

M. Dieulafoy présente un malade, âgé de 42 ans, atteint d'un tic spasmodique du voile du palais, de la luette et des piliers. C'est une sorte de battement presque isochrone

©BIU Santé

aux pulsations artérielles, quelquefois dédoublé; il a commencé il y a deux ans. L'examen n'a pas fait découvrir la présence d'une tumeur anévrysmale. C'est un tic, absolument analogue à celui de la paupière, un blépharospasme. Le malade se plaint seulement d'une certaine gêne occasionnée par les mouvements incessants de sa luette et de son voile, mais il peut sans difficulté déglutir et parler. Il n'est pas hystérique, et l'on ne retrouve point d'hystérie dans ses antécédents héréditaires; mais il a le tænia. Quelle que soit, du reste, la cause de ce tic, M. Dieulafoy dit qu'il n'en a jamais vu de semblable.

— M. Merklen : Senator a récemment décrit, sous le nom de *phlegmon aigu infectieux du pharynx*, une maladie aiguë, fébrile, débutant par un mal de gorge avec dysphagie, bientôt accompagné de phénomènes laryngés (enrouement et dyspnée), puis de troubles cérébraux, et se terminant rapidement par la mort. A l'autopsie, on trouve une infiltration purulente des couches profondes de la muqueuse pharyngée avec propagation du côté du larynx. La seule cause paraît être le refroidissement.

Diverses observations qui avaient été publiées sous le nom d'œdème aigu du larynx, de phlegmon primitif du larynx (Cruveilhier), de laryngite sous-muqueuse, doivent être rattachées à la maladie que décrit Senator, bien que l'on ne trouve pas signalée, dans beaucoup d'entre elles, la détermination pharyngée qui serait primitive et constante, d'après cet auteur.

M. Merklen présente deux observations personnelles qui confirment la description de Senator. Voici le résumé de cette description :

Le plus souvent, début par simple mal de gorge; au bout de deux ou trois jours, dysphagie très pénible, phénomènes laryngés rapidement menaçants, raucité de la voix et de la toux, dyspnée, cornage et bientôt accès de suffocation. On porte le diagnostic d'œdème aigu de la glotte. Mais un examen plus approfondi fait remarquer que la gêne de la déglutition est aussi prononcée que celle de la respiration; de plus, l'examen de la gorge montre simplement un peu de rougeur des piliers et des amygdales; au laryngoscope, on ne voit aussi qu'une rougeur vive de l'épiglotte, des replis glosso-épiglottiques et du pharynx. En revanche, l'introduction du doigt révèle parfois de l'épaississement de l'épiglotte, toujours de l'œdème des replis aryténo-épiglottiques. La partie supérieure du cou est tuméfiée, les ganglions engorgés; la pression est extrêmement douloureuse, surtout au niveau du cartilage thyroïde.

La température est à 39° ou 40°, le pouls fréquent, les urines albumineuses, la rate hypertrophiée; il y a du délire.

Les symptômes d'asphyxie s'accentuent de plus en plus; on fait la trachéotomie, mais cette opération ne remédie qu'à la dyspnée, nullement à la dysphagie et aux symptômes généraux. Parfois, une expectoration purulente annonce l'ouverture de l'abcès, mais aucune amélioration ne s'en suit, et, généralement, vers le cinquième jour, la mort survient, soit par asphyxie lente, soit le plus souvent par syncope, comme dans les diphtéries infectieuses.

A l'autopsie, on trouve de l'œdème de la glotte et une infiltration purulente de l'espace compris entre la face postérieure du larynx et la muqueuse pharyngée. A l'état normal, cette muqueuse est plissée en ce point, car elle n'adhère au plan profond, formé par la face postérieure du larynx, que par un tissu cellulaire lâche. C'est dans ce tissu cellulaire que se développe le pus, qui n'est d'ailleurs que rarement collecté; le terme de phlegmon convient donc mieux que celui d'abcès; c'est un phlegmon pharyngo-laryngé.

En outre, c'est un phlegmon infectieux; l'état général, l'albuminurie, l'hypertrophie de la rate, le délire, la mort rapide ou subite le prouvent. L'examen bactériologique n'a pas encore permis de déterminer la nature de cette infection; Israël a cependant trouvé, dans un cas, le streptocoque dans le pus et dans la rate. Les complications viscérales confirment la nature infectieuse de la maladie. Les plus fréquentes sont la néphrite parenchymateuse, l'inflammation de la muqueuse gastrique, la bronchite, la congestion, l'œdème pulmonaire, quelquefois même l'hépatisation pneumonique.

Le diagnostic est assez facile, grâce à la coexistence d'un œdème aigu de la glotte

©BIU Santé

avec la dysphagie, la fièvre, l'albuminurie, le délire. On pourrait cependant confondre soit avec le croup d'emblée, soit avec l'érysipèle primitif du larynx.

Dans le croup d'emblée, il n'y a pas de dysphagie et la douleur du cartilage thyroïde est bien moins vive. Dans quelques cas, cependant, le diagnostic est très difficile et ne peut être fait qu'au moment de l'apparition ou de l'expulsion des fausses membranes.

Dans l'érysipèle du larynx, il y a une tendance remarquable au déplacement du gonflement érysipélateux, d'où une variabilité extrême de la dyspnée et de la dysphagie. De plus, la guérison est assez fréquente.

Peut-être y a-t-il identité de nature entre les deux affections, bien que l'érysipèle ne détermine pas de suppuration.

Le traitement a été jusqu'à présent inefficace. Le trachéotomie n'est qu'une opération palliative qui retarde l'asphyxie. Elle permet cependant une action directe sur le larynx. Il faut soutenir l'état général et favoriser la sécrétion rénale (caféine, injection de grandes quantités de liquide par le rectum, etc.).

M. Rendu a autrefois observé un fait semblable à ceux de M. Merklen. L'autopsie révéla que la mort, qui était rapidement survenue une heure après la trachéotomie, était due non à un œdème aigu de la glotte, mais à une infiltration diffuse du pus sous la muqueuse pharyngée. Le pneumogastrique était entouré de ces tissus infiltrés et son altération consécutive avait probablement causé la mort.

La mort, dans presque tous les cas que M. Merklen a cités, est subite. Ne pourrait-elle pas être aussi attribuée à des lésions du pneumo-gastrique? D'ailleurs, d'autres signes que M. Merklen rattache à la nature infectieuse de la maladie, par exemple la congestion pulmonaire, peuvent s'expliquer par l'altération de ce nerf.

M. Gouguenheim pense que l'affection doit être rare, car il n'en a jamais vu un seul cas.

Tout récemment, dans le *Lyon médical*, M. Josserand vient de publier deux observations d'abcès rétro-laryngé primitif. Un cas s'est terminé par la mort, l'autre par la guérison après ouverture de l'abcès. La terminaison paraît donc ne pas être toujours aussi défavorable que l'a dit M. Merklen. Dans le pus, on avait retrouvé le pneumocoque encapsulé de Friedlander.

M. Juhel-Rénoy a observé, lui aussi, un cas semblable à ceux qu'on vient de rapporter, et qui se termina rapidement par la mort. Mais les symptômes de l'affection ne donnaient nullement l'impression d'une maladie générale infectieuse.

M. Netter a assisté à l'autopsie de deux cas de Frænkel. Dans ces deux cas, en même temps que l'abcès pharyngo-laryngé, on trouva de la péricardite suppurée et de la pleurésie purulente. Dans le pus de l'abcès et des épanchements, on trouva le streptocoque.

Dans un autre cas, appartenant à M Hanot, avec l'abcès laryngé il y avait une pleurésie purulente à streptocoques.

M. Merklen : La mort peut survenir par le mécanisme qu'indique M. Rendu; cependant, la dénomination de maladie générale infectieuse doit être accepté : à cause de la fièvre, de l'albuminurie très abondante, de la tuméfaction splénique, du délire. Donc, la mort peut aussi tenir à l'infection, comme dans la diphthérie infectieuse.

Quant aux faits que rapporte M. Netter, leur évolution et leurs symptômes les distinguent absolument du phlegmon laryngo-pharyngé primitif.

— M. Siredey présente les pièces anatomiques d'une femme morte de cancer de l'estomac. A son entrée dans le service de M. Straus, à l'hôpital Laënnec, au mois de septembre dernier, cette femme ne présentait aucun symptôme de cancer de l'estomac, pas même de la dyspepsie. L'état général était excellent, le teint rosé. Quelques signes d'éthylisme.

L'examen de la région épigastrique révélait cependant la présence de deux tumeurs volumineuses, superposées, paraissant appartenir, l'une à l'épiploon, l'autre à l'estomac.

©BIU Santé

L'état général resta excellent jusqu'au mois d'octobre. A ce moment commencèrent des vomissements incoercibles qui amenèrent rapidement un amaigrissement considérable, mais sans que la malade ait perdu l'appétit. Jamais la teinte jaune particulière ne parut, les ganglions ne s'engorgèrent pas. Mort le 28 octobre.

A l'autopsie, on trouve deux tumeurs cancéreuses, une sur l'épiploon, l'autre sur l'estomac; celle-ci s'étendait sur les deux tiers de la grande courbure et de là jusqu'au pylore, qui était devenu à peu près infranchissable. Quelques granulations sur le péritoine.

M. Moutard-Martin demande s'il existait des contractions péristaltiques de l'estomac.

M. Siredey : Ces contractions ont été constatées plusieurs fois; il suffisait pour les produire de percuter légèrement la région.

M. Moutard-Martin : Dans les dilatations de l'estomac dues au cancer, on provoque très facilement ces ondulations par une légère percussion de l'épigastre. M. Moutard-Martin ne les a même jamais vues, si ce n'est dans le cas d'obstruction cancéreuse du pylore.

M. Hayem : Les contractions péristaltiques de l'estomac et de l'intestin n'ont pas la valeur diagnostique que leur attribue M. Moutard-Martin. On peut en effet les observer dans tous les cas de dilatation gastrique, quelle qu'en soit la cause, toutes les fois que l'estomac n'a pas perdu sa contractilité propre.

Un fait beaucoup plus intéressant, c'est la façon dont la malade de M. Siredey digérait.

Dans le cas de cancer stomacal, en effet, le chimisme de l'organe est ordinairement très altéré.

Mais, quelquefois cependant, les glandes d'une grande portion de la muqueuse restent normales, la digestion et la nutrition se font bien ; le chimisme stomacal reste donc normal dans ces cas. Il devait en être ainsi de la malade de M. Siredey. Il faut se souvenir cependant que le chimisme stomacal peut être complètement aboli, sans qu'il y en ait des signes, et que la digestion intestinale peut suppléer la digestion stomacale.

M. Siredey : La muqueuse d'une bonne partie de la grosse tubérosité de l'estomac présenté à la Société est saine. De plus, le foie et le pancréas de la malade étaient absolument normaux. La digestion pouvait donc encore se faire comme l'indique M. Hayem.

FORMULAIRE

Potion contre l'hémoptysie. — Bamberger.

Essence de térébentine	5	grammes.
Huile d'amandes douces	5	—
Mucilage de gomme arabique	20	—
Sirop simple	20	—
Eau distillée	200	—

F. s. a. une potion, dont on fait prendre une cuillerée à soupe toutes les demi-heures, pour combat l'hémoptysie, lorsqu'elle dure depuis un certain temps, et qu'elle a résisté aux astringents. — Repos absolu; injections sous-cutanées d'ergotine, si c'est nécessaire

N. G.

COURRIER

Le samedi 8 novembre a eu lieu la séance d'ouverture des cours de l'Association de l'Ecole dentaire de France sous la présidence de M. Paul Jacquemart, inspecteur

©BIU Santé

général de l'enseignement technique, délégué de M. le ministre du commerce, de l'industrie et des colonies, au nom duquel une médaille de vermeil a été décernée. De plus, un prix d'honneur a été également accordé au meilleur élève au nom de M. le ministre de l'instruction publique.

L'Association de l'Ecole dentaire de France, société scientifique et philanthropique, à laquelle est attachée une clinique gratuite pour les maladies des dents, donne aussi l'enseignement professionnel.

Faculté de médecine de Paris. — *Commission des prix.* — Année scolaire 1890-1891.

Prix Lacaze. — MM. Brouardel, président ; Cornil, Grancher, Proust, Dieulafoy ; Debove, suppléant.

Prix Barbier. — MM. Le Fort, président ; Guyon, Gariel, Richet, Tillaux ; Duplay, suppléant.

Prix Montyon. — MM. Laboulbène, président ; Bouchard, Hayem, Dieulafoy, Straus ; Cornil, suppléant.

Prix Chateauvillard. — MM. Fournier, président ; Gautier, Richet, Tillaux, Le Dentu ; Hayem, suppléant.

Prix Jeunesse. — MM. Brouardel, président ; Grancher, Proust, Straus, Debove ; Dieulafoy, suppléant.

Prix de thèse. — MM. Regnault, président ; G. Sée, Potain, Peter, Panas, Laboulbène, Duplay, Math. Duval, Pinard ; Le Fort et Proust, suppléants.

— La souscription pour l'érection d'un buste au regretté professeur Damaschino sera close le 1er décembre.

Les cotisations sont reçues chez les secrétaires du comité, MM. les docteurs Letulle, 124, boulevard Saint-Germain, et Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune.

— Le concours de la médaille d'or (bourse de voyage) des internes des asiles d'aliénés de la Seine s'est terminé, vendredi matin, par la nomination de M. Marie, interne de deuxième année.

— Un concours pour un emploi vacant de chef titulaire de clinique chirurgicale s'ouvrira le 17 novembre prochain.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 15 novembre 1890, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'Histoire de la période arabe et des médecins arabes.

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus de cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels ; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Le Dentu : Leçon d'ouverture. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie. — VI. Formulaire.

BULLETIN

Nous voulons seulement attirer en quelques mots l'attention de nos lecteurs sur l'important discours de M. Brouardel à l'Académie de médecine. C'est le résumé de diverses enquêtes faites sur les dernières épidémies de fièvre typhoïde et qui démontrent surabondamment que cette maladie est causée par les eaux contaminées. La conclusion qui en découle est toute simple : il faut approvisionner tout le monde, citadins et soldats, habitations privées ou casernes, d'eaux de source, distribuées de telle façon qu'elles ne puissent être contaminées en route.

Quand on pense que chaque année la fièvre typhoïde tue plus de 20,000 Français, et qu'on pourrait éviter cette mortalité effrayante au moyen de l'eau pure, on ne sait ce qui doit le plus nous frapper de l'immensité du danger, ou de la simplicité du moyen à lui opposer. Et, cependant, on ne fait que peu de chose pour y remédier. Aussi l'appel fait par M. Brouardel à l'Académie est-il de ceux qu'il faut répéter et crier bien haut. Il faut que tout le monde se joigne à lui pour obtenir des pouvoirs publics les mesures nécessaires. Nous y contribuerons pour notre part, autant qu'il nous sera possible. — L.-H. P.

FEUILLETON

CAUSERIE

Vous avez dû voir, chers lecteurs, que je vous ai laissés en suspens (le bec dans l'eau, comme on dit vulgairement) au sujet du règlement des honoraires d'Ibrahim-Pacha, soigné par Lallemand. Celui-ci avait demandé 500,000 francs, d'après M. Pardo, au banquier du prince, M. d'Eichtal. Comment la question fut-elle résolue? Lorsque j'en suis resté là, je n'avais aucune solution à vous donner, n'ayant pas à ma disposition la suite des feuilletons de M. Pardo; aujourd'hui, au lieu d'une solution, j'en ai deux, une de M. le docteur Piglowski, lequel a connu pendant longtemps Lallemand, dont il était l'élève, et a vu Ibrahim-Pacha au Vernet; l'autre de M. Pardo.

M. Piglowski, dont je vous ai parlé dans la *Causerie* en question, a bien voulu me faire parvenir les renseignements suivants :

« Le prince Ibrahim-Pacha n'a jamais gardé le lit. Ce que M. Pardo en a dit est contraire à la vérité. Ibrahim a été ramené par Lallemand du Caire au Vernet, sans être jamais trimballé d'une station thermale à l'autre, ni jamais interné dans une maison de santé qui n'a pas existé.

Quant aux honneurs, jamais aucun juif allemand n'a été intermédiaire entre le prince et le docteur, auquel il a été remis, avant le départ du Vernet, par M. de Bonfort, inten-

©BIU Santé

Hôpital Necker. — M. le professeur Le Dentu.

Leçon d'ouverture (1).

Messieurs,

Lorsqu'un homme est parvenu à un but qu'il a poursuivi pendant plus de vingt ans de sa vie, le jour où le succès a couronné ses efforts, il a le droit de se déclarer parfaitement heureux. Tel est mon cas. A partir du moment où j'ai eu revêtu la robe d'agrégé, mon espoir a été de pouvoir arriver un jour à occuper une chaire de la Faculté. Peu à peu nos espérances ont augmenté, et, actuellement, après avoir passé par la phase inévitable des compétitions et des luttes, mon rêve est devenu une réalité. J'ai même eu ce bonheur bien rare d'accepter d'emblée une chaire de clinique.

Parvenu à un pareil honneur, il me faut remercier ceux qui m'en ont jugé digne; j'adresse donc d'abord mes remerciements à M. le doyen qui représente ici, je veux le croire, la Faculté tout entière; je les adresse encore à mes maîtres, morts et vivants, dont les conseils et les leçons m'ont si souvent soutenu dans ma tâche.

Bien que M. Trélat ait été directement remplacé à la Charité par M. Duplay, il a occupé assez longtemps cette chaire à Necker pour que son enseignement y ait laissé des traces durables. Les grandes qualités qu'il avait su faire apprécier par ses collègues et ses élèves me permettent de dire qu'il a laissé dans l'enseignement chirurgical de Paris un vide qui sera difficilement comblé.

La clinique est un des points de notre art qui exige le plus de qualités de la part du professeur; elle est l'application tangible, pratique des faits que

(1) L'ouverture du cours de M. Le Dentu avait attiré un grand nombre de maîtres, d'amis et d'élèves tenant à témoigner de leur vive sympathie pour le nouveau professeur. Nous ne pouvons que résumer cette leçon d'ouverture interrompue à plusieurs reprises par d'unanimes applaudissements.

---

dant du prince, un chèque de 100,000 francs sur la maison Pastré, de Marseille. En dehors de cela, Mme Lallemand et ses nièces avaient reçu des bijoux de valeur et de magnfiques châles de l'Inde. »

Ecoutons maintenant M. Pardo (*Gazette médicale d'Orient*, 30 octobre 1890). Vous vous rappelez que Lallemand vient de demander, d'après lui, 500,000 francs à M. d'Eichtal.

« Celui-ci, interdit, lui fit observer qu'il ne pouvait pas prendre sur lui de lui accorder une telle somme, mais qu'il en référerait au prince.

La réponse d'Ibrahim-Pacha ne se fit pas longtemps attendre, et Lallemand reçut les 500,000 francs qu'il avait demandés et aurait reçu le double s'il eût osé le demander, car la libéralité et la magnanimité de tous les princes égyptiens, issus du grand Méhémet Ali, dépassent tout ce que l'imagination la plus ardente peut inventer en fait de contes légendaires des Nababs indiens.

Naturellement, M. d'Eichtal ne pouvait jamais s'imaginer que de tels honoraires devaient être donnés à Lallemand pour la gloire du prince et pour l'honneur de l'homme *excellens in arte*. Mais Lallemand avait tranché la question. »

Qui a raison, ou plutôt de quel côté est la vérité? Qui la dit, de M. Pardo ou de M. Piglowski? Je crois plutôt que c'est ce dernier qui a vu les choses par lui-même.

* * *

Sur cette histoire, M. Pardo en greffe une autre et, comme je les aime, je continue à

©BIU Santé

nous observons tous les jours, et, je m'empresse de le dire, le malade doit profiter de cette étude plus encore que la science. La clinique est une épreuve de chaque jour, car les actes du professeur sont jugés et commentés par les élèves qui peuvent contrôler le diagnostic et suivre l'évolution de la maladie. Il faut, à ce professeur, un jugement sûr, une intelligence toujours prête à prendre des déterminations rapides, une maturité éprouvée, une expérience consommée. Qui peut se flatter de posséder toutes ces qualités, à chaque jour, à chaque heure? Cependant, si elles ont été exigées de tout temps, elles sont encore plus nécessaires maintenant que la chirurgie a subi une transformation qui la rend méconnaissable.

Il devrait être aisé de découvrir la vérité si elle est une. Malheureusement tous les yeux ne sont pas aptes à voir son précieux flambeau, et il faut, pour découvrir le vrai, à la fois beaucoup de raison et de jugement.

Depuis quarante ans, et surtout dans les vingt dernières années, les progrès de la chirurgie ont étonné le monde. Ne croyez pas, cependant, que son développement extraordinaire soit dû exclusivement aux travaux les plus récents; elle le doit à l'ensemble des découvertes faites par nos anciens, a ce que l'on est convenu d'appeler la tradition.

Cette affirmation, Messieurs, trouvera quelques incrédules parmi vous. Est-on en droit, direz-vous, d'invoquer la tradition à cette époque de progrès, car elle représente la routine et la force d'inertie... Et bien, Messieurs, il n'en est pas ainsi, et la tradition, je vais insister sur ce point, est un aspect du progrès lui-même.

Il est impossible de parler de la tradition sans invoquer ces grands noms qui projettent jusqu'à nous des rayonnements de gloire. La tradition, ce n'est pas seulement Hippocrate réunissant dans un mouvement impérissable tout ce que l'on savait de son temps dans les Ecoles de la Grèce, c'est Hippocrate décrivant une foule de bandages, inventant des tiges creuses pour trépan, prescrivant les substances qui doivent entrer dans les pansements et préconisant le vin et l'eau salée; enfin, c'est Hippocrate

---

raconter, d'après lui, car il s'agit, comme héros, de deux personnages bien connus dans le monde entier.

Le baron James de Rothschild, dit-il, aurait bien compris la conduite d'Ibrahim-Pacha; ce riche banquier, quelque généreux qu'il fût, ne donnait jamais rien pour rien, mais il donnait quelquefois beaucoup et sans calculer. En voici un exemple remarquable.

Le baron de Rothschild s'était fracturé la jambe; le hasard a voulu que Dupuytren eût à le traiter. C'était sa première aubaine et le commencement de l'immense fortune qu'il a laissée. Comme on peut bien le penser, la guérison a été parfaite.

Le grand banquier écrivit un petit mot au grand chirurgien, en lui exprimant toute sa reconnaissance et en le priant d'accepter 12,000 francs comme témoignage. Dupuytren ne comprit pas tout d'abord que c'était 12,000 francs de rente que le Crésus moderne lui faisait, parce que le baron James aimait à laisser dans l'équivoque ceux auxquels il voulait donner des preuves de ses largesses, et le billet adressé au célèbre chirurgien était tourné de manière à y prêter. Depuis lors, Dupuytren a été le chirurgien de Rothschild, et Rothschild le banquier de Dupuytren.

Le prince de la science et le prince de la finance ne se sont plus quittés.

* * *

Les Ecoles secondaires de médecine, menacées dans leur existence par la création de Facultés multiples, se défendent de leur mieux. Sachant que l'union fait la force, elles

©BIU Santé

recommandant la pleurotomie postérieure et plaçant dans l'incision un tube en étain que l'on peut regarder comme le premier des drains.

Praxagore (de Cos) a pratiqué la laparotomie et la suture de l'intestin.

Erasistrate découvrit le cathéter recourbé en S.

Celse liait les vaisseaux par les plaies; il règla les amputations en montrant la nécessité de faire une manchette et se servit de fil pour le traitement de la fistule. Il fit une distinction importante dans le pronostic des blessures de l'intestin en distinguant celles de l'intestin grêle et celles du gros intestin. Celles de ce dernier, celles de l'estomac devaient seules être suturées.

Archigène ouvrit peut-être les abcès de la pelvi-péritonite en dilatant le vagin.

Héliodore indiqua qu'il ne fallait sectionner les vaisseaux qu'au dernier temps des amputations.

Galien fit des découvertes sur l'hémostase naturelle; il prescrivit, dans l'opération du trépan, de ne se servir qu'avec précaution du ciseau et du maillet, afin d'éviter l'ébranlement cérébral; il traita la cataracte par l'abaissement, fit la trépanation et la résection du sternum et alla même peut-être dans un cas jusqu'à exciser le péricarde.

Antyllus fit l'extraction de la cataracte. Abulcasis s'occupa des plaies de l'intestin.

Quelques-unes de ces idées n'ont pas vécu par suite de l'insuffisance des moyens que les opérateurs avaient alors à leur disposition.

Si nous passons maintenant à des points plus modernes, nous voyons se fonder le célèbre collège de Saint-Côme qui devait devenir la fameuse Académie de chirurgie à laquelle J.-L. Petit, A. Louis, Desault, ont donné l'éclat le plus remarquable.

Guy de Chauliac, Marianis, frère Côme, enfin le célèbre Ambroise Paré, sont les plus grands chirurgiens du moyen âge et de la Renaissance. Ce dernier, de chirurgien-barbier, devint démonstrateur d'anatomie à la Faculté de médecine, et lorsque cette même Faculté voulut l'empêcher de publier ses

---

ont provoqué une réunion de délégués qui a eu lieu à Paris à la fin du mois dernier. Toutes les Ecoles secondaires, sauf celle d'Alger, étaient représentées à cette assemblée, soit par des délégués, soit par des lettres renfermant leur adhésion à tout ce qui pourrait être décidé à la réunion. L'Ecole de Rennes avait formulé quelques réserves sur certains points qui pourraient être mis en discussion.

M. Ledru, directeur de l'Ecole de Clermont-Ferrand, a été proclamé, à l'unanimité, président de la réunion, et M. Chrétien (de Poitiers) a été désigné comme secrétaire.

L'objet principal de la réunion a été de discuter la situation que créeraient aux Ecoles secondaires les nouveaux projets de loi relatifs à l'enseignement et à l'exercice de la médecine. Les délégués ont décidé qu'il y aurait lieu d'élaborer en commun un projet de loi qui serait soumis aux sénateurs et députés. Le bureau a été chargé de préparer les éléments nécessaires à cette étude.

En attendant, et à l'unanimité, la réunion, reprenant et complétant les conclusions déjà votées dans une réunion antérieure du 21 mai 1883, réclame avec insistance des pouvoirs publics, comme indispensable à la bonne direction de l'enseignement et aux intérêts des étudiants et de leurs familles :

1° Le rétablissement des examens de fin d'année pour toutes les catégories d'étudiants;

2° L'obligation pour tous les étudiants, comme avant 1878, de prendre la totalité de leurs inscriptions avant de subir aucun examen probatoire;

3° La reconnaissance de l'absolue équivalence de la totalité des inscriptions en médecine et en pharmacie prises dans les Ecoles ou dans les Facultés;

BIU Santé

œuvres, le collège de Saint-Côme, qui l'avait reçu en le dispensant des épreuves en latin, lui fournit l'appui de son influence déjà considérable. Il faut citer encore Franco, Vésale, Fallope, dont les cendres doivent tressaillir au bruit qui se fait autour de l'organe féminin qu'il a si bien décrit; de Marquettis, qui fit la première néphrolithotomie.

Parmi les chirurgiens plus modernes, il est impossible de ne pas parler de Dionis, qui enseigna la médecine opératoire, et surtout de Desault, qui fonda la première école de clinique chirurgicale. Est-ce donc un routinier que celui qui créa l'anatomie chirurgicale et tira de l'oubli la méthode d'Anel; tandis que Hunter, le Desault de l'Angleterre, devait bientôt préconiser le traitement des anévrysmes par les ligatures à distance.

Si je voulais prolonger cette énumération jusqu'à nos époques, je tirerais, de l'étude des œuvres des grands chirurgiens du XIXe siècle, des enseignements du même genre. Mais j'en ai assez dit, Messieurs, pour vous montrer que ceux dont les noms paraissent dans la tradition sont ceux qui ont fait avancer la chirurgie, et que, comme je vous l'ai dit en commençant, la tradition c'est le progrès dans le passé, le progrès enregistré et devenu classique.

Il faut cependant reconnaître que, pour certaines raisons, la tradition a pu être considérée comme incompatible avec le progrès. C'est ainsi que la Faculté a opposé les plus grands obstacles au développement du collège de Saint-Côme. La lutte a duré quatre ou cinq siècles, et a surtout été très vive pendant deux siècles. Mais il faut surtout la considérer comme engendrée par les efforts d'un corps composé d'hommes d'élite cherchant à s'opposer au développement d'un autre corps. En effet, dès que la fusion s'est faite entre le collège de Saint-Côme et la Faculté à la fin du siècle dernier, tout antagonisme a cessé d'exister.

Il y a encore une raison à invoquer contre la tradition, et on a dit qu'elle était ennemie du progrès. Les corps officiels, en effet, sont loin d'être composés d'hommes très jeunes, et les savants qui sont parvenus à un certain âge ont parfois de la peine à accepter ce qui déroute leurs connais-

---

4° La possibilité, pour les étudiants, de passer les deux premiers examens probatoires de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe dans les Ecoles, quelles qu'elles soient, où ils auront fait leurs études, et la constitution, pour ces examens, d'un jury mixte dans lequel les professeurs de l'Ecole seront représentés;

5° L'incorporation des étudiants en médecine ou en pharmacie, faisant leur service militaire, à un corps de troupes tenant garnison dans une ville où siège une Ecole de médecine et de pharmacie, et l'autorisation, pour ces jeunes gens, après leur première année de service, de suivre les cours de cette Ecole;

6° La représentation des Ecoles de médecine et de pharmacie au Conseil supérieur de l'instruction publique et au Conseil général des Facultés.

Ces désirs sembleront à coup sûr fort légitimes aux partisans des Ecoles secondaires; mais les Facultés ne vont-elles pas à leur tour se lever en masse pour s'opposer à leur réalisation? L'assimilation des Ecoles secondaires aux Facultés pour la valeur des inscriptions et des examens probatoires ne me paraît pas non plus avoir beaucoup de chances de recevoir l'approbation des professeurs de Facultés; cependant toute entente ne me semble pas impossible, car, évidemment, si l'on veut conserver les Ecoles secondaires, il faut un peu relever leur prestige et leur donner les moyens de retenir auprès d'elles les élèves; si l'on veut laisser les choses dans le *statu quo*, autant vaut décréter dès maintenant leur suppression pure et simple. Or, comme ce n'est pas cette dernière alternative que l'on veut préférer au ministère, il est probable qu'on s'y prononcera

©BIU Santé

sances acquises. Il en est cependant, Messieurs, et vous les connaissez, qui, quoique parvenus à un âge avancé, offrent des exemples du plus grand libéralisme scientifique.

Le progrès a lieu quelquefois en dehors des corps enseignants ou des corps savants, et beaucoup d'opérations ont été faites d'abord sans que la Faculté y ait eu la moindre part. D'autres, au contraire, sont tombées entre les mains des charlatans après avoir été recommandées. L'art dentaire a eu les origines les plus humbles; l'opération de la cataracte, la cure radicale des hernies, la taille elle-même ont été fort longtemps faites par les empiriques; récemment, des perfectionnements considérables ont été apportés à la lithotritie par un homme qui n'appartenait ni à la Faculté, ni aux hôpitaux. Enfin, le massage est, comme vous le savez, employé par de nombreux rebouteurs des deux sexes. Cependant, l'opération de la cataracte, la taille, le massage sont entrés depuis longtemps dans le domaine de la chirurgie, et la Faculté se désintéresse si peu, par exemple, de ce qui regarde les voies urinaires qu'elle a récemment créé une chaire destinée à l'enseignement de leurs maladies.

Si, avec quelques restrictions, on admet que la tradition est le progrès dans le passé, il faut regarder le progrès contemporain comme la tradition de l'avenir. Nous y travaillons tous, et ceux même qui admettent que la tradition gêne le progrès y travaillent avec nous, et ils seront peut-être traités par les outranciers de l'avenir avec la désinvolture qu'ils affectent vis-à-vis des classiques.

Les causes des changements profonds qui se sont produits dans la chirurgie contemporaine tiennent à la découverte de l'anesthésie et aux indications que nous ont données l'histologie, la médecine expérimentale et, enfin, l'emploi de l'antisepsie.

L'anesthésie est devenue classique, et il est inutile de vous en parler. L'histologie l'est presque autant. Cependant, ses premiers partisans, MM. Verneuil, Lebert, Broca, Follin ont soutenu des luttes terribles contre Velpeau et les chirurgiens de son temps, pour qui l'anatomie s'arrêtait à

---

dans le sens désiré par les délégués des Ecoles secondaires, sans que nous puissions prévoir jusqu'à quel point on les suivra dans la voie de leurs revendications.

La réunion a invité les professeurs de chaque Ecole à faire, dans le plus bref délai, auprès des sénateurs et des députés de leur circonscription académique et médicale, la propagande et les démarches nécessaires pour obtenir satisfaction sur ces différents points.

La réunion a décidé en outre que les professeurs des diverses Ecoles de médecine et de pharmacie de France se constitueraient désormais en Association permanente, et a désigné un bureau ainsi composé.

MM. Ledru, directeur de l'Ecole de Clermont, *président;*
Blatin, professeur à l'Ecole de Clermont, ancien député;
Langlet, professeur à l'Ecole de Reims, député;
Chrétien, professeur à l'Ecole de Poitiers, *secrétaire.*

Ce bureau est chargé d'étudier et de préparer toutes les questions se rapportant aux intérêts communs des Ecoles, ainsi qu'à l'exercice et à l'enseignement de la médecine en France. Il devra également tenir toutes les Ecoles au courant de ses réunions, convoquer, s'il y a lieu, des réunions ultérieures et préparer les voies et moyens par lesquels l'Association pourra exercer une action énergique sur les décisions du Parlement en matière d'exercice et d'enseignement de la médecine et de la pharmacie.

Je ne sache pas qu'on ait songé parmi ces voies et moyens au groupe des médecins députés et sénateurs, formé dernièrement sur l'initiative de notre confrère le docteur

©BIU Santé

Laënnec et à Cruveilhier. L'histologie a peu à peu gagné du terrain, et elle a même, à certains moments, envahi le domaine propre de la clinique.

Au début des études de physiologie pathologique, on regardait l'expérimentation comme inutile. Actuellement, nous savons que les expériences sur les animaux, les recherches bactériologiques sont devenues indispensables.

On peut le dire, la clinique est boiteuse, ne peut progresser sans le laboratoire, mais je ne partage pas l'enthousiasme de ceux qui donnent le pas à ce dernier, car la clinique sans l'observation n'existe pas et son rôle doit être d'appliquer les données fournies par l'expérimentation et les travaux de laboratoire.

L'antisepsie est-elle dans la tradition? Est-elle le progrès en évolution? A mon avis, elle n'est pas dans la tradition, car sa formule n'est pas encore fixée, et, bien que les noms de ceux qui en sont les initiateurs, en France et en Angleterre, soient l'objet d'un véritable culte, le principe de l'antisepsie est seul universellement reconnu et les moyens sont encore discutés. Depuis ces découvertes, en effet, le nombre des substances antiseptiques qui ont été conseillées s'est multiplié à l'infini. Du reste, même avant qu'elle ne fût devenue l'objet de recherches suivies, on avait déjà reconnu l'action utile de certaines substances telles que le permanganate de potasse, que j'ai vu employer dès 1864; Maisonneuve se servait de l'acide phénique, Demarquay de la teinture d'eucalyptus, Nélaton de l'alcool. Quand Lister inaugura son pansement si célèbre, il se servit exclusivement d'acide phénique, dont il généralisait l'emploi pour tous les objets de pansement. Une seule substance était employée à ce moment; depuis, on a eu recours au sublimé, à l'iodoforme, et à bien d'autres corps qu'il est inutile d'énumérer.

Quel est le meilleur des antiseptiques? On ne peut encore répondre aujourd'hui à cette question, car les chirurgiens ne sont pas d'accord dans leur choix; c'est ainsi que les uns restent fidèles à l'acide phénique, et que

---

Th. David, député des Alpes-Maritimes. Cependant, ce groupe paraît destiné à exercer une grande influence sur les décisions de la Chambre et du Sénat dans les questions relatives aux projets de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine et de la pharmacie. Il y aurait donc lieu de faire appel à son concours, et c'est probablement ce que fera M. le docteur Langlet, membre de la commission permanente des professeurs des Ecoles secondaires, qui fait aussi partie du groupe des médecins sénateurs et députés, en sa qualité de député de la Marne.

***

Pour finir moins sérieusement :

Les journaux politiques portent à notre connaissance une histoire amusante que nous reproduisons d'après l'*Eclair* du vendredi 31 octobre et le *Mercredi médical* du 5 novembre.

On mande de Saint-Pétersbourg au *XIXe Siècle* :

« Un scandale énorme occupe en ce moment la Société russe. Quand le docteur Brown-Séquard eut fait sa fameuse découverte qui devait, d'après lui, rajeunir le monde, une des sommités médicales de Saint-Pétersbourg, le professeur Poehl, conseiller d'Etat, annonçait *urbi et orbi* qu'il avait complété la découverte de Brown-Séquard, et il vendait à raison de 100 francs un petit flacon d'un liquide qu'il appelait *spermine* et qui, pris en injections sous-cutanées, devait faire d'un vieillard un nourrisson.

Son commerce marchait a merveille et on dit qu'il a gagné des millions; plusieurs membres de la famille impériale, ainsi que toute l'aristocratie russe, étaient ses clients

©BIU Santé

les autres se précipitent sur toutes les substances en ol qui apparaissent dans les prospectus.

La théorie même de l'antisepsie a subi de lentes modifications. Quand Lister a imaginé sa méthode, on admettait que l'infection pouvait se faire par deux voies : l'atmosphère et la contagion directe. Voilà pourquoi il s'attachait avec tant de soin à détruire les germes de l'atmosphère. Actuellement, la théorie de la contamination par l'air a beaucoup perdu de terrain, et, dans un voyage que j'ai fait récemment en Angleterre, comme je demandais à Lister s'il se servait encore du spray, il me répondit : « Je suis indépendant de l'atmosphère ». Je suppose qu'il voulait dire que le nombre des germes en suspension dans l'atmosphère est peu considérable et qu'ils n'ont guère le temps d'infecter la plaie pendant le temps que dure l'acte opératoire. Je crois cependant qu'il faut faire des réserves et qu'il faut admettre que, dans certains cas, le milieu atmosphérique peut devenir fort dangereux.

M. Guérin, que l'on doit toujours citer quand on parle de l'antisepsie, avait inventé un pansement fait avec la ouate dans le but d'empêcher l'air d'arriver jusqu'aux plaies. Ce pansement était bon ; il avait fait ses preuves au moment du Siège et pendant la Commune, alors qu'en province les pansements ordinaires donnaient les plus détestables résultats. Les bons effets du pansement de Guérin ont été peut-être la cause de la courte résistance que nous avons opposée à l'introduction, chez nous, des méthodes de Lister. C'était cependant simplement un pansement de transition, car il n'empêche pas la suppuration, amène quelquefois des érythèmes de la peau qui est en contact avec le pus, et on finit par y renoncer.

La transformation des moyens de désinfection a été une des choses les plus caractéristiques de l'époque la plus récente. En effet, après s'être servi des substances antiseptiques, on se servit de la chaleur, c'est-à-dire que l'on passa de l'antisepsie à l'asepsie.

Il y a deux choses dans le mot asepsie, une idée et une doctrine ; l'idée découle de la définition du mot, c'est le défaut de septicité. La doctrine,

---

assidus. Mais voilà qu'on a découvert que la célèbre *spermine* du grand médecin Poehl n'était que de l'eau distillée.

« Aujourd'hui il y a procès, M. Poehl est accusé d'escroquerie. Comme témoins, le docteur a cité presque toute l'aristocratie de Saint-Pétersbourg et même deux personnes de la famille impériale qui doivent attester que l'élixir leur a fait du bien. »

Voilà un procès qui sera curieux. Mais ne demandera-t-on pas le huis-clos?

SIMPLISSIME.

LINIMENT CONTRE LES BRULURES. — Chevalier.

Iodoforme	5	grammes.
Huile d'amandes douces	90	—
Eau de chaux	10	—

F. s. a. un liniment. — S'il existe des vésicules, on les traverse à l'aide d'une mèche faite avec de l'ouate antiseptique imbibée de ce mélange. On recouvre la région brûlée d'ouate antiseptique, additionnée de liniment, d'une couche d'ouate ordinaire, et on maintient avec une bande de tarlatane. — Ce pansement doit être précédé d'un lavage avec une solution contenant 25 centigrammes de bichlorure de mercure pour un litre d'eau distillée. On substitue aux éponges le coton antiseptique, pour opérer ce lavage.

N. G.

©BIU Santé

c'est le rejet des solutions antiseptiques, la chaleur suffisant pour obtenir de bons résultats.

Que signifie l'antisepsie? Elle signifie la lutte contre la septicité; donc, quelle que soit la méthode, on fait toujours de l'antisepsie et il s'ensuit que la chaleur est un antiseptique. Le résultat des moyens antiseptiques est l'asepsie. Il n'y a donc pas, comme on le dit, d'opposition entre ces deux termes. De plus, la stérilisation par la chaleur est impossible pour les mains et pour la peau, de sorte que l'on fait toujours des opérations mixtes. Enfin, comme il faut toujours stériliser les objets de pansement, on le fait avec la chaleur qui est simplement alors un moyen antiseptique.

L'asepsie a cependant quelques avantages et nous lui devons d'avoir appris que la chaleur est le moyen le meilleur pour détruire les germes. Nous lui devons aussi d'avoir appris que la propreté de nos mains devait être poussée à l'extrême, de telle sorte que l'on a pour ainsi dire réglé tous les temps de cette opération préliminaire. Notre devoir à nous, chirurgiens, est de donner l'exemple de toutes les précautions. L'espèce humaine a une grande tendance à imiter, ainsi qu'une autre espèce qui en est très voisine, et c'est en nous voyant agir que les élèves apprendront le mieux.

L'antisepsie a renouvelé la face de la chirurgie moderne. Malgré tout, si elle a produit beaucoup de bon, elle a donné aussi un peu de mauvais. Ce qu'on peut d'abord lui reprocher, c'est d'avoir atteint l'art du diagnostic Les explorations étant devenues à peu près inoffensives, on a une grande tendance à s'y livrer, tandis qu'il faut au contraire se garder de les multiplier outre mesure. Quand on a appelé l'attention sur l'importance de l'exploration manuelle du rein, on ne peut pas être accusé de faire à l'exploration générale la part trop petite, mais il faut bien savoir que l'on doit serrer le diagnostic aussi près que possible et lutter avec les difficultés. Le chirurgien, en un mot, doit être l'homme de la pensée comme celui de la main, et le diagnostic doit être votre coquetterie.

On a reproché aux chirurgiens modernes de trop multiplier les opérations. J'ai de l'indulgence pour ceux qui ont ce travers, car quelquefois ils deviennent d'heureux pionniers, et l'audace a souvent été l'origine de nombreux progrès.

Il est oiseux de proclamer ce que l'antisepsie a fait de la chirurgie : l'érysipèle et l'infection purulente ont disparu, et vous ne connaîtrez jamais ces ambulances dans lesquelles tous les opérés succombaient en quelques jours. Les morts par septicémie deviennent de plus en plus rares, et l'antisepsie permet d'étudier les causes d'échec tenant à l'état antérieur des malades avec lésions des grands viscères et de serrer de plus près l'étude des contre-indications. C'est de ce côté qu'on doit rechercher le progrès dans un avenir immédiat.

J'ai cherché, Messieurs, à vous montrer qu'il n'y avait pas de progrès sans tradition, que le progrès du jour était la tradition du lendemain, et que l'antisepsie, tout en entraînant certains abus, avait rendu de grands services. Il me reste à vous indiquer les principes qui doivent vous guider dans la pratique chirurgicale. Ces principes peuvent se résumer en une phrase : « Rien d'inutile. » Où commence l'inutile en chirurgie? Cela est parfois difficile à dire. Cependant je pense qu'après ce que je vous ai dit de l'exploration, on ne m'accusera pas de faire la part trop étroite à la médecine opératoire. Ne faire rien d'inutile, c'est ne pas tout ramener à l'acte opératoire; choisir, pour une opération donnée, le procédé le plus simple

©BIU Santé

s'il est aussi efficace que le plus compliqué. Ne faire que les explorations nécessaires; fixer avec grand soin les contre-indications. Le chirurgien doit faire appel à ce qu'il y a de meilleur en lui, à la conscience et au bon sens.

C'est en m'inspirant de ces conseils, que je me suis donnés à moi-même, que j'ai pu me tracer l'idéal de la chirurgie. Cette chirurgie idéale doit être la chirurgie du bon sens, non pas une chirurgie routinière, mais une chirurgie résolument progressive en même temps que pondérée.

Je terminerai en vous rappelant que les élèves font le maître et que vos efforts stimuleront les miens; je compte que vous me donnerez votre aide et que notre collaboration deviendra féconde. C'est ainsi que nous maintiendrons, à l'étranger, notre renom scientifique, qui tient aux meilleures qualités de l'esprit français.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Note sur les rapports de la septicémie gangréneuse et du tétanos, pour servir à l'étude des associations microbiennes virulentes, par M. A. Verneuil. — La coexistence de la gangrène et du tétanos a été depuis longtemps signalée par les chirurgiens, qui avaient remarqué que la dernière de ces maladies survenait assez souvent après les plaies contuses, les écrasements des membres, les fractures comminutives, les brûlures, les congélations, etc., toutes blessures s'accompagnant ou se compliquant à l'occasion de sphacèle primitif ou d'inflammation gangréneuse.

Toutefois, comme ces faits sont relativement rares, eu égard à ceux dans lesquels le tétanos succède à des traumas légers, sans gravité apparente, sans accidents locaux sérieux et même en marche naturelle vers la guérison, on pouvait se demander s'il n'y avait pas simple coïncidence plutôt que relation, et s'il ne s'agissait pas d'une association fortuite entre deux maladies sans que l'une, la gangrène, suscitât ou favorisât la seconde, le tétanos.

En tout cas, ceux qui croient à la coïncidence n'en ont jusqu'ici fourni ni la preuve ni l'explication. Par bonheur, il paraît aujourd'hui possible de combler la lacune, grâce aux doubles données fournies par l'expérimentation au laboratoire et l'observation au lit du malade.

On sait que la terre cultivée renferme divers microbes pathogènes, au premier rang desquels se placent le vibrion septique de Pasteur et le bacille tétanigène de Nicolaier.

Les inoculations faites avec cette terre virulente développent chez les animaux deux maladies redoutables : la septicémie gangréneuse, due au vibrion; le tétanos, dû au bacille.

Les deux microbes se trouvant de coutume réunis dans la terre infectée, les inoculations engendrent, sans qu'à la vérité on sache exactement pourquoi, tantôt l'une, tantôt l'autre des maladies susdites, et cela dans des proportions très variables, tel échantillon de terre produisant, je suppose, 80 septicémies et 20 tétanos, tel autre un pourcentage inverse.

En raison de l'activité inégale et de la durée d'incubation différente de leurs virus respectifs, les deux maladies n'apparaissent point en même temps; la septicémie, plus hâtive, se montre dans les premiers jours, sinon dans les premières heures; le tétanos, plus tardif, ne survient que vers le quatrième ou cinquième jour et souvent plus tard.

Malgré le nombre aujourd'hui très considérable d'inoculations faites avec la terre et suivies de septicémie gangréneuse ou de tétanos, il ne paraît pas qu'on ait vu la première ouvrant la marche être suivie par le second, ni le second une fois développé être compliqué par la première. En d'autres termes, la réunion si évidente des deux virus dans un même échantillon de terre inoculée aux animaux n'aurait jamais eu jusqu'ici

©BIU Santé

pour résultat le développement ni simultané, ni successif des deux maladies, ce qui semble au moins démontrer leur indépendance.

La septicémie gangréneuse est rapidement et à peu près fatalement mortelle chez les animaux, ce qui explique peut-être pourquoi elle n'est jamais suivie du tétanos, auquel elle ne laisse pas le temps de se développer.

Voici, d'autre part, comment les choses se passent en pathologie humaine, d'après ce que nous ont enseigné les faits cliniques convenablement interprétés.

L'observation apprend que la susdite terre cultivée, mise en contact avec les plaies de l'homme, peut les infecter :

1° En y provoquant la septicémie gangréneuse de Pasteur, « laquelle, comme le rappellent MM. Cornil et Babes, a souvent pour cause les fractures comminutives, les contusions profondes, *surtout si les plaies ont été souillées par la terre* »;

2° En engendrant le tétanos, notion de date récente, mais qui ne saurait être contestée.

Donc, sur ce premier point, similitude entre l'homme et les bêtes, avec cette légère restriction que la septicémie humaine d'origine tellurique semble moins fréquente que le tétanos. L'époque d'apparition successive est sensiblement la même dans les deux séries, c'est-à-dire également primitive chez l'homme pour la septicémie et secondaire pour le tétanos. Les deux maladies s'y montrent toutefois un peu plus tardivement que chez les animaux, du deuxième au troisième jour pour la première, après sept jours d'inoculation en moyenne pour la seconde.

Les deux maladies sont, dans notre espèce, d'une extrême gravité. Toutefois la septicémie gangréneuse, peut-être parce qu'on se donne la peine de la soigner et qu'on peut en certains cas en retarder la marche par des mesures radicales, ne tue pas toujours ou tue moins brutalement; d'où il résulte que la prolongation de la vie permet au virus tétanique d'achever son inoculation; d'où l'existence simultanée des deux maladies, inconnue chez les animaux, et déjà plusieurs fois constatée chez l'homme.

M. Verneuil rapporte trois faits inédits, faits aussi clairs, aussi évidents et aussi décisifs que la meilleure des expériences *in animâ vili* et recueillis l'un par M. le docteur Labit, médecin-major au 35e de ligne; les deux autres par M. le docteur Tédenat, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Observation I. — A Rouen, en 1885, un chasseur à cheval fait une chute sur l'avant-bras gauche, produisant une fracture des os de l'avant-bras, avec issue des fragments, lesquels s'implantent dans le sol. On nettoie la plaie et on tente la conservation; le troisième jour survient de la septicémie gangréneuse, nécessitant l'amputation; mais le septième jour le tétanos enlève le malade.

Obs. II (Tédenat). — Homme de 39 ans; chute de cheval; luxation de la tête inférieure du cubitus à travers une boutonnière cutanée mise en contact avec du fumier : Frisson violent une heure après.

Appelé le lendemain, on trouve des collections gazeuzes à la partie supérieure de l'avant-bras; on incise, on place le membre dans un bain antiseptique permanent. Les tissus mortifiés aux foyers gazeux s'éliminent, mais le tétanos éclate au huitième jour et emporte le malade en quarante-huit heures.

Obs. III (Tédenat). — Jeune fille de 23 ans. Luxation du pied en dehors. Le plateau inférieur du tibia porte sur le sol et dans son cartilage s'inscruste de la poussière. L'accident est survenu aux environs d'un abattoir. On fait un lavage phéniqué. Le troisième jour, il existait une arthrite purulente avec phlegmon *diffusé* jusqu'au genou. Incisions multiples.

Voici les conclusions de M. Verneuil :

1° La coïncidence chez l'homme de certaines formes de gangrène et du tétanos n'est due au hasard;

2° Elle résulte de l'introduction simultanée dans une plaie des deux microbes bien connus de Pasteur et de Nicolaier, fréquemment réunis, surtout dans la terre cultivée;

3° Les deux maladies, contemporaines à l'origine, évoluent cependant, dans la suite, d'une manière distincte, conformément à l'action propre de leurs virus et sans paraître manifestement s'influencer;

©BIU Santé

4° Le développement de la septicémie gangréneuse dans une plaie souillée par la terre doit faire craindre sans doute l'apparition ultérieure du tétanos, mais l'indépendance réelle des deux infections est prouvée par ce fait que la suppression radicale du foyer de la première n'empêche pas la seconde de se montrer :

5° Tout semble donc démontrer qu'il y a là association morbide pure et simple, due à la réunion fortuite de deux virus (1).

COURRIER

Le samedi, 13 décembre 1890, à deux heures, 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, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des différents établissements de l'administration pendant l'année 1891.

1er lot. — Instruments en gomme et caoutchouc, 10,000 francs.

2e lot. — Instruments en gomme et caoutchouc, 10,000 francs.

3e lot. — Articles de caoutchouc, 8,000 francs.

4e lot. — Articles divers (Irrigateurs, thermomètres, etc.), 8,000 francs.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges et des échantillons-types, au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de onze heures à quatre heures.

— Le samedi, 13 décembre 1890, à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, en deux lots et sur soumissions cachetées, *des bandages, pessaires, bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de l'administration pendant l'année 1891.

L'importance de la fourniture est évaluée approximativement à 15,000 francs, pour chaque lot.

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

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

(1) La septicémie gangréneuse n'est pas la seule maladie virulente capable de s'associer au tétanos. En effet, on a déjà signalé la coïncidence de ce dernier avec le charbon, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la malaria, la tuberculose. Mais les faits, outre qu'ils sont fort rares, sont pour la plupart rapportés trop sommairement pour qu'on en puisse rien conclure quant aux relations entre les deux infections.

Il est intéressant de noter que la plus commune des intoxications traumatiques, c'est-à-dire la pyohémie, ne s'est peut-être jamais, d'après M. Jeannel et M. Verneuil, associée au tétanos. Il y a peut-être là un antagonisme réel.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

OBIU 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 :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. FOURNIER : Leçon d'ouverture. — II. BIBLIOTHÈQUE : Traité élémentaire d'anatomie de l'homme. — III. REVUE DES JOURNAUX : Contribution à l'étude de la question de la participation des micro-organismes dans l'otite moyenne diphthéritique. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — Société de chirurgie. — V. FORMULAIRE. — VI. COURRIER.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur FOURNIER.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

J'ai l'habitude, depuis plusieurs années, de consacrer la première de nos réunions à l'étude d'une question de pure pratique.

Je resterai fidèle à cette habitude en traitant aujourd'hui la question suivante : Quel est le rôle que doit jouer le médecin consulté par une nourrice qui apporte un nourrisson atteint d'une affection lui inspirant des craintes pour sa propre santé et qui demande une consultation?

Peut-on lui dire qu'elle peut allaiter encore, ou qu'au contraire l'état de l'enfant exige qu'elle cesse de lui donner son lait? Au premier abord, on ne pensera pas qu'il y ait là une question prêtant à de grandes discussions.

En effet, il semble qu'après examen de l'enfant, on n'ait qu'à défendre l'allaitement, s'il est malade, et le permettre, s'il est sain. Il est, en effet, telles situations où cette conduite est facile à tenir, mais il en est d'autres où le médecin a le devoir de se demander s'il a le droit de donner le conseil qu'on lui demande — s'il a ce droit, quand la nourrice veut savoir quelle est la maladie du bébé, de répondre qu'il est syphilitique — s'il a le droit de donner à la femme un certificat, une ordonnance ou telle autre chose analogue pouvant faire supposer la maladie dont est atteint l'enfant.

Ce sont là des questions qui sont difficiles à résoudre pour tout le monde et surtout pour l'étudiant qui quitte les bancs de l'école, sans avoir jamais entendu parler dans les salles d'hôpital de faits de ce genre. Aussi ai-je cru qu'il y aurait quelque utilité à traiter devant vous de la solution à donner à des cas aussi embarrassants.

Pour vous bien montrer dans quel embarras peut se trouver mis le médecin, je vous citerai un fait qui m'est arrivé dans ma pratique de ville et qui aura l'avantage de vous faire saisir la manière dont se présente la question pour les gens du monde qui voudraient qu'elle fût résolue à leur avantage.

Une nourrice vint chez moi, il y a quelques années, portant dans ses bras un enfant syphilitique avéré, et sur lequel il me suffit de jeter un coup d'œil pour voir une syphilide de la face très étendue. La femme, inquiétée par les éruptions que présentait le bébé, venait me demander si elle pouvait continuer à nourrir sans danger pour elle. Je lui conseillai de cesser l'allaitement. Elle me demanda aussitôt de quel mal était atteint l'enfant. A cela je refu-

©BIU Santé

sai de répondre et elle repartit, me laissant convaincu que je n'avais rien à redouter à la suite de cette consultation.

Il était cependant loin d'en être ainsi, car le lendemain arriva dans mon cabinet un homme furieux, moins que poli, presque menaçant, qui me reprocha d'avoir examiné l'enfant sans son consentement à lui qui était le père. Je ne pus le calmer qu'en l'invitant à m'appeler devant un tribunal qui aurait jugé entre nous.

Une aventure de même sorte pourra parfaitement vous arriver, Messieurs, car les questions de ce genre s'imposent en clientèle.

Il y a des cas où la conduite à tenir est pour ainsi dire tracée par le bon sens. A la campagne, une nourrice est chargée d'un enfant qui lui a été confié par des parents habitant la ville. Inquiétée par des boutons que présente le nourrisson, elle consulte un médecin et demande si elle peut nourrir. Que doit faire ce médecin ? Il doit examiner l'enfant et, d'après les résultats de son examen, répondre oui ou non, à ce que lui demande la nourrice.

Pourquoi n'y a-t-il pas d'hésitation à avoir? Parce que, en l'espèce, la nourrice a non seulement le droit, mais le devoir de se préoccuper de toutes les choses afférentes à la santé de l'enfant, et qu'il faut qu'elle le présente à un médecin si elle le croit malade. Le médecin, de son côté, a le droit de répondre à l'interrogation qu'on lui fait et de dire s'il y a du danger ou non. Il a donc : 1° à examiner l'enfant; 2° à dire si, oui ou non, l'allaitement peut être continué; 3° à prescrire, s'il y a lieu, un traitement approprié; 4° à avertir la nourrice des dangers que pourrait courir sa famille, par suite de la présence au milieu d'elle d'un enfant contaminé. Ces dangers peuvent, en effet, être considérables, à cause des rapprochements fortuits, très fréquents, du jeux des enfants les uns avec les autres, de la communauté des ustensiles du ménage, etc.

Reste une dernière question. La médecin a dit à la nourrice de ne plus allaiter, doit-il expliquer pourquoi? Doit-il dire qu'il s'agit de la syphilis, et même lui est-il permis, s'il est inspecteur des nourrices, d'inscrire à la page 17 du livret, ainsi que le lui commande la loi, l'etat du nourrisson lorsqu'il le visite? A mon avis, Messieurs, jamais il ne doit ni prononcer ni écrire le mot de syphilis. D'abord parce que, si la nourrice sait de quoi il s'agit, elle ne sera pas davantage préservée, ensuite pour ne pas révéler quelque chose relativement aux parents. De la maladie de l'enfant, on conclurait, en effet, à celle des parents, et nous n'avons pas le droit de faire connaître sur ces derniers quelque chose appris dans l'exercice de notre profession. De plus, le médecin évitera ainsi que la nourrice, s'appuyant sur son témoignage, aille raconter aux commères de quelle maladie est atteint son nourrisson ou montrer même le nom redouté inscrit sur son livret.

Je viens de vous exposer, Messieurs, le cas facile; il nous faut maintenant nous occuper des cas difficiles, dont voici un exemple quelconque :

A Paris, ou dans une ville de province, une nourrice sur lieux, c'est-à-dire résidant dans la famille dont elle allaite l'enfant, vient à notre consultation sans chercher à dissimuler sa situation sociale, que, du reste, on reconnaît le plus souvent au vêtement caractéristique. Elle vient nous voir, parce qu'elle est inquiète des boutons que présente le nourrisson qui lui a été confié; prise de peur, elle demande si elle peut nourrir.

Que faut-il faire? Ne croyez pas que, dans ce cas, la conduite du médecin

©BIU Santé

soit si simple, que l'on puisse facilement la régler à l'avance, car tout le monde est loin d'être d'accord. Avant de vous faire cette leçon, j'ai conduit une petite enquête et consulté mes collègues et mes amis. Ils m'ont répondu de façons très diverses.

Les uns, les plus nombreux, ont trouvé la question très simple. Pour eux, on doit examiner l'enfant et, d'après les résultats de cet examen, dire à la nourrice si, oui ou non, elle peut continuer l'allaitement. — Les autres, peu nombreux, ont été d'avis qu'il ne fallait pas examiner l'enfant, parce que la nourrice n'avait pas qualité pour l'amener et n'était qu'un serviteur à gage agissant sans l'autorisation de ses maîtres. Mais alors, ai-je dit, il faut laisser la nourrice attraper la vérole. Pas du tout, m'a-t-on répondu, vous devez inviter la nourrice à revenir vous voir avec les parents de l'enfant, en présence desquels vous pourrez parler, ou bien lui conseiller d'appeler ou de faire appeler le médecin de la famille, qui pourra la renseigner. — Enfin, un grand nombre de confrères n'ont pas cru pouvoir me répondre et, au contraire, m'ont demandé conseil.

Nous voyons le désaccord des médecins, cela nous prouve qu'il faut étudier la question de près.

Il est évident que, dans la situation, il n'y a que deux partis à prendre : ou bien décliner la consultation, ou bien y répondre. Dans le premier cas, il faut renvoyer la nourrice purement et simplement, car tout ce que l'on pourrait ajouter de correctif modifierait la forme et non le fond. Lui dire d'amener les parents ou de faire venir le médecin de la famille, c'est lui conseiller des choses que l'on sait pertinemment qu'elle ne peut obtenir. Que lui reste-t-il donc à faire? Il lui reste à se résigner, à faire comme le faible devant le fort, le pauvre devant le riche, à attendre, c'est-à-dire, dans l'espèce, à attraper sûrement la vérole. Donc, à parler net, refuser la consultation, c'est livrer la nourrice aux risques de la syphilis, personnelle et héréditaire. Les dangers que court la malheureuse femme sont considérables et, généralement, sa syphilis est grave, car, comme c'est une femme de la campagne, elle se soigne peu et mal et, en tous cas, ne se soumet pas au long traitement nécessaire pour éviter les accidents tertiaires; — elle contamine son mari; — elle a des enfants hérédo-syphilitiques.

Les exemples abondent de nourrices qui, contaminées par leurs nourrissons, ont infecté leur famille et leur descendance. Laissez-moi vous en citer quelques-uns de typiques. Dans un cas de M. Delort (de Lyon), une nourrice est contagionnée par l'enfant qu'on lui confie, son mari a une irido-choroïdite grave et perd un œil; elle-même meurt, au bout de trois ans, de syphilis cérébrale; — une autre perd un œil, contagionne son enfant, qui meurt, et a un enfant hérédo syphilitique qui meurt à deux mois ; — une troisième, à la suite d'un traitement incomplet, et il l'est toujours, a 8 grossesses qui se terminent par 8 avortements.

Tels sont les dangers multiples auxquels vous exposez la nourrice, quand, prenant le premier parti, vous lui refusez une consultation. Il est, de prime abord, évident que l'on doit regarder cette conduite comme détestable et ne la suivre que s'il y a impossibilité absolue d'agir autrement.

N'y a-t-il donc rien de mieux à faire? Si, et je vous le dis de suite, il faut prendre le deuxième parti. Quand la nourrice vient vous consulter, examinez l'enfant, et, d'après cet examen, permettez ou défendez l'allaitement, dites cela, mais rien que cela, et n'ajoutez pas un mot de plus.

Il faut remarquer d'abord que cette conduite est humanitaire, car elle

©BIU Santé

préserve la femme si, par hasard, elle n'était pas contagionnée. Cependant, tous ne l'acceptent pas et raisonnent de cette façon : En donnant une consultation à une nourrice, qui n'a pas qualité pour la demander, on commet une illégalité. Ce qui le prouve, c'est que la nourrice vient chez vous clandestinement, à l'insu de ses maîtres, profitant d'une sortie dont le seul but avoué est de promener l'enfant; c'est donc une consultation *clandestine* qu'elle réclame, et vous ne pouvez pas y prêter la main, ce serait une irrégularité, une incorrection professionnelle. Une dernière preuve : mettez-vous à la place du père, que direz-vous à une nourrice qui viendra vous raconter qu'elle a conduit votre enfant à un médecin sans votre assentiment? Vous la mettrez à la porte; quant au médecin, vous le regarderez comme ayant manqué à son devoir, ou au moins comme ayant manqué aux convenances les plus simples. Prévenir la nourrice serait une chose excellente, mais cet acte rentrerait dans la catégorie de ceux qui sont excellents, mais qu'il nous est défendu de faire, à cause de notre profession. Si, par exemple, vous apprenez que votre voisin va marier sa fille à un homme que vous savez avoir la vérole, ce serait une bonne chose de le prévenir, et cependant vous ne pouvez le faire, car vous violeriez le secret professionnel.

D'ailleurs, il en est de la morale médicale comme de la morale générale : si on en viole si peu que ce soit les lois, la fissure ne tarde pas à s'agrandir et on devient malhonnête.

Je m'empresse de rendre hommage à cette doctrine qui repose sur des principes honorables; cependant il m'est impossible de l'accepter, parce que je ne peux comprendre en quoi le simple examen de l'enfant peut offenser l'honneur médical. Tout repose sur cet examen de l'enfant. En premier lieu, il est pratiqué dans un but absolument désintéressé; en second lieu, il ne peut être préjudiciable ni à l'enfant, ni aux parents, à personne. Enfin si, en dernier lieu, vous dites que la nourrice commet une illégalité en faisant examiner l'enfant de ses maîtres, et que le médecin participe à cette illégalité, il me semble que c'est là un bien gros mot. Mettez irrégularité, c'est tout ce que je puis accepter, car alors nos mœurs et nos usages vous donnent raison.

Mais cette irrégularité dépend de la nature même de la situation, et il me semble qu'il est légitime de la commettre. En premier lieu, la nourrice a, comme tout le monde, le droit de légitime défense; comment donc pouvez-vous trouver illégal, qu'exposée à contracter une maladie dangereuse, réputée honteuse, elle cherche à savoir si elle est exposée, et, par conséquent, qu'elle consulte un médecin honnête; il me semble que la nourrice, en s'enquérant de la santé de l'enfant, ne fait qu'user de réciprocité. Quand elle s'est présentée pour entrer en service, la famille, avant de l'arrêter, a appelé le médecin; elle a été forcée de laisser examiner sa bouche, ses seins, ses mains et parfois même ses parties génitales. La nourrice qui a subi tout cela, toutes ces avanies, n'a-t-elle pas quelques droits lorsqu'elle demande à son tour que l'on examine l'enfant qui lui est confié? Vous jugez illégal que, quand elle a des doutes sur la santé du nourrisson, elle aille chez un médecin lui demander si elle ne court pas de dangers. Je ne partage pas votre avis; je vais même plus loin et dis : le droit de cette femme à s'assurer de la santé de son nourrisson me semble absolument justifié.

Si par hasard nous nous trouvions transportés dans un monde idéal où

OBIU Santé

l'égalité ne serait pas seulement un mot inscrit sur les murs, mais une chose existant dans les mœurs, il me semble que la nourrice aurait aussi bien le droit de faire examiner l'enfant que les parents ont le droit de la faire examiner elle-même. Cette égalité, Messieurs, on ne peut l'espérer que dans un âge d'or, et nous ne connaissons actuellement que le respect pour le métal de ce nom.

Il m'est arrivé souvent d'agir comme je vous conseille de le faire, et ma conscience ne me reproche rien.

J'aurais voulu augmenter le poids de ces considérations en les appuyant sur des arrêts de la magistrature. Malheureusement, il m'a été impossible de trouver un jugement se rapportant exactement à ce qui nous occupe.

Toutefois, j'ai découvert, en lisant la série des procès jugés entre les nourrices et les parents de nourrissons syphilitiques, un arrêt de la cour d'appel de Dijon qui peut servir à nous éclairer sur les sentiments des magistrats. Cet arrêt a cependant trait à une affaire un peu différente. Un médecin, appelé dans une famille auprès d'un enfant qu'il reconnut syphilitique, le traita, mais ne crut pas devoir avertir la nourrice des dangers qu'elle courrait. Cette nourrice attrapa la vérole, mourut de syphilis cérébrale, et son mari poursuivit notre confrère. Ce dernier fut d'abord condamné en première instance, puis acquitté en appel, parce que les juges pensèrent que peut-être il avait été appelé trop tard pour que la nourrice fût indemne de la contagion. Mais les considérants du jugement étaient terribles pour lui, car ils rappelaient que le médecin, placé dans son cas, a le devoir de prévenir la nourrice des dangers qu'elle peut courrir, et qu'il est responsable du dommage causé par une imprudence ou par réticences.

Pensez, Messieurs, d'après ce jugement, quel serait le langage des juges au cas où il s'agirait d'un médecin ayant refusé une consultation et congédié la nourrice.

Ainsi donc, quand vous êtes consulté par une nourrice qui vous montre un enfant syphilitique et vous demande si elle court des dangers en l'allaitant, vous devez répondre par l'affirmative.

Du reste, cette ligne de conduite a reçu la haute approbation du doyen de notre Faculté, M. le professeur Brouardel, pour lequel le médecin se doit à la sauvegarde de la santé publique et, par conséquent, a le devoir d'avertir la nourrice.

Encore un mot. Lorsque le médecin a ainsi rempli son devoir, a-t-il quelque chose à faire ? Non. Son rôle est terminé et il ne doit plus rien dire. Ce point est essentiel à préciser, car le plus souvent, quand vous avez dit à la nourrice de cesser l'allaitement, elle vous demande ou bien ce qu'a l'enfant, ou bien un papier, un certificat pour prouver à ces maîtres qu'elle est forcée de les quitter, ou encore une ordonnance. Ici, pas de doute, vous ne devez ni dire la maladie de l'enfant, ce qui est inutile pour la sauvegarde de la nourrice et indiquerait la syphilis des parents, ni donner d'ordonnance, ce qui conduirait au même résultat, ni enfin donner de certificat, car la femme pourrait s'en servir dans un but de chantage et il ne peut en rien aider à la sauvegarde de sa santé.

En résumé, si la nourrice insiste lorsque vous lui avez conseillé de ne pas allaiter, répondez-lui : Nourrice, vous m'avez demandé un conseil, je vous l'ai donné ; vous avez voulu savoir si vous courriez un danger, vous êtes édifiée ; maintenant je n'ai plus rien à vous dire.

J'espère, Messieurs, que l'exposé que je viens de faire devant vous d'une

©BIU Santé

question délicate, vous permettra de sortir d'embarras si vous vous trouvez jamais dans un cas analogue.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'ANATOMIE DE L'HOMME, par le professeur DEBIERRE (de Lille). — Paris, Félix Alcan.

Le second volume du *Traité élémentaire d'anatomie de l'homme,* du professeur Debierre, de Lille, vient de paraître à la librairie Félix Alcan. Il complète l'ouvrage et traite du système nerveux central, des organes des sens, de la splanchnologie et de l'Embryogénie générale. Le premier volume, publié il y a six mois et intitulé *Manuel de l'amphithéâtre,* comprenait le système locomoteur, le système périphérique et les nerfs périphériques. C'est un livre essentiellement pratique ; en l'écrivant, M. le professeur Debierre s'est proposé d'aplanir les difficultés que rencontre l'élève en médecine au commencement de ses études ; il a cherché à en faire le *vade mecum* de celui qui aborde pour la première fois les salles de dissection ; l'étudiant y trouvera aussi le développement de toutes les questions posées dans les examens et faisant partie des programmes de l'enseignement.

Mais en outre l'auteur a compris qu'en raison des progrès considérables accomplis dans ces derniers temps par les sciences biologiques, il fallait aux jeunes anatomistes autre chose qu'une description sèche — quelque parfaite qu'elle fût d'ailleurs — des os, des muscles et des tendons, et que la partie descriptive de l'anatomie devait être animée, fécondée par des notions d'anatomie comparée, d'anthropologie, d'embryologie et de morphologie générale. Car si les faits doivent être exposés, il est aussi utile d'en rechercher également la nature et la suite. Ces notions sont donc nécessaires à chaque pas, pour faire entrevoir la valeur et l'enchaînement des systèmes et appareils organiques. Excellent embryologiste, M. Debierre était parfaitement préparé à un travail de cette nature. C'est là une des parties originales de ce livre rendu attrayant même pour le praticien.

La description pure des organes a été imprimée en gros caractères ; l'auteur s'est attaché à la rendre aussi simple, aussi concise, et en même temps aussi complète que possible ; l'élève doit en acquérir la possession absolue. Elle est accompagnée de l'exposé des procédés de dissection et de préparations anatomiques. Puis vient l'histoire du développement, des variétés et des anomalies de chaque organe, et c'est à ce propos que sont développées les notions de morphologie. A chaque système organique sont également annexées des notions sur son anatomie générale, son origine et son évolution. Consacrée à l'anatomie spéculative et philosophique, cette partie est écrite en petits caractères, elle est destinée aux lecteurs déjà familiarisés avec les descriptions anatomiques.

Un grand nombre des gravures qui illustrent cet ouvrage sont imprimées en plusieurs couleurs, ce qui en facilite considérablement la lecture et les fixent dans l'esprit avec plus d'insistance. Beaucoup d'entre elles sont demi-schématiques et schématiques et destinées à faciliter les démonstrations.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de la question de la participation des micro-organismes dans l'otite moyenne diphthéritique, par F. SIEBEUMANN, de Bab. (*Revue de laryngologie*, 1889, 24.) — HIRSCH, dans un travail sur l'otite moyenne diphthéritique, a publié un cas dans lequel la membrane du tympan n'était pas perforée et où la caisse était revêtue d'une masse fibrineuse adhérente et remplie d'un exsudat muco-purulent. La membrane fibrineuse renfermait de nombreux amas de microcoques.

©BIU Santé

L'auteur a trouvé également cette membrane dans un cas de diphthérie scarlatineuse. Seul, l'examen bactériologique a donné des résultats notablement différents.

La masse fibrineuse remplissant la caisse était formée, en grande partie, de globules de pus retenus dans un réseau fibrineux. Les filaments de ce réseau étaient plus gros que ceux que l'on trouve dans l'exsudat de l'otite externe croupeuse. Toute la préparation était parsemée de micrococcus.

Mais, et c'est là le point intéressant de l'observation, un bouchon fibrineux détaché d'une cellule de l'apophyse mastoïde, complètement isolée, de la grosseur d'un pois, était entièrement dépourvu de micro-organismes.

Dans son travail sur la diphthérie scarlatineuse et son traitement (*Collections de Mémoires cliniques de Volkmann*, n° 322), O. Heubner est d'avis que le développement des streptococcus dans les tissus diphthéritiques est dû à une invasion consécutive du dehors et doit être regardé comme un processus secondaire, n'ayant rien à faire avec l'étiologie de la diphthérie, mais marquant le début de l'infection septique.

Dans le cas de l'auteur, les membranes formées dans une cellule close ne pouvant que difficilement recevoir l'infection bactérienne de l'air ou de l'exsudat, le résultat de l'examen microscopique s'explique très naturellement et vient à l'appui de l'opinion de Heubner. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Les artères et les veines des nerfs, par MM. Quénu et Lejars. — La description anatomique des artères et veines des nerfs, négligée jusqu'ici, nous paraît présenter quelque intérêt à une époque où le rôle pathogénique des névrites semble acquérir de plus en plus d'importance. Nous avons pu entreprendre cette étude, grâce à un procédé d'injection imaginé par l'un de nous, et reconnaître, dans l'appareil circulatoire des troncs nerveux, une série de dispositions constantes.

Nous nous bornons aujourd'hui à exposer la distribution des vaisseaux sanguins dans la portion cervicale des nerfs *pneumogastrique, grand sympathique*, et dans les *nerfs récurrents*.

Le *récurrent* reçoit tous ses rameaux artériels de la thyroïdienne inférieure : c'est encore cette artère qui fournit seule au pneumogastrique et au sympathique dans leur moitié inférieure; plus haut, les autres affluents des nerfs, très abondants surtout au niveau du ganglion cervical supérieur et du plexus gangliforme du pneumogastrique, émanent de la thyroïdienne supérieure. Ainsi, dans leur portion cervicale, *les trois nerfs sont exclusivement irrigués par les artères thyroïdiennes*.

Il y a là une explication toute naturelle des aphonies passagères, des troubles respiratoires et vaso-moteurs passagers aussi qu'on a notés à la suite de thyroïdectomies, sans lésions mécaniques des nerfs, à la suite de ligatures de la carotide primitive ou des artères thyroïdiennes; peut-être même cette communauté circulatoire doit-elle intervenir dans la pathogénie de certaines formes de goître exophthalmique.

Les branches artérielles abordent le cordon nerveux obliquement ou après avoir décrit un trajet récurrent; elles se bifurquent et rampent à la surface du nerf en longues arcades anastomotiques, avant de plonger dans son épaisseur.

Les *veines des nerfs* sont encore plus richement développées que les artères, et cette abondante vascularisation, qui prête aux phénomènes congestifs, n'est pas sans importance dans le mécanisme encore si obscur des névralgies.

Ces veines ne sont pas toujours satellites des artères; elles couvrent d'un très beau plexus les ganglions du sympathique et du pneumogastrique; elles se rendent : 1° *dans le réseau des vasa vasorum* des carotides primitive et interne, créant ainsi des connexions vitales extrêmement intimes entre la paroi même de l'artère et les troncs nerveux qui l'accompagnent; 2° *dans les veines thyroïdiennes* et spécialement dans un lacis de veines

©BIU Santé

musculaires qui revêtent la paroi latérale du pharynx; en dehors, d'autres rameaux rejoignent encore les veines qui rampent au devant des vertèbres et dans l'épaisseur des muscles prévertébraux.

En résumé, les veines de ces troncs nerveux aboutissent à des *veines musculaires;* or, c'est là une disposition générale que nous avons retrouvée également dans les membres.

Si l'on admet que la contraction des muscles striés soit un important facteur (sinon le principal) dans la circulation des petites veines périphériques, on verra dans le fait anatomique que nous signalons une disposition très favorable à l'expulsion du sang noir hors des troncs nerveux. La veine du muscle jouerait, pour ainsi dire, le rôle d'un *appareil de chasse* pour le sang veineux du nerf.

Des modifications physiologiques que subissent les bruits du cœur du fœtus pendant l'accouchement, par M. Lavaux. — En 1886, d'après les conseils de M. Bar, j'ai fait sur ce sujet une série de recherches dont les résultats diffèrent de ceux indiqués par les auteurs.

Pendant qu'un aide attentif comptait les secondes écoulées, je comptais les bruits du cœur du fœtus et constatais les autres modifications que présentaient ces bruits sous l'influence des contractions utérines. Je recueillis dix-huit observations et, dans seize cas, voici ce que j'ai trouvé d'une façon constante, mais à des degrés divers, suivant les sujets :

Dès le début de la contraction utérine, les bruits du cœur du fœtus devenaient plus fréquents; cette fréquence augmentait rapidement pour atteindre son maximum au moment maximum de la contraction; elle diminuait ensuite à mesure que la contraction cessait. Ces modifications, d'abord peu accusées au début du travail, s'accentuaient à mesure que celui-ci avançait, que les contractions utérines devenaient plus énergiques et plus longues. De plus, la fréquence habituelle des bruits, qui, au début du travail, apparaissait quelques secondes après la contraction utérine, devenait ensuite de plus en plus tardive.

Les bruits du cœur du fœtus étaient d'autant plus faibles qu'ils étaient plus fréquents; mais, dans les conditions normales, je les entendais presque toujours, même au maximum de la contraction, excepté lorsque la tête arrivait à la vulve : ils étaient alors masqués par le bruit musculaire dû aux contractions énergiques des muscles abdominaux. Dans un cas de rupture prématurée de la poche des eaux, l'enfant rendant du méconium, j'ai constaté la disparition des bruits au maximum de la contraction et j'ai noté que c'était le deuxième qui disparaissait le premier, fait déjà signalé par les auteurs. Dans un autre cas analogue, je n'ai pas noté cette disparition des bruits et cependant l'enfant paraissait avoir plus souffert que dans le premier cas.

Je n'ai constaté rien de particulier dans une présentation de la face au début du travail, ni dans un cas d'insertion vicieuse du placenta sans hémorrhagie; mais dans deux cas de présentation du siège, j'ai noté que l'accélération des bruits du cœur du fœtus était moins accusée pendant les contractions utérines que dans la présentation du sommet.

Voici maintenant des modifications différentes de celles que je viens de signaler :

Chez une albuminurique qui accoucha, à la fin du huitième mois, d'un enfant pesant 1,700 grammes, né en état de mort apparente et n'ayant pu être ranimé, je constatai que, dès le début d'une contraction utérine, les bruits du cœur du fœtus devenaient bien moins fréquents; ce ralentissement était considérable au maximum de la contraction et parfois on cessait de percevoir les bruits; leur fréquence habituelle n'apparaissait que vingt à trente secondes après la fin des contractions. Dans l'intervalle de celles-ci, ralentissement progressif. Pouls de la mère pendant les contractions à 115.

A part ce ralentissement progressif, j'ai constaté les mêmes particularités, mais peu accusées, dans un cas où les contractions utérines étaient indolentes, l'enfant normal et le pouls de la mère pendant les contractions à 64.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 novembre. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Traitement du corps fibreux. — Traitement de l'éventration.

Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. — M. Richelot rappelle que, dans une

©BIU Santé

séance antérieure, il s'est occupé du traitement des fibromes par l'électricité. Actuellement il veut comparer entre elles la castration ovarienne, l'hystérectomie et l'électricité, relativement à leur mode d'action et à leur indication.

L'électrothérapie est un moyen palliatif qui n'a jamais guéri complètement une tumeur fibreuse; elle décongestionne l'utérus, mais son action est essentiellement temporaire. La castration a le même effet, mais d'une façon permanente; elle peut être curative et souvent entraîne une réduction de volume considérable des tumeurs interstitielles. Les grosses tumeurs sous-péritonéales, reliées à l'utérus par un pédicule étroit, échappent à son action; il en est de même des petites tumeurs rétro-utérines, enclavées et comprimant les vaisseaux et les nerfs pelviens. Chez une femme qui avait subi, sans succès, la castration ovarienne, on fit de nouveau la laparotomie, et l'on trouva un petit fibrome enclavé dont on ne put débarrasser la malade que par l'hystérectomie.

Cette dernière opération est la meilleure, et, bien que plus difficile que l'ovariotomie en certains cas, elle n'est cependant guère plus grave. Le traitement du pédicule est la partie la plus difficile de l'opération. Longtemps on a dû fixer ce pédicule au dehors; actuellement on sait qu'on peut le rentrer comme dans l'ovariotomie si l'on pratique la ligature élastique du segment inférieur de l'utérus.

La ligature doit se faire avec un cordon plein ou un tube, une sonde uréthrale en caoutchouc rouge, par exemple. L'inconvénient du tube est que la vulcanisation n'a pas toujours pénétré jusqu'au centre. L'utérus et les fibromes étant amenés en dehors de la plaie, on place le lien autour du segment inférieur, au-dessous des ovaires, en comprenant dans la constriction le bord supérieur du ligament large. On croise ensuite les deux chefs du lien en avant en ayant soin de l'étirer fortement; on fixe au moyen d'un clamp, et on pratique l'ablation de la masse fibreuse. Le mieux est de sectionner d'abord à une certaine distance de la ligature, puis se débarrasser de la tumeur et de façonner ensuite le moignon; ce dernier doit être réduit le plus possible; dans un seul cas, M. Richelot a dû en abandonner un qui avait 6 centimètres de diamètre; dans tous les autres, il a pu le réduire bien d'avantage. Il faut avoir grand soin de ne pas comprendre la veine dans la ligature; au besoin, on peut la décoller en incisant le péritoine si le lien tend à glisser sur elle. On doit encore veiller à ce que le bord supérieur du ligament large ne s'échappe pas de dessous la ligature, ce qui entraînerait la production d'une hémorrhagie par les vaisseaux ovariens. Pour éviter cet accident, M. Richelot passe de chaque côté, au-dessous de la ligature, un fil qui va ressortir au-dessus, et maintient ainsi le ligament.

Il est très important de traiter convenablement la surface de section. On doit détruire, au thermo-cautère, la surface de la muqueuse, et passer deux ou trois fois le couteau rougi sur le tissu de l'utérus. On laisse ensuite le moignon retomber dans la cavité pelvienne. L'épiploon est alors étalé et amené sur la tranche utérine qu'il sépare de la masse intestinale. Cela permet d'éviter la possibilité d'un étranglement ultérieur,

L'abdomen est fermé par la suture à étages; il n'y a ni cicatrices difformes ni éventrations.

Habituellement la ligature perdue s'enkyste; quelquefois elle s'élimine par le museau de tanche.

Sur 16 cas personnels, M. Richelot a eu 13 résultats heureux et 3 décès.

Dans les trois premières opérations, le pédicule avait été laissé au dehors.

Deux fois il y a eu de la fièvre et de la suppuration. Dans les autres cas, l'opération a été quelquefois difficile, mais les malades ont guéri.

Le premier décès est survenu par épuisement quarante jours après l'opération.

La seconde mort a été amenée par occlusion intestinale et péritonite adhésive. Enfin, dans le troisième cas, la terminaison fatale a été causée par une congestion pulmonaire. Ce n'est donc pas, dans ces trois faits, l'opération elle-même qu'il faut incriminer, mais les circonstances d'ordre général.

Les principales conclusions de M. Richelot sont les suivantes :

Dans le traitement des fibromes utérins, on doit regarder l'électricité comme un moyen palliatif permettant dans certains cas aux malades de vivre sans danger; la castration ovarienne, peu dangereuse, réussit souvent, mais a aussi des échecs ; l'hystérec-

©BIU Santé

tomie abdominale est, dans bien des cas, la seule opération à faire et sa gravité est actuellement à peu près la même que celle de l'ovariotomie ; enfin on ne peut penser à appliquer un traitement unique à tous les fibromes et il faut, dans chaque cas, tenir compte des indications spéciales.

M. Bouilly veut envisager la question surtout au point de vue opératoire. La principale difficulté consiste dans le traitement du pédicule, et il est certain que le traitement intra-péritonéal est un progrès. Cependant il ne le croit pas, comme M. Richelot, applicable à tous les cas. Le traitement extra-péritonéal, ainsi que le prouvent huit cas de M. Bouilly suivis de succès, donne aussi de bons résultats. Il faut, quand on adopte le trailement extra-péritonéal, dessécher le pédicule, pour ainsi dire, en le traitant par le thermo-cautère et en le saupoudrant d'un mélange de tannin et d'iodoforme. Il se transforme ainsi en un moignon dur, sec et noirâtre qui ne tombe qu'entre le vingt-deuxième ou le trentième jour, ce qui a pour effet de retarder la cicatrisation définitive. Sauf ce petit inconvénient, tout se passe bien et les malades n'ont pas de fièvre.

Comme M. Richelot, M. Bouilly croit que les progrès de l'hystérectomie sont dus à l'emploi de la ligature élastique et à l'antisepsie.

M. Terrillon a déjà traité complètement la question en discussion à la Société et dans ses cliniques. Il a opéré 28 ou 29 malades et a eu seulement 3 décès dus à des causes spéciales. Chaque fois que l'on peut, par la ligature élastique, réduire le pédicule à de très petites dimensions, on a de très bons résultats, et les malades guérissent sans fièvre.

La désinfection du moignon et celle de la cavité utérine jouent un très grand rôle. Il faut abraser la muqueuse jusqu'au caoutchouc, cautériser au thermo-cautère et toucher avec une éponge chargée de solution de sublimé à 2 ou 3 p. 1,000. Dans le cas où le pédicule est trop volumineux, il est avantageux de placer au-dessous de la ligature un autre tube de caoutchouc; on peut aussi l'amoindrir, le creuser.

Même avec de gros pédicules, il est possible d'arriver à de bons résultats. La réduction du pédicule et son placement dans la cavité abdominale doivent être faits avec grand soin, car, comme Trend, M. Terrillon a perdu un de ses malades par étranglement interne tenant à la mauvaise position du moignon. Il faut encore faire bien attention à la vessie, qu'il n'y a pas d'inconvénient à décoller dans une étendue de 2 à 4 centimètres.

La sortie ultérieure du lien élastique par le vagin expose à quelques inconvénients, pertes jaunâtres, douleurs dans le bassin et fièvre. M. Terrillon, ainsi que M. Cauchois, a observé ces accidents.

Il faut, dans la méthode rétro-péritonéale, avoir une antisepsie minutieuse, dessécher absolument le moignon par le thermo-cautère et le tannin, ou par le perchlorure de fer. Dans ces conditions, on a de bons résultats.

M. Pozzi ne pense pas que l'on puisse comparer, au point de vue opératoire, les kystes de l'ovaire avec les corps fibreux de l'utérus. Les corps fibreux eux-mêmes ne sont guère comparables les uns aux autres, à cause de leurs différences de siège, de volume, de pédiculisation plus ou moins facile, etc. Les corps fibreux extra-péritonéaux sont comparables aux kystes ovariques, mais les différences sont grandes quand on a affaire à des fibromes interligamenteux volumineux ou à ceux qui sont enclavés dans le petit bassin.

Le traitement intra-péritonéal du pédicule est le meilleur, si le pédicule n'est pas hémorrhagique, si la cavité utérine n'est pas ouverte. Mais, si l'on prend tous les cas en bloc, l'avantage est du côté du traitement extra-péritonéal. C'est celui qui convient aux cas graves. L'ouverture de la cavité utérine, la vascularisation du pédicule exposent, en effet, à la septicémie et aux hémorrhagies secondaires.

La ligature élastique perdue, qu'ont employée Czerny, Olshausen et autres, est à peu près abandonnée, car elle entraine des mécomptes. Les accidents peuvent se produire des semaines et des mois après l'opération.

Quand le pédicule est extra-péritonéal, il faut le dessécher. Comme il tombe tardive-

BIU Santé

ment, M. Pozzi a eu l'idée d'accélérer sa chute avec un tube élastique attaché sur lui et exerçant une traction par l'intermédiaire d'une poulie et d'un poids.

Une troisième méthode n'a pas encore été mentionnée dans la discussion qui vient d'avoir lieu, c'est celle qui consiste dans l'hystérectomie totale dont les partisans sont de plus en plus nombreux. Ce mode opératoire a pour but d'éviter l'infection consécutive par le pédicule. Sur 30 cas, Martin a eu 8 morts.

Enfin, il y a encore une méthode mixte, traitement intra-pariétal du pédicule, dans laquelle on le fixe le plus près possible de la paroi abdominale, après avoir suturé le péritoine.

M. Terrier n'admet pas non plus que l'on puisse faire de comparaison entre le traitement des kystes de l'ovaire et celui des fibromes, sauf quand ces derniers sont pédiculés. Si la section du pédicule est faite loin de l'utérus, on peut alors l'abandonner dans l'abdomen; s'il faut ouvrir la cavité utérine, la désinfection absolue est alors très difficile à obtenir. On peut alors fixer le pédicule au dehors.

M. Terrier rapporte deux observations dans lesquelles il a employé la méthode intra-péritonéale avec la ligature perdue. Il a eu un succès et une mort; il est vrai que, dans le deuxième cas, l'opérée était vierge et que l'on n'avait pu faire complètement l'asepsie vaginale. Quand on laisse le pédicule en dehors, il faut le momifier pour ainsi dire. Au contraire, quand le fibrome est pédiculisé sur le fond, il est parfois possible de se contenter d'appliquer sur le pédicule un double fil de soie.

— M. Le Dentu a soigné récemment une femme de 29 ans, qui avait été atteinte d'*éventration* à la suite d'une couche et souffrait beaucoup des phénomènes résultant du déplacement des viscères. M. Le Dentu a traité cette éventration en faisant une incision sur la ligne blanche, de façon à repousser les intestins à l'aide d'une éponge; il a ensuite sectionné les téguments et le péritoine, et enlevé un segment qui formait un losange allongé entre le pubis et le creux épigastrique. Ensuite, il a suturé en masse. Actuellement, la malade va bien.

M. Reynier a fait une opération semblable sur une malade dont l'éventration était survenue à la suite de l'ovariotomie. Malgré la résection qui fut faite, l'infirmité tend à se reproduire.

Pour M. Terrier, on peut avoir des récidives même quand l'opération a été très bien faite, que l'on a placé des sutures à étages multiples. Ces récidives tiennent à la dégénérescence graisseuse des tissus des malades.

— M. Fontan lit une observation de *laparotomie pour coup de feu de l'abdomen*, faite lorsqu'il y avait péritonite suppurée, et suivie de guérison.

— M. Berger présente un malade auquel il a *restauré la lèvre supérieure* par le procédé de Taggliacozzi modifié. Le bras est resté fixé à la tête pendant dix-neuf jours.

— M. Picqué présente un *rein* atteint d'hydronéphose et d'ectopie, qu'il a enlevé par la voie transpéritonéale.

FORMULAIRE

Solution contre le prurigo de la vulve. — Tarnier.

Bichlorure de mercure.....	2	grammes.
Alcool.....	10	—
Hydrolat de roses.....	40	—
Eau distillée.....	450	—

Faites dissoudre. — Ce liquide s'emploie pur, en lotions répétées le matin et le soir, contre le prurigo vulvaire des femmes enceintes. Les premières applications provoquent toujours une cuisson assez vive, et nécessitent habituellement un lavage consécutif à l'eau fraîche. Mais l'usage de cette solution devient de moins en moins douloureux, et la guérison est souvent très rapide. — N. G.

©BIU Santé

COURRIER

Une nouvelle salle d'opérations a l'Hôtel-Dieu. — Le Conseil vient d'adopter un projet d'exécution de travaux à l'Hôtel-Dieu, pour création d'une salle d'opérations destinées au service de la clinique chirurgicale.

Ecole principale du service de santé de la marine a Bordeaux. — Le 5 novembre a été inaugurée l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux. La cérémonie a été présidée par M. le vice-amiral Ribell, préfet maritime à Rochefort, ayant à ses côtés le maire de Bordeaux et le doyen de la Faculté de médecine. Quatre discours ont été prononcés : par M. Ribell, le maire; M. Bérenger-Féraud et M. Brassac, directeur de la nouvelle Ecole. Le soir a eu lieu un banquet où plusieurs toasts ont été portés.

Hôpitaux de Nancy. — A la suite des derniers concours ont été nommés :

Internes : MM. Sterne, Weill, Koehler, Lang, Etienne.

Internes provisoires : MM. Dreyfus, Thierry, Blaise, Wilhelm.

Externes : MM. Volpert, Jacques, Strauss, Renard, Guédon, Roger, Masson, Renaud, Fuscher, Schwandier, Colin.

— La source d'eau minérale dite « Yvonne », alimentant un établissement thermal sur le territoire de la commune de Chatelguyon, est déclarée d'intérêt public. — Il est attribué à cette source un périmètre de protection sous forme d'un cercle de 20 mètres de rayon, ayant son centre à la source et une étendue de 12 ares 57 centiares.

Ecole dentaire de Paris. — L'Ecole dentaire de Paris a ouvert ses cours par une séance solennelle qu'a présidée M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, représentant M. le ministre de l'instruction publique.

Après une allocution de M. Lecaudey, directeur de l'Ecole, M. Liard a félicité l'institution des brillants résultats qu'elle a obtenus depuis dix ans, pour la renaissance des études odontologiques en France; il a terminé, au milieu des établissements, en faisant des vœux pour sa prospérité toujours croissante.

M. Thomas, professeur de l'Ecole, fait ensuite une intéressante conférence sur la situation de l'art dentaire au dix-neuvième siècle; puis M. Godon, directeur-adjoint, donne lecture du rapport annuel et du palmarès de l'année scolaire 1890-91.

Les lauréats sont : MM. de Massias, Meunier, Vauvillier, Videau, Paulme, Mlle Cornuau, M. Glatz, Mlle Kratuska, MM. Mayroffer et Zamkoff.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marec, ancien médecin principal de la marine.

— Rien n'est plus rationnel que l'emploi du Coaltar saponiné Le Beuf comme **DENTIFRICE**. Car par ses propriétés **microbicides**, *désinfectantes*, *détersives* et *toniques*, il répond mieux que tout autre produit aux derniers *desiderata* de la science. Il jouit en outre d'une innocuité absolue, qualité rigoureusement nécessaire pour un produit d'un usage journalier.

Envoi gratuit d'un échantillon à MM. les médecins. — Bayonne, pharmacie Le Beuf.

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

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.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. PETER : La révulsion. — II. H. STAPPER : Revue d'obstétrique et de gynécologie. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. FORMULAIRE. — V. COURRIER. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital Necker. — M. le Professeur PETER.

La Révulsion.

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui d'une médication surannée, actuellement quelque peu dédaignée en France et complètement rejetée en Allemagne, la médication révulsive.

Je n'ai cependant pas l'intention de remonter jusqu'à Hippocrate qui distinguait la révulsion faite au lieu et celle appliquée au voisinage des parties malades. Je n'insisterai pas sur son aphorisme : *Duobus laboribus, simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum*, et plus énergiquement en grec : ὁ σφοδρότερος ἀμαυροι τον ἕτερον.

Ce que je veux vous dire, c'est que la révulsion et la dérivation constituent les deux termes d'une médication qu'avec le professeur Grasset, j'appellerai la médication contro-fluxionnaire.

Dans la thérapeutique des maladies aiguës, nous n'avons pas à combattre la lésion, celle-ci est le passé ; nous avons à lutter contre l'acte qui est le « devenir », et, d'instant en instant, est le présent; si nous n'intervenons pas, l'acte morbide entraînera plus tard une lésion.

Nous ne pouvons rien, contre l'athérome, la sclérose, la dégénérescence graisseuse. Nous pouvons agir contre la fluxion, contre ce qui est le résultat d'une irritation. Toute irritation, tout appel à la sensibilité déterminent un mouvement ; c'est ainsi qu'un enfant pincé pousse un cri, mouvement de son larynx. Si je pose un irritant, la farine de moutarde, par exemple, sur l'épiderme, j'ai une sensation de brûlure, et avec cette sensation parallèlement à elle, proportionnellement à elle, apparaît une rougeur. Qu'est-ce que cette rougeur? C'est un mouvement des vaso-dilatateurs qui correspond à la sensation transformée.

La sympathie est la loi de notre organisme ; une sensation provoquée par un pincement donne naissance à un cri ; c'est là un acte qui a lieu par un arc diastaltique et qui est de l'ordre des actes réflexes.

Quand il y a hypérémie à une extrémité de cet arc, il y a anémie à l'autre extrémité; telle est la base scientifique de la médication révulsive. Pour caractériser la fluxion on ne peut mieux faire que citer l'aphorisme antique, *ubi stimulus, ibi fluxus;* là où il y a un stimulant ou un irritant, se produit un flux ou une fluxion. Cette dernière est l'afflux du sang dans l'organe irrité. Elle entraîne à sa suite une congestion fugitive ou permanente, et l'hypérémie finit par aboutir à l'hyperplasie, à l'inflammation et à la phlogose.

©BIU Santé

Ce sur quoi nous pouvons agir, c'est sur la fluxion et ses conséquences, c'est-à-dire sur ce qui est le devenir.

Il est probable que c'est la contrefluxion spontanée qui a donné à des médecins intelligents l'idée de faire une contre-fluxion artificielle. L'érysipèle spontané nous fournit un bon exemple de cette contre-fluxion naturelle, en ce sens qu'il peut faire disparaître des accidents redoutables. Cette année, à la fin de l'épidémie d'influenza, un homme entra dans nos salles au dernier degré d'une affection cardiaque ; la diurèse était très abaissée, les reins ne répondaient plus à la digitale et nous considérions sa situation comme désespérée. A ce moment il prit un érysipèle de la face avec fièvre et phénomènes généraux, qui s'étendit de proche en proche sur le cuir chevelu et une partie du tronc. Nous regardâmes la mort comme encore plus inévitable et cependant le malade guérit. La diurèse reparut sans digitale, l'ascite disparut, l'œdème diminua et ne fut plus entretenu que par des varices. Le malade guérit donc contre toute attente sans que nous y fussions pour rien. Qu'a donc fait l'érysipèle en ce cas, si ce n'est d'agir comme un révulsif spontané?

Des médecins à l'esprit inductif ont dû vouloir imiter de tels actes, d'où l'idée du vésicatoire qui produit presque un érysipèle, car il provoque une sécrétion d'abord séreuse, qui, plus tard, devient facilement purulente. C'est ainsi que l'on a songé à faire la révulsion. Quand on fait cette révulsion par le vésicatoire, il faudrait changer l'aphorisme hippocratique, et dire non pas *vehementior obscurat alterum*, mais *debilior minuit alterum*, car on amoindrit l'acte morbide primitif.

Je vous ai dit, Messieurs, que quand on fait de la révulsion et de la dérivation, on fait appel aux actes réflexes; il est facile de démontrer par les faits que c'est ainsi que se passent les choses.

Il y a tout le long du rachis un chapelet de ganglions qui appartiennent au grand sympathique. De ces ganglions, qui sont des centres de réflexes, partent des nerfs qui rampent sur les parois des vaisseaux, suivent le trajet de ces vaisseaux et vont jusqu'à leurs dernières extrémités à la phériphérie de l'organisme, qui se trouve ainsi pourvue de nerfs sympathiques. Il en est de même pour les cavités crânienne, thoracique, abdominale, et pour les viscères qui y sont contenus. Les méninges, le cerveau, les poumons, le cœur et surtout les vaisseaux de ces organes reçoivent des nerfs qui viennent du sympathique; il en est de même des vaisseaux du rein, de l'utérus, etc. Enfin d'autres nerfs vont encore dans le canal rachidien sur la moelle. Il y a ainsi harmonie préétablie entre le contenant et le contenu.

Supposons une révulsion exercée sur la paroi thoracique; elle va se réfléchir sur le ganglion correspondant et ira ensuite aux poumons ou au cœur. Une action semblable se passera si on agit sur la paroi abdominale au niveau de l'estomac, et alors, en même temps qu'il y aura hypérémie d'un côté, l'anémie se produira de l'autre.

Tout ceci est démontré par ce qui se passe en clinique. Dans une affection grave du cerveau, on obtient le plus souvent, sinon toujours, de bons effets en plaçant un séton à la nuque; ce qui revient à irriter la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Quel rapport y a-t-il donc entre la nuque et la cavité crânienne qui contient le cerveau malade? C'est que le cerveau est nourri par des divisions de la carotide interne et que ces divisions reçoivent les nerfs des ganglions cervicaux du sympathique placés près de la

SBIU Santé

nuque. En agissant sur cette dernière, on détermine une modification dans les vaso-moteurs du cerveau.

La même chose se passe pour l'utérus atteint de métrite ou dans la typhlite. Quand on met des sangsues sur l'hypogastre, dans les métro-peritonites puerpérales, l'acte réflexe se produit par l'intermédiaire du plexus hypogastrique, et l'effet est si rapide que des femmes qui souffraient beaucoup voient leurs douleurs disparaître presque aussitôt.

Ces exemples suffisent pour montrer que l'action révulsive exercée au voisinage des parties malades est rapidement suivie d'un effet salutaire. Je peux, à ce propos, vous citer plusieurs observations qui ont été recueillies dans le service. Les femmes enceintes doivent actuellement nous préoccuper, puisque la dépopulation de la France est à l'ordre du jour. Il n'est, du reste, rien de plus intéressant que la grossesse pendant laquelle un état physiologique confine sans cesse à un état pathologique.

Dans le cours de juillet est entrée, dans le service, une femme qui était enceinte pour la troisième fois et dont la grossesse avait sept mois de date ; depuis trente-six heures, elle était en proie à des attaques éclamptiques que le médecin appelé en ville n'avait pas jugé à propos de combattre par la saignée. La femme était cependant une paysanne robuste et forte qui, dans sa première grossesse, avait fait une fausse couche de trois mois vraisemblablement due à de l'albuminurie sans éclampsie. A sa deuxième grossesse, elle avait eu de l'éclampsie suivie de guérison, parce que son médecin de campagne l'avait saignée. A Paris, le médecin, bien qu'il sût ces faits, refusa de recourir à l'émission sanguine, médication démodée, et se borna à employer sans succès, du reste, des inhalations de chloroforme. La malade étant toujours en proie à des convulsions terribles, on la porte à l'hôpital où l'interne de garde se borna à appliquer quatre sangsues sur le pubis. Dans le service on la saigna et on retira 500 grammes de sang ; au bout d'une heure et demie, bien que les attaques durassent depuis quarante-huit heures, la malade était devenue tranquille et commençait à recouvrer sa connaissance.

Il n'est pas douteux, Messieurs, que la saignée, à la fois révulsive et déplétive, avait débarrassé le cerveau, car, s'il est possible que les attaques épileptiformes s'accompagnent d'anémie au début, la congestion de la face indique certainement qu'il y a de l'hyperémie à la fin, car on ne comprendrait pas que la carotide primitive envoyât par la carotide externe beaucoup de sang au visage turgescent de la femme éclamptique, sans en envoyer autant au cerveau par la carotide interne. Une fois le danger immédiat conjuré, il nous restait à faire autre chose : la malade ne rendait par jour que 500 grammes d'urine contenant 8 grammes d'albumine par litre. Et, à ce propos, Messieurs, permettez-moi une parenthèse. (Quand je vous ai dit tout à l'heure que la diurèse était revenue chez un cardiopathe à la suite de l'action d'un érysipèle, cela signifiait que ce cardiopathe était atteint de congestion rénale et que la fluxion érysipélateuse avait défluxionné le rein.) La fluxion rénale existait aussi chez notre éclamptique ; aussi avons-nous cherché à la combattre. Pour cela, nous avons appliqué six ventouses scarifiées sur la région lombaire, afin d'agir par un acte réflexe sur le rein, qui laissait filtrer du sérum riche en albumine et pauvre en urée. Deux jours après, nous mîmes des pointes de feu et l'albuminurie diminua en même temps que l'urée augmentait. Nous alternâmes ces révulsifs avec les applications de teinture d'iode et l'administration de dix grammes d'eau-

©BIU Santé

de-vie allemande tous les deux jours pendant une semaine, et la jeune femme, entrée si malade le 28 juillet, sortit guérie le 3 août, après avoir cependant avorté au milieu du mois. Il est intéressant, Messieurs, de suivre, sur les tableaux que nous avons recueillis, le parallélisme qui existe entre l'emploi des révulsifs, d'une part, la quantité et la composition de l'urine rendue, d'autre part. Le jour de l'entrée, il y avait 8 grammes d'albumine par litre; presque immédiatement, cette quantité tomba à 7 grammes, puis à 6 et à 4,5; le 22, il n'y en avait plus que 3 grammes; le 24, 1 gramme; et enfin, quand la malade quitta l'hôpital, il n'était possible d'en déceler que des traces impondérables. En même temps que l'albuminurie diminuait, le chiffre de l'urée s'élevait.

Si nous nous étions bornés à nous débarrasser de l'éclampsie à l'aide de la saignée, si nous n'avions pas pensé à l'état des reins, la malade aurait pu mourir quelques mois plus tard de néphrite albumineuse; après la fluxion se serait produite de l'hyperémie congestive, puis de la phlogose et, enfin, de la phlogose destructive.

Je vais maintenant vous parler d'un autre cas. Nous avons dans nos salles une jeune femme qui est accouchée déjà depuis cinq ou six semaines; à la fin de sa grossesse, elle a présenté de la toux et de l'amaigrissement indiquant une tuberculose certaine; bientôt elle fut prise d'une dyspnée intense qui arriva rapidement jusqu'à l'orthopnée. A l'auscultation, on trouvait un souffle dur, avec bronchophonie concomitante au niveau de la nuque et de la fosse sus-scapulaire; les mêmes régions étaient mates à la percussion et, dans les poumons, on constatait l'amoindrissement du murmure vésiculaire. Il était évident que ces accidents étaient dus à la présence de ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés, passés du volume d'une lentille à celui d'un pois ou d'une noisette, à cause de l'hyperémie amenée par les altérations tuberculeuses du larynx et des poumons. Il y avait là une indication urgente à agir, car la mort était possible, l'insuffisance de l'hématose étant considérable. Nous appliquâmes des vésicatoires à la nuque, dans la région scapulaire et dans la région sternale supérieure. La percussion journalière nous permit de nous rendre compte de leur effet : Au début, il y avait 6c,5 de matité transversale en arrière et 7 centimètres dans la région sternale; vingt-quatre heures après l'application des premiers vésicatoires, la malade se trouvait déjà mieux; et notez qu'elle n'avait pas seulement de la difficulté à respirer, avec cornage, mais de la difficulté à manger, de la dysphagie tenant à la compression de l'œsophage. Quatre jours après le début du traitement, la matité n'était plus que de 3c,5 en avant comme en arrière, et elle s'abaissa dans la partie postérieure jusqu'à 2c,8. Actuellement, la malade mange facilement, son hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques est considérablement amoindrie. Naturellement, il lui reste sa tuberculose pulmonaire, contre laquelle nous ne pouvons rien.

Encore un autre fait. Tout récemment entrait dans nos salles un individu paraplégique. C'était un cantonnier du bois de Boulogne qui, après son déjeuner, avait l'habitude de se coucher sur l'herbe fraîche pour faire la sieste. Il avait été pris de douleurs dans les reins qui bientôt avaient été suivies d'une grande difficulté dans la marche. Cet état durait depuis trois semaines lorsqu'il se décida à demander nos soins. Nous reconnûmes qu'il s'agissait d'une paraplégie par congestion méningo-médullaire; il n'y avait point d'altération destructive de l'axe spinal, car les réflexes étaient exa-

BIU Santé

gérés et, quand le malade voulait marcher, il se produisait des contractures. Notre traitement consista à appliquer d'abord des ventouses scarifiées et ensuite des pointes de feu sur la région dorso-lombaire; les dernières pointes de feu s'enflammèrent et furent même suivies de suppuration. Il résulta de toute cette révulsion que le malade sortit guéri, ne conservant qu'un peu de faiblesse dans les jambes. Depuis, il est revenu nous voir et, se trouvant bien du traitement que nous lui avions appliqué, il a demandé des pointes de feu, qui lui ont été généreusement accordées.

Nous donnons en ce moment nos soins à un tailleur dont le membre inférieur gauche est atrophié, et qui, quand il marchait, faisait porter le poids de son corps sur le membre inférieur droit. Il y a six semaines, il fut pris, dans la jambe droite, de douleurs que l'on regarda comme de la névralgie sciatique. Or, Messieurs, il y a deux espèces de névralgie sciatique. Dans les cas les plus heureux, il s'agit d'une névrilémite, c'est-à-dire d'une inflammation des tissus fibreux qui servent de soutien aux nerfs et de la névroglie qui supporte les tubes nerveux et les vaisseaux. Cette névrilémite peut survenir sous l'influence du rhumatisme et participe de la nature des inflammations rhumatismales des tissus fibreux ou séreux, et guérit comme elles plus ou moins facilement. Au contraire, la sciatique par névrite est une véritable maladie du nerf, et c'est malheureusement celle dont est atteint notre malade, chez qui elle est survenue à la suite de la fatigue et de l'épuisement du sciatique droit, innervant la jambe qui devait supporter à elle seule tout le poids du corps. Depuis qu'il est entré dans nos salles, le malade se plaint de douleurs le long du rachis et même dans la tête, que l'antipyrine n'a pu calmer que passagèrement et qui indique qu'il s'agit d'une névrite ascendante. Nous avons essayé de la révulsion à l'aide du stypage; nous avons appliqué des ventouses scarifiées à la nuque et au rachis, et nous sommes restsé impuissants contre la myélite.

J'ai tenu, Messieurs, à vous parler de la révulsion parce qu'il s'agit là d'une pratique qui, quoique enseignée dans Hippocrate, conservera toujours son importance, parce qu'elle repose sur des faits vrais. Si des expériences paraissent indiquer que la révulsion est inutile, on peut dire que ces expériences ont été mal interprétées. Les vérités traditionnelles de la médecine sont éternelles comme la vérité, et parce qu'elles sont la vérité. C'est d'elles qu'on peut dire « si un peu de science en éloigne, beaucoup de science y ramène. »

REVUE TRIMESTRIELLE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Grossesse gémellaire. — Hydramnios. — Ponctions. — Guérison, par le docteur Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Lille. (*Annales de gynécologie*, mai 1890.) — J'ai eu l'occasion, en 1888, d'analyser dans cette Revue un travail de M. Lepage sur l'hydropisie de l'amnios et la ponction utérine. Le fait intéressant publié par M. Phocas vient s'ajouter aux autres faits du même genre qui prouvent que la ponction pratiquée avec les précautions antiseptiques indispensables est inoffensive pour la mère. Cette opération, dont l'indication est formelle (dyspnée menaçant les jours de la femme), procure un soulagement immédiat en supprimant la compression souvent énorme, qui cause les douleurs et l'asphyxie.

De plus, elle sert quelquefois à éclairer le diagnostic. Celui-ci n'est pas toujours aisé.

©BIU Santé

La grossesse, en effet, peut être méconnue, et l'hydropisie amniotique prise pour un kyste. D'autre part, si la grossesse est reconnue, la question de l'existence simultanée d'un kyste se pose surtout lorsqu'il y a gémellité avec deux œufs distincts, et hydropisie d'un seul de ces œufs.

Une femme enceinte de huit mois environ et dont le ventre prit subitement, dans l'espace de quinze jours, de grandes proportions, eut recours aux soins du docteur Phocas. La respiration était difficile, les jambes enflées, l'abdomen énormément distendu. Il était occupé par une tumeur résistante s'étendant jusqu'à deux travers de doigt de l'appendice xyphoïde, mais on ne parvenait pas à coiffer le bord supérieur de la tumeur avec le bord cubital de la main. A la percussion, la matité remontait à ce niveau. Fluctuation des plus nettes, aucun battement fœtal.

Le col était élevé, mou et entr'ouvert. Le bout de l'indicateur de M. Phocas pénétra dans l'orifice externe. M. Phocas s'arrêta en deçà de l'orifice interne. L'exploration de cette orifice, qui exige quelquefois l'introduction d'une partie de la main dans le vagin, à cause de l'élévation du segment inférieur, est sans danger quand la main est prudente et le toucher léger. Elle éclaire le diagnostic. Si le praticien atteint les membranes, il y a grossesse. Si les membranes sont tendues en l'absence de toute contraction utérine, il y a hydramnios. Si les membranes sont molles, l'hydramnios peut encore exister ; mais alors se pose la question d'une grossesse gémellaire avec deux œufs, dont l'un seulement est distendu par le liquide, et le diagnostic se restreint aux deux hypothèses suivantes : 1° gémellité avec hydramnios d'un œuf ; 2° grossesse unique et kyste de l'ovaire concomitant.

M. Phocas avait admis l'existence d'un kyste de l'ovaire et rejeté la grossesse *à cause de la rareté de l'hydramnios*.

Il faut s'entendre. L'hydramnios est commune, surtout dans les cas de gémellité ; mais les cas dans lesquels l'accumulation de liquide prend de gigantesques proportions et devient un danger, sont rares. Les faits de ce genre me sembleut constituer ce qu'on appelle hydramnios aiguë, terme condamnable, puisqu'il éveille l'idée d'un état inflammatoire fébrile qui n'est pas prouvé.

M. Phocas, après les précautions d'usage, fit une première ponction sur la ligne oblique qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, *ponction blanche*.

Il en fit une seconde à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'appareil se remplit plusieurs fois de suite, mais avec interruptions dans l'écoulement coïncidant avec le durcissement de la tumeur perçu par la palpation. Ces alternatives de relâchement et de contraction des parois du prétendu kyste persuadèrent, avec raison, à l'opérateur, que le trocart était dans l'utérus gravide.

Le soulagement de la malade fut immédiat; elle accoucha cinq semaines plus tard de deux enfants dont l'un était mort.

Le docteur Phocas conclut à l'importance des modifications de consistance pour le diagnostic des tumeurs abdominales. Les alternatives de dureté et de mollesse caractérisent l'utérus gravide. Le fait clinique est exact, en effet; mais il faut savoir qu'il manque souvent chez les femmes atteintes d'hydramnios. Dans bien des cas, la consistance est exactement celle d'un kyste bien rempli, rénitent. On ne perçoit pas la contraction indolore qui révèle la grossesse.

M. Phocas croit que l'intermittence de l'écoulement dépend des contractions. Il a constaté, à plusieurs reprises, la simultanéité du durcissement utérin et de la suspension du jet. Il pense que la contraction peut durer assez longtemps pour faire croire à une *ponction blanche*, l'écoulement étant impossible. La certitude d'avoir pénétré dans l'utérus la première fois, les mouvements imprimés à la canule pendant deux ou trois minutes, et une certaine durete perçue à ce moment aux alentours, ont déterminé à cette conclusion M. Phocas, qui se déclare embarrassé pour dénouer logiquement le lien intime des phénomènes. Il est probable qu'à la première tentative la canule s'est engagée dans une cloison membraneuse, et qu'à la seconde une région fœtale ou les membranes ont bouché le bec de la sonde à diverses reprises. Logiquement, en effet, si l'ouverture de la canule est libre dans la cavité utérine, le jet ne peut qu'augmenter

BIU Santé

au moment des contractions, et, cliniquement, il n'y a pas de contraction utérine, en dehors de la tétanisation, qui dure deux à trois minutes.

Je me rallie pleinement à la dernière proposition de M. Phocas qui affirme l'excellence de la ponction abdominale dans les cas d'hydamnios pendant la grossesse, lorsque la vie de la femme est menacée.

Difficulté de la provocation de l'accouchement, par le professeur PAJOT (*Annales de gynécologie*, juillet 1890). — La provocation de cet accouchement s'est prolongée pendant huit jours.

Le professeur Pajot essaya d'abord le procédé de Krauss. Une bougie de la grosseur du petit doigt fut introduite à 10 centimètres dans la cavité utérine; elle resta en place vingt-quatre heures. L'*utérus ne parut pas s'en apercevoir*. Elle fut retirée, remise en place, et, du côté opposé, on en introduisit une seconde. Toutes deux restèrent en place vingt-quatre heures. L'*utérus ne bougea pas*. Les sondes retirées, une éponge préparée de la grosseur du pouce fut introduite dans la cavité utérine; elle fut maintenue par deux éponges fines ordinaires, aseptiques. L'éponge resta en place vingt-quatre heures, et quatre douches vigoureuses furent administrées pendant ce temps. *Pas de contractions*.

L'éponge fut retirée avec peine comme pour une délivrance; elle était grosse comme un très gros œuf. Deux autres semblables furent introduites, une à gauche, l'autre à droite, et les douches données de trois heures en trois heures. Un commencement de travail se déclara, *puis les contractions cessèrent*. Un ballon de caoutchouc de 6 centimètres de diamètre fut introduit et resta en place vingt-quatre heures. Les douches furent continuées durant ce temps. *Aucune contraction ne se manifesta*. Enfin, le docteur Pajot ayant introduit un second ballon de même grosseur et donné des douches plus fréquentes, le travail se déclara au bout de plusieurs heures. Cette observation, dit le professeur Pajot, est un document de plus à ajouter à l'article PATIENCE en obstétrique.

D'un emploi nouveau de la curette, par le professeur PAJOT. (*Annales de gynécologie*, id.) — Le professeur Pajot joint à l'observation que nous venons d'analyser le spirituel récit qui suit :

« Un jeune couple d'étrangers vint me consulter il y a quelques mois. Le mari est un homme de 33 à 34 ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, bien constitué, n'ayant jamais eu de maladies graves. La jeune femme a de 25 à 26 ans, bonne santé habituelle, taille moyenne. Le mari me raconte qu'ils sont mariés depuis six à sept ans. Ils désirent beaucoup un enfant et n'en peuvent avoir. « Monsieur, me dit le jeune homme, je ne veux pas vous cacher que j'ai consulté avant vous un autre médecin. (Il me nomme un des curetteurs les plus convaincus de Paris.) Ce médecin, me dit-il, m'a proposé de faire à ma femme une opération qui nous permettra d'atteindre le but que nous cherchons. (Il s'agissait de gratter le dedans de la matrice avec un instrument.) Je n'ai pas voulu soumettre ma femme à cette opération sans prendre plusieurs autres avis, et je viens vous demander ce que vous en pensez. »

L'interrogatoire de la jeune dame fut long et minutieux. J'appris qu'elle n'avait eu que quelques indispositions passagères sans gravité. La menstruation avait toujours été régulière. Jamais, avant ni depuis son mariage, les règles n'avaient manqué; en avance d'un jour ou deux chaque mois, le sang, bien rouge, coulait modérément pendant trois ou quatre jours; l'intestin fonctionnait bien; le sommeil était bon, l'appétit excellent.

Le palper, le toucher et le spéculum me firent trouver les organes dans le plus parfait état physiologique... La muqueuse génitale était d'un rose pâle, sans la moindre trace d'état catarrhal; le vagin sans odeur acide.

Etonné du résultat de cet examen, qui me montrait cette jeune femme dans les meilleures conditions de fécondation, je ne pus point cacher au mari que je ne comprenais pas le but de l'opération proposée.

— Comme je ne constate rien chez Madame, lui dis-je, qui puisse expliquer la stérilité, je vous prie d'emporter ces plaques de verre, et je lui expliquai à mots couverts ce que je désirais de lui.

©BIU Santé

Le soir, je recevais les deux plaques. Elles furent examinées à la lumière artificielle avec le grossissement ordinaire.

Il me fut impossible, malgré un temps considérable, et les soins les plus minutieux, d'y découvrir la trace d'un seul spermatozoïde.

Le résultat de cet examen fut écrit à l'instant même; j'indiquai dans cette consultation les causes probables et les résultats presque certains de la mauvaise qualité de ce sperme.

Le surlendemain, le mari vint seul.

— Monsieur, lui dis-je en l'abordant, vous avez eu, avant votre mariage, un écoulement par l'urèthre ?

— Oui, Monsieur.

— Un de vos testicules s'est pris d'abord et vous avez été obligé de garder le lit.

— Oui, Monsieur.

— L'autre s'est pris ensuite et vous en avez souffert également.

— Mais, oui, Monsieur.

Je n'avais plus rien à apprendre. Je lui expliquai que lui seul, et non sa femme, était la cause de la stérilité de son ménage, ajoutant que sa femme n'avait besoin d'aucun traitement. Quant à lui, je lui prescrivis une hygiène spéciale, en lui laissant une lueur d'espoir, mais sans promettre la guérison.

C'était la première fois que j'entendais parler de curer la femme pour donner des spermatozoïdes au mari. »

Il convient d'avoir une confiance modérée dans ce mode de traitement.

(*A suivre.*) H. Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 novembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté adressé par le docteur Lazerat : Recherches sur le traitement de la tuberculose ;

2° Un mémoire sur la contagion de la rougeole, par le docteur Maurice Mercier, médecin militaire ;

3° Une lettre de candidature de M. Landouzy, à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

Dépopulation de la France. — M. Hardy reconnaît que la population de la France ne s'accroît pas autant que celle des autres Etats. Mais on n'est pas d'accord sur les causes de ce défaut d'accroissement. M. Hardy attribue surtout de l'influence à la race, à la civilisation très avancée, à l'émigration des campagnes dans les grandes villes, à la diminution des principes moraux et religieux.

Lorsqu'on étudie ce qui se passe en Suisse, on peut en conclure que la race française est moins prolifique que les races allemande, anglaise, russe.

A Genève, où la race est la même que la nôtre, il y a eu, en 1887, 1,448 naissances contre 1,549 morts, et, à Fribourg, l'excédent des naissances sur les décès n'est que de 3. Dans les parties allemandes du pays, à Berne, par exemple, il y a eu, en 1888, 1,464 naissances et 1,162 décès. La natalité dans la Belgique française ne dépasse pas notablement la mortalité, tandis qu'il en est tout autrement dans la Belgique flamande. Du reste, la faible natalité de la France avait déjà été signalée par de Humboldt en 1820.

La civilisation pousse à ne pas avoir beaucoup d'enfants et il est facile de constater que la diminution des naissances tend à exister dans tous les pays civilisés. En France même, les pays les plus pauvres sont ceux où il naît le plus d'enfants. Si le Nord semble faire exception à la règle, c'est qu'il s'y trouve beaucoup de Belges, que l'esprit reli-

©BIU Santé

gieux y règne, et qu'enfin les compagnies minières ont des ouvriers qui ont plus d'ordre et de moralité par suite des soins que prennent d'eux ces compagnies.

Quand un ouvrier est passé de la campagne à la ville, il est certain que les enfants deviennent pour lui une charge bien plus lourde; de plus, les naissances illégitimes, les avortements augmentent.

L'influence des idées religieuses est notable, car le clergé enseigne que l'on doit avoir beaucoup d'enfants.

Restent les lois que l'on a accusées d'être une des causes de la dépopulation. M. Hardy pense que l'Académie ne peut guère proposer l'abrogation de ces lois et leur modification, car elles traitent souvent de matières qui ne sont pas de sa compétence.

Si l'on permettait aux filles de se marier avant 21 ans, sans le consentement de leurs parents, il est certain que cela augmenterait la natalité, mais les enfants nés de mères trop jeunes seraient chétifs et ces jeunes femmes n'auraient guère d'expérience.

Dans la recherche de la paternité, l'innocent, moins adroit ou moins habile que le coupable, paye généralement pour lui.

M. Javal pense que l'on devrait permettre au commerçant de léguer sa maison à son aîné; M. Hardy regarde, au contraire, l'égalité des partages entre les enfants comme une conséquence très heureuse des principes de 1789.

Les restrictions volontaires existent certainement, mais l'orateur ne leur accorde qu'une faible importance; cette pratique est du pur égoïsme. La loi sur les successions est la même en Belgique, en Hollande, en Italie que chez nous, et cependant la natalité est élevée dans ces pays.

M. Hardy n'admet pas l'impôt sur les célibataires. Un grand nombre de personnes font d'ailleurs bien de ne pas se marier pour différents motifs, et il n'est pas partisan du mariage obligatoire, non plus que de la paternité forcée.

Il n'y a que peu de rapports entre certains impôts de consommation et l'accroissement de la population. Parmi ces impôts, ceux sur l'alcool et le tabac devraient être conservés et même augmentés.

Par contre, il est très utile de chercher à diminuer la mortalité et il y a beaucoup à faire dans ce sens.

L'orateur termine en disant qu'il espère qu'un jour viendra où les nations européennes renonceront à ces immenses armées permanentes, et où l'influence du nombre ne sera plus aussi puissante qu'aujourd'hui; on comptera, au contraire, pour quelque chose l'intelligence, et la France retrouvera sa prospérité.

M. Javal constate que M. Hardy se met en contradiction avec ce qu'il a dit, il y a cinq ans, relativement à la restriction de la natalité. Il admet aujourd'hui les restrictions volontaires dont il est facile de constater l'existence en faisant de petites enquêtes personnelles.

— L'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Terrier sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. Voici le classement des candidats :

MM. 1, Périer; 2, Berger; 3, Nicaise; 4, Horteloup; 5, Terrillon; 6, Reclus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 novembre. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Péritonite à pneumocoques. — Sur un cas de myxœdème amélioré par la greffe thyroïdienne. — Paralysie faciale hystérique.*

M. Galliard présente l'observation d'une petite fille de 11 ans, morte d'une péritonite purulente. Le pus s'était collecté en trois foyers distincts : un épiploïque ou pré-épiploïque, un péri-splénique et un sus-hépatique. Le premier, le plus considérable, était limité en arrière par le grand épiploon, dont l'extrémité inférieure avait contracté des adhérences avec les organes du bassin, de façon à former, derrière la paroi abdominale, une vaste poche où le pus s'était collecté. Il n'y avait pas de pus en arrière du grand épiploon. Ce

©BIU Santé

premier foyer avait été évacué par la laparotomie. Les deux autres ne furent reconnus qu'à l'autopsie.

Le pus, examiné par M. Netter, contenait des pneumocoques.

L'autopsie permit aussi de se rendre compte des complications survenues au cours de l'affection : on trouva une double pleurésie séreuse, peu abondante, sans tubercules pleuraux. Du côté du poumon, congestion aux bases, avec deux ou trois noyaux de broncho-pneumonie. Péricardite séreuse ; cœur mou, flasque; pas d'endocardite. Rien au pancréas, ni aux reins, ni dans le parenchyme splénique. Dégénérescence graisseuse du foie. Nulle part de tubercules. Le pus ne contenait que le pneumocoque. La porte d'entrée du micro-oganisme échappe complètement.

La terminaison fut fatale malgré l'intervention chirurgicale. Celle-ci ne doit pas cependant être regrettée. La laparotomie aurait même dû être pratiquée plus tôt et plus largement, de façon à atteindre les foyers péri-splénique et sus-hépatique.

— M. Merklen présente une malade de son service, atteinte de myxœdème, chez laquelle la greffe thyroïdienne a amené une amélioration notable.

On sait que l'absence ou la disparition morbide et chirurgicale du corps thyroïde produit le myxœdème sous une quelconque de ses formes (cachexie pachydermique de Charcot; myxœdème opératoire de Reverdin ou cachexie strumiprive de Kocher; idiotie avec cachexie pachydermique de Bourneville et Bricon).

Chez les animaux, la thyroïdectomie produit des phénomènes semblables à ceux du myxœdème. Mais les résultats satisfaisants que donnèrent les essais de greffe thyroïdienne furent le point de départ de recherches nombreuses sur le rôle du corps thyroïde, et parmi celles-ci il faut citer au premier rang les expériences de Schiff pour établir le rôle hématopoïétique de l'organe.

De plus, Horsley a démontré que la thyroïdectomie amenait, chez le singe, l'anémie et la leucocytose avec diminution de la tension artérielle.

Albertoni et Tizzoni, de leur côté, avaient trouvé une diminution considérable de l'oxygène du sang des animaux après la thyroïdectomie; d'où cette conclusion que le rôle du corps thyroïde est de communiquer à l'hémoglobine la faculté de fixer l'oxygène.

La greffe thyroïdienne fut tentée chez l'homme. MM. Bettencourt et Serrano, au dernier Congrès de Limoges, communiquèrent un cas de myxœdème de l'adulte traité par la greffe hypodermique du corps thyroïde du mouton, dans lequel l'amélioration fut immédiate. En même temps que la température se relevait, que les globules rouges augmentaient de nombre, on voyait diminuer l'infiltration myxœdémateuse et la menstruation se régulariser.

D'autres tentatives avaient été faites, avec plus ou moins de succès, dans les autres formes du myxœdème, entre autres dans la cachexie pachydermique avec idiotie.

Tous ces faits ont amené M. Merklen à faire pratiquer chez sa malade la greffe thyroïdienne.

Cette malade est presque une naine; elle n'a que 1 m. 27 de taille; elle n'est cependant pas atteinte, comme on pourrait le croire, de la forme de myxœdème appelée idiotie avec cachexie pachydermique. En effet son intelligence est suffisante, sa fontanelle antérieure est fermée, la menstruation s'est établie dans les conditions habituelles et a été, au début, tout à fait normale; enfin son myxœdème ne s'est caractérisé que vers l'âge de trente ans. Chez elle, le fait dominant de l'affection est l'ancienneté et la fréquence des métrorrhagies; celles-ci ont commencé dix ans avant le myxœdème; elles se produisaient quelquefois pendant plusieurs mois consécutifs; il y avait en outre quelquefois des épistaxis et les gencives saignaient facilement. Ces hémorrhagies entraînaient régulièrement une augmentation des symptômes du myxœdème, qui, lorsqu'elles cessaient, s'amendaient au contraire légèrement.

Quand elle entra dans le service de M. Merklen, la malade perdait du sang depuis plusieurs mois, et malgré les traitements toniques et hémostatiques les plus divers, les métrorrhagies durèrent, presque sans interruption, du 16 avril jusqu'au 6 septembre.

Le 3 septembre M. Walther, chirurgien des hôpitaux, pratiqua la greffe thyroïdienne. Celle-ci fut faite dans la région sous-mammaire droite avec un des lobes de la glande

©BIU Santé

thyroïde d'un mouton, prise chez l'animal vivant au moment même de l'opération; on ne se servit pas d'antiseptiques, mais l'opération fut pratiquée avec une asepsie parfaite, et ses suites furent simples; la réunion de la plaie se fit par première intention.

Trois jours après les métrorrhagies s'arrêtaient; elles ne se sont pas reproduites depuis; or, l'opération remonte déjà à soixante-douze jours. De là une amélioration remarquable de l'état général : la bouffissure de la face a diminué, les masses pseudo-lipomateuses des régions sus-claviculaires se sont affaissées, l'infiltration des régions mammaires a presque disparu. Du côté des troubles fonctionnels, l'amélioration est encore plus marquée : la parole, qui était traînante et embarrassée, est devenue nette et la malade marchr assez facilement et assez vite.

Il faut bien dire qu'une semblable amélioration se produisait toutes les fois que les métrorrhagies s'arrêtaient pour plusieurs mois; or, c'est justement ce résultat qu'a amené le traitement; de même, d'ailleurs, que dans le cas de MM. Bettencourt et Serrano.

Le rôle important que joue le corps thyroïde dans l'hématopoïèse, et que les expériences de Schiff, de Horsley, d'Albertoni ont démontré, explique à la fois l'anémie, les métrorrhagies du myxœdème avec atrophie de la glande thyroïde, et aussi le bénéfice que l'on retire de la greffe thyroïdienne. Chez la malade de M. Merklen le nombre des globules rouges, qui était de 2,235,000 avant l'opération, s'est élevé à 3,103,000 après l'opération; le pouvoir d'oxydation a considérablement augmenté, et la quantité exagérée de fibrine a notablement diminué; de plus, la quantité quotidienne d'urée s'est élevée de 2 ou 3 grammes à 5 grammes.

On peut donc conclure que l'amélioration est réelle, et que ce résultat autoriserait à pratiquer une seconde greffe si les bons effets de la première ne persistaient pas.

Il est, en effet, une question encore non résolue : la glande thyroïde transplantée se résorbera-t-elle ou est-elle greffée dans le sens propre au mot? Actuellement cette glande que l'on sent rouler sous le doigt dans la région sous-mammaire semble avoir un peu diminué de volume. Mais on ne peut encore dire qu'elle est en voie d'atrophie.

— M. Gilbert Ballet : La question des paralysies faciales hystériques a été soulevé il y a quelque temps devant la Société, et à ce moment M. Chantemesse présenta trois malades hystériques, chez lesquels la paralysie faciale était très nette.

M. Ballet présente un cas semblable, qui, plus encore que ceux de M. Chantemesse, est capable de produire la conviction dans l'esprit de quelques-uns des membre de la Société.

C'est un jeune homme qui a eu en 1887 sa première crise d'hystérie. La paralysie faciale est contemporaine de cette première crise. Au repos elle apparaît déjà, mais elle est surtout manifeste quand le malade veut faire agir les muscles qui sont sous la dépendance du facial inférieur. On retrouve en outre les caractères de ces paralysies de nature hystérique : elle est, en effet, incomplète et extrêmement variable, ce qui ne se produit jamais dans les paralysies organiques. Il y a aussi des troubles de la sensibilité de la peau de la face et des muqueuses du côté atteint, un peu de déviation de la langue, des troubles du goût.

Ce malade est alcoolique. Ne serait-ce donc point là un cas d'hystérie toxique? M. Ballet ne le pense pas et fait, d'ailleurs, des réserves sur les paralysies de nature hystéro-toxique en général.

FORMULAIRE

Traitement du vertige nerveux. — H. Leroux.

Soumettre le malade à un traitement hygiénique approprié, qui consiste à éviter les veilles, les émotions, l'excès du travail; régulariser les fonctions nutritives, conseiller les distractions, les exercices modérés, les voyages, l'abstention du tabac, l'hydrothérapie ou les frictions sèches, les bains tièdes et prolongés dix et quinze heures (Krishaber). Dans certains cas, de légères sinapisations sur les jambes produisent des résultats favorables. — Quant aux remèdes internes, ils sont souvent très infidèles. S'agit-il d'épileptiques?

©BIU Santé

on doit recourir aux bromures, soit au bromure de potassium seul, soit au mélange de bromures alcalins, dont il faut administrer pendant longtemps des doses élevées, pour obtenir un résultat sérieux. — Chez les hystériques, les douches froides se montrent parfois très efficaces. — Chez les simples névropathes, on peut tenter l'emploi de la belladone, de la valériane, du valérianate d'ammoniaque, de l'alcoolature d'aconit. — Pendant les accès, on conseille l'éther, les infusions aromatiques, l'arnica. — N. G.

COURRIER

Concours pour les médecins des bureaux de bienfaisance. — Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le lundi 16 février 1891.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de onze heures à quatre heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 17 janvier, à quatre heures inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

Hôpitaux pour les diphthériques a Paris. — M. le professeur Grancher a lu, à la dernière séance du comité consultatif d'hygiène publique de France, un rapport sur la question de savoir s'il y a lieu de créer en dehors de Paris des *hôpitaux spéciaux pour les diphthériques*. En voici les conclusions : 1° Il n'y a pas lieu de créer hors de Paris un hôpital de diphthériques; 2° Il y a des réformes importantes à apporter dans les services hospitaliers où sont recueillis les diphthériques; 3° Des mesures doivent êtres prises pour empêcher le transport des diphthériques dans les voitures publiques ou, au cas où ce transport n'aurait pu être empêché, pour rendre inoffensives les voitures; 4° Il y a lieu de recommander la création en dehors de Paris d'un service d'enfants diphthériques convalescents.

Le comble de la spécialité. — *Les chirurgiens des orifices*. — Les disciples de ce nouveau culte s'occupent spécialement des orifices du corps humain, convaincus qu'ils sont que ceux-ci convenablement protégés, dans les conditions normales, les organes internes se préserveront eux-mêmes. Ces *médecins des orifices* (oriphysicians) ont eu dernièrement leur réunion annuelle à Chicago. (*Lyon médical.*)

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur**. Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus de cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just par Marennes (Charente-Inférieure).

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

CHU 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Bibliothèque : La tunique vaginale préexiste-t-elle au testicule dans le scrotum. — Contribution à l'étude clinique des maladies infectieuses aiguës et chroniques. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causerie. — VI. Formulaire.

BULLETIN

La guérison de la tuberculose.

Depuis mon premier *Bulletin* sur ce sujet, la question a progressé. C'est-à-dire que M. Koch a fait connaître la manière de se servir de son remède et ses résultats immédiats, mais qu'il a gardé le silence sur le remède lui-même, sur sa composition, son mode de préparation, sa nature, etc. Quant aux résultats éloignés, les seuls qui pourraient permettre de juger la valeur de la méthode, ils sont encore inconnus. En somme, à s'en tenir aux résultats publiés par les journaux, d'après les communications de Koch lui-même, de Fräntzel, de Lévy, et les correspondances envoyées à la *Semaine médicale* par M. le docteur Villaret et M. le docteur A. Rémond, on s'explique mal l'enthousiasme qui s'est manifesté partout, et surtout en Allemagne, au sujet du remède de Koch. Comme je l'ai déjà dit, on s'est trop pressé de publier les résultats obtenus, parce que ces résultats, pour avoir une garantie suffisante, auraient dû avoir subi l'épreuve du temps. Une année d'attente n'aurait pas été de trop. Quelle différence avec la première communication de M. Pasteur sur le traite-

FEUILLETON

CAUSERIE

Une maladie nouvelle : « le prurigo reportandi vel interviewendi ».

Pendant que de tous côtés on s'efforce de dimuner le nombre des maladies qui assaillent notre pauvre humanité, une certaine classe de gens, journalistes de leur métier, semblent atteints d'une maladie que je n'ai encore vue décrite nulle part : la rage de tout savoir avant tout le monde et de le dire à tout le monde avant les camarades. Voilà un titre un peu long, et, comme cette maladie sévit sur les reporters et que c'est une véritable démangeaison, je l'appellerai tout simplement *prurigo reportandi*, ou, puisque l'interview est à la mode, *prurigo interviewendi*. (Je ne sais pas au juste où se mettent le *v* et le *w* dans ce mot; que le lecteur veuille donc bien me pardonner s'ils ne sont pas à leur place.)

Je n'en parlerais pas si messieurs les journalistes politiques étaient restés dans leur sphère, mais comme ils ont envahi la nôtre pour y commettre, suivant leur habitude, de fortes gaffes, il faut bien que je leur dise ma façon de penser à cet égard.

Il y a d'abord le cas de M. Vigier. Tout le monde connaît M. Vigier de réputation, et tout le monde sait que si cet honorable pharmacien est tombé dans le piège que lui a, bien involontairement sans doute, tendu un reporter du *Matin*, il n'a jamais eu l'idée

©BIU Santé

ment de la rage humaine! Combien ses partisans étaient rares, et combien ses détracteurs étaient nombreux! Aujourd'hui, sur la simple nouvelle que M. Koch a trouvé le moyen de guérir la tuberculose, avant toute enquête sérieuse, le monde entier se pâme d'admiration! Et tout cela, parce qu'on aurait guéri quelqnes cas de lupus, de tuberculose ganglionnaire, articulaire et osseuse!

Mais la tuberculose pulmonaire n'est pas encore guérie pour cela. Dans sa récente communication à la Société de médecine de Berlin, M. Fraentzel a lu les observations des malades qui avaient subi le traitement de Koch, et qui, dit le compte rendu de M. Rémond, « *semblent tous avoir été très réellement amélioré.* » Soit; mais, est-ce que les malades qui entrent dans nos hôpitaux n'en sont pas tous là? Est-ce qu'ils ne sont pas aussi *améliorés* pendant quelque temps sous l'influence du repos, d'un bon régime, d'une médication appropriée? Est ce qu'on n'a pas vu, dans plusieurs services de nos hôpitaux, des guérisons assez nombreuses de tuberculose pulmonaire par le tannin, la créosote, le gavage? Qu'est-ce que, jusqu'alors, M. Koch a fait de mieux? N'a-t-on pas fait à tous ces modes de traitement l'objection qu'on peut faire à celui de Koch, à savoir: que l'amélioration survenue était due au bien-être que les malades trouvaient à l'hôpital et que le résultat, d'abord favorable, n'était que temporaire? Aussi bien, les bacilles, que l'on trouve encore dans les crachats des sujets guéris, n'ont rien perdu de leur virulence, ainsi que M. Fraentzel l'a avoué. Qui nous dit alors que la modification survenue dans le terrain, dans l'organisme, durera longtemps, et que, dès qu'elle aura cessé, les bacilles ne recommenceront pas leurs ravages?

Donc, sans vouloir diminuer en rien le mérite de Koch, il me semble que ce mérite est encore aujourd'hui très contestable, et qu'on ne pourra se prononcer pour ou contre que lorsque les malades prétendus guéris auront été suivis assez longtemps pour qu'on puisse affirmer la guérison.

Ce qui doit encore modérer l'enthousiasme, ce sont les cas de mort signalés par M. Rémond à la suite des injections de la solution de Koch aux

---

de faire de son interview un but de spéculation ni de s'en servir comme réclame. Néanmoins, quel *tollé* contre lui! Et cependant, moi qui aime toujours à savoir la vérité et qui dans ce cas suis arrivé à la savoir, je sais que le rédacteur du *Matin* a été présenté à M. Vigier par un ami commun; que la conversation s'est engagée sur l'hypnotisme et que le reporter, tout doucement, l'a fait dévier du côté de Gabrielle Bompart, puis de son complice Eyraud, et, toujours sans avoir l'air d'y toucher, a fait dire à M. Vigier ce qu'il pensait de la culpabilité de l'un et de l'autre.

Richelieu ne demandait que quatre lignes d'un homme pour le faire pendre. Le reporter du *Matin*, que je n'ai garde de comparer à Richelieu, en avait des centaines, après une conversation d'une demi-heure. Il a été bon prince, car il s'est borné à résumer son entrevue avec M. Vigier en une vingtaine de lignes, mais en donnant son nom et son adresse, ce qui, dans ces circonstances et dans un journal politique, n'a pas manqué de faire crier à la réclame.

Je sais pertinemment qu'il n'en est rien; je sais qu'en sortant de l'officine, l'ami intermédiaire a bien recommandé au reporter de n'en pas souffler mot dans son journal; mais autant vouloir arrêter la locomotive de l'express de Bordeaux. En vain on lui a représenté qu'il allait faire un tort énorme, au point de vue moral, à celui dont il venait cauteleusement de tirer les vers du nez; il a pris sa bonne plume, et il a rédigé son article. Et je vous prie de croire que si M. Vigier avait su à qui il avait affaire, il ne se serait pas gêné pour le mettre à la porte, comme l'ont fait quelques jurés à qui il a fait connaître sa qualité.

©BIU Santé

phthisiques avancés. Bien que Koch lui-même ait déclaré que cette catégorie de malades ne devait pas être considérée comme curable, on n'en a pas moins essayé le remède sur eux, probablement parce qu'il avait ajouté qu'il croyait qu'ils en retireraient néanmoins un certain bénéfice. Mais il s'est produit sur le tissu pulmonaire, largement envahi par les bacilles, ce qu'on a constaté sur les lésions tuberculeuses externes, une congestion et un œdème intenses, et la mort est survenue par dyspnée. La note de M. Rémond est très courte, mais très explicite :

« Hier, dit-il, à la clinique de M. le docteur Krause, on nous a dit publiquement qu'il y avait eu, dans un cas de tuberculose avancée, mort par œdème pulmonaire après l'injection.

« J'apprends ce matin, de source très autorisée, que ce cas n'est pas isolé. »

Voilà qui est de nature à rendre les expérimentateurs un peu plus prudents.

La tuberculose chirurgicale, qui a surtout permis de suivre les effets du nouveau remède, ne va pas pour cela échapper aux chirurgiens.

M. Lévy proclame que, jusqu'alors, la thérapie de la tuberculose chirurgicale n'a fait aucun progrès. Cependant, les injections d'éther iodoformé, dans les adénites et dans les abcès froids, me semblaient un progrès réel, car elles permettaient d'en obtenir la guérison de la manière la plus simple possible. Est-ce qu'en Allemagne on ignorerait les résultats excellents obtenus avec l'iodoforme en France et en Autriche, et publiés par Verneuil, Reclus, Verchère, Mosetig-Moorhof, etc.? N'en déplaise aux partisans de la méthode de Koch, je préférerais, pour mon compte, si j'étais atteint d'une tuberculose de ce genre, me soumettre à une ou plusieurs injections d'éther iodoformé, qui me guériraient sans fièvre et sans grande réaction locale, qu'aux injections de la lymphe de Koch, qui provoquent une fièvre pouvant aller jusqu'à 41 degrés, qui plongent les sujets dans le coma, qui font gonfler et tuméfier douloureusement les parties malades, qui déterminent des éruptions de diverses formes, etc.

Résultat : le jury qui devait juger Gabrielle Bompart et Eyraud a été cassé, et l'affaire renvoyée à une autre session; M. Vigier a reçu des lettres fort désagréables de ses amis, à qui il a fini, je pense, par faire oublier ce fâcheux incident; et la rédaction du *Matin* en rit encore.

Un autre reportage a été plus amusant. C'est l'*Echo de Paris* qui s'en est rendu coupable.

Un jeune chimiste, M. Verneuil, préparateur de M. Frémy, membre de l'Institut, a trouvé un moyen de faire artificiellement des rubis. Il fait présenter à l'Académie des des sciences, par son chef, une note sur ses travaux. Jusque là rien de mieux.

Mais voilà qu'un reporter, sachant qu'il existe un membre de l'Institut du nom de Verneuil, que ce Verneuil est médecin, ou chirurgien, peu lui importe, s'avise que c'est lui qui est l'auteur de l'invention des rubis artificiels, et armé de la note du chimiste Verneuil, qu'il a probablement trouvée dans le *Temps*, vous rédige, sans avoir vu, bien sûr, ni le chimistre ni le médecin, une interview sur le sujet. Il raconte comme quoi il est allé chez le docteur Verneuil, que l'éminent savant l'a très bien reçu, lui a fait visiter son laboratoire, lui a montré son produit, et patati, patata, pendant deux colonnes comme ça. Cette fois, c'est l'interviewé prétendu qui s'est moqué de l'autre. Mais notez que le reporter, je n'ai pas besoin de vous le dire, n'a jamais mis les pieds pas plus chez le professeur Verneuil que chez le professeur Frémy.

Un autre est allé chez plusieurs *sommités médicales* (c'est l'expression consacrée) pour savoir ce qu'elles pensaient de la découverte de Koch. Celui-là, M. Cardane, du *Soleil*,

©BIU Santé

Pour les lésions plus graves des os, M. Bergmann dit bien que la *guérison est certaine*, quoiqu'elle ne supprime pas l'œuvre nécessaire du chirurgien; qu'il faudra toujours vider les abcès, enlever les séquestres; mais, ces corps étrangers une fois éliminés, *on n'aura plus à craindre les récidives*, autrefois si terribles. Mais, qu'en sait M. Bergmann? Sur quoi se fonde-t-il pour affirmer que la guérison est certaine et qu'on n'aura plus à craindre la récidive? Sur des faits dont le plus ancien date de quelques mois à peine. Avouons que voilà une base bien peu solide.

Voyons, en effet, les cas publiés par M. Lévy, et qui sont les plus anciens en date, car c'est dans son service que la méthode de Koch a été appliquée pour la première fois.

Dans l'observation I, la malade, atteinte de lupus étendu de l'avant-bras consécutif à une fistule osseuse, est traitée depuis le 8 octobre. On crut une première fois la malade guérie au bout de huit jours. — « Mais nous fûmes bientôt détrompés », dit M. Lévy. On fit donc de nouvelles injections, et l'auteur dit qu'il les continuera jusqu'à ce que la malade ne soit plus prise de fièvre à la suite de l'injection. Elle n'est donc pas guérie.

Dans la deuxième observation, même affection, même fin de la relation : « Les injections seront continuées à doses croissantes jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de réaction locale ou générale. » Donc pas de guérison non plus.

L'observation III, terminée le 10 novembre, n'est pas plus convaincante, car « il y a encore quelques points, au niveau desquels les croûtes sèches ne se sont pas encore détachées ».

« Quelques malades, atteints de tuberculose des articulations, *prétendent* (ce *prétendent* est toute une révélation) qu'après l'injection ils ont marché mieux et plus facilement qu'avant celle-ci. Certains d'entre eux sont soumis au traitement depuis près de deux mois. »

Mais, encore une fois, nos chirurgiens ne font-ils pas aussi bien dans certains cas par l'immobilisation et la révulsion? On dirait vraiment que jamais, depuis Bonnet (de Lyon), personne n'a guéri une tumeur blanche.

M. Lévy lui-même semble se rendre bien compte de ce que ces commu-

---

a été honnête et correct. On ne lui a rien dit, et il ne s'en est pas fâché. Un bon point à son actif. Car, en somme, MM. Dujardin-Beaumetz, Verneuil et X... lui ont répondu en substance que les résultats annoncés étaient encore trop jeunes pour qu'on pût baser sur eux une opinion, et qu'il fallait attendre. Il a tout de même tiré de cela une bonne mouture, car de cette farine il a rempli deux colonnes du journal. Ce que c'est de savoir manier la plume, tout de même.

Puis viennent d'autres articles dans les journaux politiques sur la diphthérie, qu'on guérit à tout coup — sur la phthisie pulmonaire, qu'on va guérir également à tout coup (quand elle sera prise à temps). Tout cela me fait de la peine, car le côté scientifique me paraît bien relégué au second plan. Là, le reportage s'est donné libre carrière, mais qu'y-a-t-il là-dessous? A voir l'empressement avec lequel les Allemands de l'entourage de Koch ont fait connaître *urbi et orbi* les résultats nouveau-nés d'une découverte dont le secret est si bien gardé, beaucoup ont pensé qu'on voulait en faire un objet de spéculation. Les journaux allemands se sont récriés bien haut! Accuser Koch de vouloir gagner de l'argent, quel blasphème! Et aujourd'hui 19 novembre, voici le *Bulletin médical* qui insère la nouvelle suivante :

« Les docteurs William Levy et Brieger ont loué l'hôtel Germania, situé près de la gare de la place d'Alexandra; les 150 lits que contient cet hôtel sont mis à la disposition des tuberculeux qui viendront se soumettre au traitement. On ajoute que le traitement y coûte fort cher. »

La rédaction du *Bulletin* ajoute, il est vrai : « Bien que le fait de la location et de l'ex-

BIU Santé

nications ont de prématuré, car il ajoute : « Mais je ne veux pas dire plus. Il faut réunir une masse de faits plus importants avant de porter un jugement définitif sur ce traitement. » Au moins, voilà une réserve qui est prudente. Mais alors pourquoi tout ce bruit pour des choses sur lesquelles, de l'aveu même de l'entourage de Koch, on ne peut encore porter un jugement définitif?

Donc, en résumé, qu'on ne se méprenne pas sur le sens de cet article. Je ne dis pas que M. Koch n'a pas fait une grande découverte; je dis seulement que les observations publiées ne permettent pas encore de l'affirmer. Il faut attendre de nouveaux renseignements.

Dans le numéro de l'*Union* du 8 novembre, M. Chéron a rappelé la note de MM. Grancher et H. Martin sur les vaccinations anti-tuberculeuses. Qu'on me permette encore une réclamation en faveur d'un de nos compatriotes.

Dans la leçon clinique que fit le 16 novembre M. Bergmann, il formula ainsi les deux facteurs importants dans l'action exercée par la lymphe de Koch :

1° L'élévation de la température.

2° L'action locale et la turgescence spéciale des téguments.

Et il ajoute à propos de la première : « Nous ne connaissions jusqu'ici aucun agent capable de produire ainsi une fièvre réelle. »

M. Rémond, après avoir cité ce passage, dit en note : « Il ne semble donc pas qu'il ait eu connaissance des produits pyrétogènes obtenus par M. Roussy. »

Il me semble difficile de croire que ni M. Koch, ni M. Bergmann, ni leurs élèves, n'aient pas eu connaissance des travaux de M. Roussy. En effet, M. le professeur Hayem a présenté à l'Académie de médecine de Paris, dans la séance du 12 février 1889, au nom de M. Roussy, un mémoire sur la pathogénie de la fièvre et l'action de diverses substances pyrétogènes; dans la séance du 12 mars, M. Roussy a lu à l'Académie un mémoire sur le même sujet; dans la séance du 12 novembre, M. Hayem a lu un rapport

---

ploitation de cet hôtel par MM. W. Lévy et Brieger, — dont le premier a été mêlé de très près aux expériences de Koch — soit consigné dans plusieurs dépêches d'origine allemande, nous croyons préférable de ne le donner que sous réserve. »

Soit; cela est d'un bon naturel; et comme moi aussi je suis doué d'un bon naturel, je joins mes réserves à celles du rédacteur du *Bulletin*; mais attendons des nouvelles pour nous prononcer sur tout cela. Elles ne tarderont pas à venir.

Si je vous disais l'idée qui m'est venue, à moi, en voyant la hâte avec laquelle on a annoncé la découverte de la tuberculose en Allemagne. Vous n'avez pas oublié, chers lecteurs, qu'il y a quelques semaines je vous ai entretenus de l'inauguration du sanatorium du Vernet. Or, c'est une œuvre française, qui a pour but d'attirer en France les phthisiques, en particulier les Anglais et les Espagnols. Que se sont dit les Allemands? Ils se sont dit que si les phthisiques allaient dans les stations françaises, ils n'iraient plus en Allemagne, et alors, adieu les guinées et les pesetas. Pour parer ce coup dur, il n'y avait qu'une chose à faire, guérir la tuberculose sans les sanatoria. Et voilà pourquoi on a guéri (?) tout de suite la tuberculose à Berlin. Et si vous en doutiez, lisez cette phrase de la communication de M. Lévy, déjà citée plus haut par L.-H. Petit :

« Le temps n'est pas éloigné où nous n'aurons plus besoin des établissements de Görbersdorf, de Falkenstein, etc. » Elle me dit : « Laissez les sanatoria, ça ne vaut plus rien; tout par la lymphe de Koch et pour la lymphe! » En jetant par dessus bord leurs sanatoria, les Allemands ne font qu'un petit sacrifice, et puis ils sacrifient de même

©BIU Santé

sur ce travail, dans lequel il donne le mode de préparation et d'action des substances pyrétogènes étudiées par M. Roussy. Les conclusions de ce travail ont été publiées par les journaux français, et le mémoire lui-même a paru *in extenso* dens le numéro d'avril 1890 des *Archives de physiologie*. Cela ne suffit-il pas pour que MM. Koch et Bergmann en aient eu connaissance? L'assertion de M. Bergmann est donc au moins étrange.

Mais, dira-t-on, qu'y a-t-il de commun entre les substances étudiées par M. Roussy et la *lymphe* de M. Koch? Ceci, que l'introduction des substances a été faite sous la peau, dans les veines et par l'estomac, par M. Roussy, et que M. Koch, avant de s'arrêter à la voie sous-cutanée, avait aussi expérimenté la voie stomacale, laquelle ne lui avait donné que peu de résultats. Or, M. Roussy dit : « Dans tous les cas, les injections intra-veineuses et sous-cutanées ont été *rapidement* suivies d'une fièvre *intense*, dépassant souvent 42 degrés, tandis que les injections intra-stomacales ne déterminent que peu de fièvre chez le lapin et restent sans effet chez le chien. L'augmentation de la température atteint rarement 1 degré et ne persiste pas longtemps, etc. »

Donc, il y a bien des analogies entre les effets des substances employées par les deux expérimentateurs. Seulement, M. Roussy n'a pas songé à appliquer ses expériences à l'étude de la tuberculose. Cependant, une phrase des conclusions présentées en son nom par M. Hayem à l'Académie (*Bulletin*, 12 février 1889, p. 181, conclusion 4), aurait pu l'amener à concevoir cette idée : « L'accès de fièvre ainsi provoqué, dit-il, affecte la plus grande similitude avec ceux de la fièvre paludéenne. »

Connaissant les opinions, non encore infirmées, qui courent sur l'antagonisme entre le paludisme et la phthisie pulmonaire, et surtout à une époque où tout le monde a l'attention dirigée sur les recherches concernant cette dernière, on se demande comment on n'a pas pensé à rendre des lapins tuberculeux et à chercher quelle action pourraient bien exercer sur eux les substances pyrétogènes de M. Roussy.

Quoi qu'il en soit, on n'y a pas songé; mais il en est encore temps, et il

---

ceux des autres. Mais il leur reste la lymphe. Allons, courage, laboratoires français, trouvez-nous aussi une lymphe. Le monde entier a les yeux fixés sur vous!

SIMPLISSIME.

GARGARISME CONTRE LA PHARYNGITE CHRONIQUE. — Frænkel.

Teinture de myrrha.....	15 grammes.
Teinture de pimprenelle.....	2 gr. 50 centigr.
Essence de menthe poivrée.....	V gouttes.

Mêlez. — 15 à 20 gouttes dans un verre d'eau pour gargarisme. — Interdire au malade l'usage des cigarettes et l'emploi des condiments irritants. — Dans la pharyngite atrophique, l'auteur conseille des douches locales, avec une solution de bicarbonate de soude dissous dans de l'eau ou dans du lait, ou encore avec des solutions iodées. — Les formes hyperplasiques réclament les astringents, tels que le tannin, l'acide borique, le borax, l'alun, l'acide lactique, le perchlorure de fer. — Dans les cas chroniques, les caustiques tels que le nitrate d'argent, la pâte de Vienne, l'acide chromique et le galvano-cautère sont particulièrement indiqués. On commence par anesthésier la région avec la cocaïne. — N. G.

©BIU Santé

serait intéressant de savoir à quoi s'en tenir sur ce point. Je donne aux expérimentateurs mon idée pour ce qu'elle vaut, et je serais heureux si quelqu'un d'entre eux voulait bien la prendre en sérieuse considération.

L.-H. PETIT.

BIBLIOTHÈQUE

LA TUNIQUE VAGINALE PRÉEXISTE-T-ELLE AU TESTICULE DANS LE SCROTUM, par M. F. ROY. — Toulouse et Bruxelles, 1870.

D'après les recherches de l'auteur, jamais la tunique vaginale ne se trouve dans le scrotum avant la descente du testicule et le cul de sac séreux qui précède le testicule dans sa descente, ne dépasse pas 0m,005 en longueur. Ce cul-de-sac est formé par le péritoine qui adhère à la partion prétesticulaire du *gubernaculum testis* et prend naissance lorsque cette portion s'engage dans le canal inguinal. L'existence de ce prolongement péritonéal permet d'expliquer la formation de la hernie congénitale coïncidant avec une ectopie testiculaire. Il est admissible, en effet, qu'une anse intestinale pénètre dans ce cul de sac sous-testiculaire et le refoule en le distendant jusque dans le scrotum, sans pour cela déplacer le testicule. — P. N.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES AIGUES ET CHRONIQUES, par MM. DUBOUSQUET-LABORDERIE et JASSIÉWICZ. — Paris, 1889.

Les auteurs rapportent de nombreux faits d'angines aiguës, de rougeole, de variole, de scarlatine qui se sont montrés en rapports divers les uns avec les autres. Parmi des enfants atteints d'angine, il a vu l'une avoir une amygdalite à forme infectieuse, une autre la fièvre typhoïde, une autre la rougeole. Des formes morbides légères, bronchite, grippe, troubles gastro-intestinaux, constituent, en temps d'épidémie, des atténuations des maladies régnantes et parfois de véritables déviations.

Des rapports très nets existent entre l'angine et les autres formes atténuées des affections zymotiques qui se substituent les unes aux autres et se transforment sous l'influence du terrain. Ces transformations pathologiques pourraient fournir des arguments contre la doctrine de la spécificité microbienne. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 novembre 1890. — Présidence de M. ABADIE.

Addenda au procès-verbal du 25 octobre 1890.

M. COLLINEAU : Appeler et retenir l'attention sur une question litigieuse est faire preuve d'activité scientifique. C'est le cas de M. Nicolas. Nous devons, à cet égard, des félicitations à notre collègue. Il consacre ses efforts à « déblayer le terrain, à innover ». A coup sûr, c'est là un acte d'initiative auquel on ne saurait ménager les encouragements. Les divergences de vues ne sont pas pour obscurcir ce qui, à tous les yeux, éclate : l'élévation du but ; et « la douzaine d'hommes de bonne volonté qui, avec lui, *rêvent* de pourvoir le monde civilisé d'un moyen de relation intellectuelle qui lui manque » est animée de sentiments humanitaires dont la noblesse ne saurait même se discuter.

Ceci dit, il est diverses allégations de M. Nicolas qui, à mon sens, impliquent des restrictions positives.

Et d'abord une chose m'étonne, c'est que la question ait pu, un seul instant, être considérée comme « absolument en dehors de notre programme ».

©BIU Santé

En principe, en effet, de quoi s'agissait-il? Du choix d'une langue *scientifique* internationale. L'ingérence d'un langage artificiel n'intervint qu'à titre incident dans le débat. La preuve, c'est que l'initiatrice de la motion, la *Société philosophique américaine de Philadelphie*, avait repoussé, en tant qu'interprète des choses de la science, la... candidature (si je puis m'exprimer ainsi) d'aucun volapük. C'était donc bien d'une question de linguistique et de déontologie scientifique qu'il s'agissait, et, de ce chef, elle entrait de plain-pied dans notre programme. Lorsque la *Commission d'études* vous invita, l'an dernier, à désigner, parmi vous, une délégation pour prendre part à ses travaux — ceci est de toute évidence — elle ne l'entendait pas autrement.

Je m'étonne également que le public médical puisse être taxé d'indifférence pour un problème à la solution duquel — sa récente intervention dans la discussion en fait foi — il attache un intérêt croissant. Et les recherches contemporaines sur les moyens de simplifier l'orthographe complexe de notre langue maternelle, sans toutefois en altérer le génie, prouvent surabondamment qu'on est loin de prétendre que, dans la meilleure des langues, tout soit pour le mieux.

Introducteur du volapük dans le débat, M. Nicolas nous présente son protégé sous ces couleurs avantageuses : « Il faut, dit-il, que nos collègues le sachent, l'invention d'ailleurs très remarquable et l'adoption si restreinte qu'elle doive être du volapük constituent un progrès immense dans l'espèce. Ce que les savants de plusieurs siècles et M. Collineau ont jugé et jugent irréalisable est réalisé : on correspond en volapük. »

On correspond en volapük... Eh mais nous n'y contredisons pas; nous n'y avons jamais contredit. Pour le faire d'une façon utile, dans quelles limites, sur quel terrain? C'est là, et non ailleurs, qu'est la question. — Sur le terrain commercial et sur le terrain stratégique, avons-nous conclu. « S'il ne s'agissait que d'un certain nombre de formules intelligibles entre négociants et propres à simplifier les transactions industrielles, ou bien encore, en temps de guerre, de signaux assez précis, assez divers, pour faciliter l'entente entre belligérants, tout en faisant remarquer que c'est chose de pratique courante et quotidienne, nous applaudirions aux perfectionnements capables d'amener la généralisation de commodes procédés. » Voilà ce que nous avons avancé et ce que vous avez été, Messieurs, unanimes à admettre. Mais de là à exposer, discuter, formuler des doctrines scientifiques en un jargon fabriqué d'après des conventions arbitraires et systématiques, en un jargon dépourvu de syntaxe et incapable de se plier au tour personnel de la pensée, il y a loin. Il y a une distance que, tous, nous nous sommes refusés à franchir.

Me prenant ensuite directement à partie, mon honorable contradicteur me demande si, bien que dénué autant d'inflexions grammaticales que de formes synthétiques, l'anglais, en tant que langue scientifique internationale, ne parviendrait pas à me satisfaire. Par anticipation, la réponse a été faite. En tant que langue scientifique internationale, nous avons, il vous en souvient, repoussé l'anglais. Nous avons repoussé l'anglais, moins pour les motifs mis en avant par M. Nicolas que pour la raison péremptoire suivante : plus répandu que le français, l'anglais est, à la vérité, d'un apprentissage plus facile ; mais la prononciation correcte en est, pour ne pas dire impraticable, tout au moins hérissée de difficultés. Or, de nos jours plus que jamais, la science se fait besoin de la parole du maître autant que de la plume de l'écrivain.

Faisant allusion au souvenir que j'avais cru à propos d'évoquer dans vos esprits, au souvenir des obstacles sans nombre qui se sont dressés sur le chemin d'Ambroise Paré, simplement parceque, ignorant le latin, il avait, contrairement aux usages de son temps, écrit ses œuvres dans sa langue maternelle, « remplacez, dit notre collègue, la Sorbonne par Collineau et Ambroise Paré par Nicolas, et vous aurez cause entendue. » — Je ne sais pas si M. Nicolas éprouve quelque hésitation à s'ériger en remplaçant d'Ambroise Paré ; mais je décline absolument, quant à moi, le périlleux honneur d'être le porte-parole de la Sorbonne. Si je saisis bien sa pensée, en proposant, comme langue scientifique internationale, une langue fabriquée en quelques mois de toutes pièces, il représenterait, lui l'*action* ; tandis qu'en accusant mes préférences pour une langue naturelle, à la condition qu'elle soit sobre, limpide, rebelle à l'équivoque, aisée à parler, en me

©BIU Santé

déclarant, en un mot, pour le respect des traditions, c'est la *réaction*, moi, que je représente. Voilà, en vérité, qui n'est pas bien vraisemblable.

Non sans une pointe d'ironie, M. Nicolas taxe de parfaitement inutiles toutes les considérations qui se rattachent à l'évolution du langage, ainsi qu'aux longues et patientes transformations par lesquelles passent les langues nationales avant d'atteindre leur plénitude de force et leur âge de virilité. Ces considérations, il les traite de haut, et en bloc, et les rejette. Il y a là, pourtant, un fait d'observation indéniable; un fait d'observation devant lequel force est bien de s'incliner. Chaque langue a sa vie, ses périodes d'augment, d'état, de déclin; de même que la civilisation au sein de laquelle elle a cours, et son évolution naturelle, tout aussi bien que son génie, se modèlent sur le génie et l'évolution de la civilisation même.

Lorsqu'il ne s'agit de rien moins que de choisir l'interprète des doctrines scientifiques du monde, les conséquences que comporte un pareil fait ne me font pas, je l'avoue, l'effet d'être une quantité négligeable.

Notre collègue fait fi de la prononciation. A cet égard, nous sommes dans un désaccord radical. « Est-ce, se demande-t-il, la peine de parler de la prononciation? J'ai dit, maintes fois, pour quels motifs je n'y attache qu'une médiocre importance. Pourvu que les règles de prononciation soient nettement établies et que les lettres aient une valeur constante, l'uniformité absolue de prononciation n'est pas indispensable. » Ceci, c'est une affirmation; mais, la preuve? Ce n'est pas la constatation de l'incorrection notoire avec laquelle nous parlons, nous Français, les langues étrangères et de celle (moindre pourtant, il le faut reconnaître) avec laquelle les étrangers parlent la nôtre, qui peut fournir à l'appui de la thèse un bien solide argument.

En revanche, ce qui est démontré, c'est que toute langue dont la prononciation ne repose pas sur des bases fixes, toute langue à dialectes — par exemple, l'allemand — ne saurait qu'imparfaitement servir à la transmission de la pensée et qu'elle est, partant, sans essor... au point de vue international, bien entendu.

Il a été opposé à la viabilité des langues artificielles une double objection. On a fait remarquer que, si leur *variabilité* était livrée à tous les hasards de conventions systématiques, il n'y avait, pour elles — chose plus grave — aucune garantie sérieuse de *fixité*. M. Nicolas relève l'objection et, avec une inattaquable exactitude, rappelle que, depuis Malherbe, c'est-à-dire depuis le XVIe siècle, le français, resté fixe, ne s'est pas sensiblement modifié; puis, s'identifiant avec le volapük, dont il plaide, avec une chaude conviction, la cause, « trois cents ans de fixité, proclame-t-il, c'est plus qu'il ne nous en faudrait! » Nous serons, dans trois siècles, édifiés là-dessus.

Telles sont, Messieurs, les quelques réflexions que l'argumentation de M. Nicolas me suggère.

Vous vous joindrez à moi, j'en suis sûr, pour maintenir les conclusions du rapport du 13 avril 1889, que vous avez votées à l'unanimité.

Et pour vulgariser les hautes conceptions de la science, quel sera votre agent de prédilection? Ce sera la langue naturelle douée, entre toutes, de cette qualité maîtresse : la précision. La précision qui fait la pensée libre de prendre corps dans sa sincérité et sa lumière, sans crainte de trahison ni d'équivoque.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit les journaux et revues de la quinzaine;

Une lettre de M. le docteur MALIBRAN, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

— M. TROUSSEAU dépose sur le bureau le *Bulletin de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts pendant l'année 1888-89*.

Il présente également des *pinces à cantoplastie* qui permettent d'exécuter l'élargissement des paupières, sans perdre une goutte de sang, avec sécurité et rapidité. Ce sont des pinces hémostatiques dont les mors sont inclinés sur les tiges presque à angle droit et fenêtrés. Ces mors doivent être étroits et allongés.

L'opérateur place une pince au-dessus, l'autre au-dessous de la commissure externe,

©BIU Santé

les mors embrassant peau et conjonctive, et laissant libre la partie de la commissure qui continue directement la fente palpébrale et qu'on peut alors sectionner d'un coup de ciseaux. Les pinces étant portées en haut et en bas, la commissure s'écarte, le fil médian est passé, et l'hémorrhagie ainsi prévenue. Il ne reste plus qu'à introduire dans les fenêtres des mors de chaque pince un fil qui prend en même temps peau et conjonctive déjà réunis par la pression, et à le nouer après enlèvement des pinces.

C'est la forci-pressure appliquée à la canthoplastie. On a l'avantage d'éviter l'hémorrhagie et de trouver toutes affrontées les lèvres cutanées et conjonctivales.

M. Abadie : A propos de la communication qui vient d'être faite par M. Trousseau, je désire vous entretenir d'un nouveau traitement de la conjonctivite granuleuse que je mets en pratique depuis deux mois, et qui semble donner les meilleurs résultats.

Au cours d'un voyage d'études fait en Allemagne, M. le docteur Davier, mon chef de clinique, vit M. Sattler, professeur à l'Université de Prague, employer la méthode suivante : On retourne la paupière supérieure d'abord sur elle-même, comme d'habitude, puis, la saisissant de nouveau avec les mors d'une pince spéciale, on la fait encore basculer sur elle-même, de façon à mettre à découvert complètement le cul-de-sac de la conjonctive. Cela fait, on scarifie profondément la muqueuse et, avec une petite curette tranchante, on gratte profondément le tissu sous-muqueux de cette région de façon à enlever toutes les colonies microbiennes qui s'y trouvent. On lave ensuite avec une solution de sublimé à 1 p. 500.

Cette méthode de traitement m'a paru si rationnelle que je n'ai pas hésité à l'appliquer ; seulement, au lieu de faire le curettage avec une curette en acier, je me sers d'une simple brosse à dents à crins très courts et très durs. Une fois la muqueuse profondément dilacérée, je brosse énergiquement en trempant la brosse dans une solution de sublimé à 1 p. 500.

Les jours qui suivent, il faut avoir la précaution de retourner encore les paupières et de les laver avec la même solution de sublimé. Des malades, qui depuis fort longtemps étaient soumis au traitement classique par les cautérisations au sulfate de cuivre, ont été guéris en quelques jours par ce nouveau procédé.

M. Trousseau : J'ai pratiqué le curettage des granulations conjonctivales avec une curette construite dans ce but. Je n'ai pas eu à m'en louer, car j'ai vu survenir, par la suite, des cicatrices rétractiles qui ont amené de l'entropion et du trichiasis, que j'ai corrigés, il est vrai, par une opération ultérieure.

N'est-il pas utile de ménager la muqueuse, dont les cicatrices sont si funestes pour le globe?

— M. Duroziez fait une communication *sur le souffle en arrière comme signe de l'insuffisance mitrale*. (Sera publiée.)

M. de Beauvais demande si, dans les nombreux cas de rhumatisme observés chez les enfants par M. Duroziez, les lésions du cœur étaient primitives ou secondaires?

M. Duroziez : Les enfants sont difficiles à interroger, les parents répondent mal ; il est donc très malaisé de conclure. Ce que l'on observe, ce sont des maladies du cœur avec des rhumatismes antécédents ou actuels. J'avais pensé pouvoir établir deux catégories distinctes parmi ces enfants : ceux qui n'ont jamais pu courir (rétrécissement mitral pur); et ceux qui ont pu courir (rétrécissement consécutif à un rhumatisme). Mais cette distinction est très difficile à établir. Dans le rhumatisme aigu, c'est la lésion vasculaire qui est importante, non celle des jointures. Ces enfants voués au rhumatisme ont tous des épistaxis fréquentes, ce qui indique déjà que le système vasculaire est atteint.

M. de Beauvais : Pendant l'épidémie d'influenza, y a-t-il eu du côté du cœur de ces accidents formidables dont on a parlé? M. Duroziez a-t-il observé des parésies du cœur, des syncopes?

M. Duroziez : Oui, certainement, l'influenza a eu une mauvaise influence sur le cœur, mais cette action n'est pas comparable à celle du rhumatisme.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

©BIU Santé

COURRIER

M. Mellère, licencié ès sciences, pharmacien en chef de l'hôpital Tenon, est nommé, pour un an, chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine.

Bourses d'études. — *Fondation de Barkow.* — Sont appelés à jouir des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation de Barkow. 1° Pendant l'année scolaire 1890-1891 : MM. Fonvielle (Clément-Jacques), né le 13 février 1866 à Saint-Affrique (Aveyron), étudiant de la Faculté de droit de Paris; Lalande (Emmanuel-Marc-Henry), né le 24 décembre 1868 à Nancy (Meurthe), étudiant de la Faculté de médecine de Paris; Mauger (Nouël-Alexis), né le 25 décembre 1870 à Chartres (Eure-et-Loire), étudiant de la Faculté de médecine de Paris. 2° Pendant le premier semestre de l'année scolaire 1890-1891 : M. Le Noir (Paul-Louis), né le 8 février 1863 à Paris, étudiant de la Faculté de médecine de Paris. 3° Pendant les deuxième, troisième et quatrième trimestres de l'année scolaire 1890-1891 : M. Fiquet (Edmond), né le 23 juillet 1864 à Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), étudiant de la Faculté des sciences de Paris. — *Fondation Pelrin :* Sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1890-1891, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées par M. et Mme Pelrin : MM. Kortz (Henri-Marie-Félix), né le 4 décembre 1864 à Besançon (Doubs), étudiant de la Faculté de médecine de Paris; Prévost (Albert-Anatole), né le 3 avril 1871 à Vernon (Eure), étudiant de la Faculté des sciences de Paris.

Comité pour l'érection d'un buste a la mémoire du professeur Depaul. — Patronage de Dom Pedro d'Alcantara. — *Comité d'honneur :* MM. les docteurs Moutard-Martin, Brouardel, Hergott, Bouchacourt, Bouchard, Bailly, Champetier de Ribes, J. Championnière, Doleris, Faisans, Guéniot, Guyon, Lannelongue, Martel, Pédebidou, Pénard, Porak, Ribemont-Dessaignes. — *Comité d'exécution :* Président d'honneur : M. Lahitte, maire de Morlaas; président : M. le docteur Charpentier, membre de l'Académie de médecine; vice-présidents : MM. les docteurs Marque (de Morlaas), Cogombles (de Pau), Foix (de Sallies-de-Béarn); secrétaire général : M. le docteur Lahillonne (de Pau); secrétaire : M. le docteur C. Robert (de Pau); trésorier : M. A. Labille (de Pau); MM. Batbedar, président de l'Association médicale des Basses-Pyrénées; Lafont, député des Basses-Pyrénées; Quintaa, député des Basses-Pyrénées; Hameau, vice président de l'Association médicale de la Gironde; Derrécagaix, président de l'Association amicale béarnaise et basquaise de Paris; Hounaud, président de l'Association amicale béarnaise et basquaise de Bordeaux.

Académie des sciences. — *Legs de 100,000 francs.* — M. Pierre Alexandre de Tchihatchef, membre correspondant depuis 1861 pour la section de géographie, vient, par clause de son testament, de léguer à l'Académie des sciences de Paris une somme de 100,000 francs dont les intérêts seront destinés dans sa pensée à récompenser annuellement un naturaliste s'étant distingué dans l'exploration des régions asiatiques et des îles environnantes, à l'exclusion cependant des Indes anglaises, de la Sibérie et quelques autres points géographiques qu'il désigne.

Ecole de médecine de Nantes. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole.

Médecine. — Première année : Premier prix, M. Jurquet; deuxième prix *ex æquo*, MM. Aubineau et Gourdet; accessits, MM. Mercier et Diet.

Deuxième année : Prix, M. Mahé.

Troisième année : Pas de concours.

Quatrième année : Premier prix *ex æquo*, MM. Renoul et Poirier; mention, M. Korb.

Prix de clinique : Premier prix, M. Monnier; deuxième prix, M. Bonjour.

Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Picot.

Le concours de l'adjudvat s'est terminé par la nomination de M. Labbé.

Hôpitaux de Nantes. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Guilbaud, Labbé, Tétan et Bellouard.

Internes provisoires. — MM. Gaston, Roy, Trémant, Loréal, Leissen, Devin et Moreau.

©BIU Santé

Externes. — MM. Bureau, Olgiati, Meignen, Gourdet, Aubineau, Grolleau, Mercier, Malherbe, Mahé et Mevel.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Friot est nommé chef des travaux du aboratoire d'hygiène, en remplacement de M. Vallois, appelé à d'autres fonctions.

Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1889-1890.

Première année : Le prix n'est pas décerné.

Deuxième et troisième années : Anatomie et physiologie. Prix, M. Parisot; mention très honorable, M. Stroup.

Quatrième année : Médecine. Prix, M. Weill; mentions honorables, M. Sterne, et *ex æquo*, MM. Frœlich et Prautois.

Chirurgie : Prix, M. Mouginet. — Prix de thèse, M. Georges; mentions honorables, MM. Thiébaut, Baseil, Sénique, Sibut. — Prix de l'internat (fondé par le docteur Bénit), M. Thiébaut.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Chevallier, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est nommé préparateur adjoint de physique (emploi nouveau).

M. Princeteau (Laurent-Raphaël), docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Planteau, appelé à d'autres fonctions.

M. Roux, docteur en médecine, est maintenu dans les fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie.

M. Favrel (Georges), pharmacien de première classe, est nommé préparateur des tra-travaux pratiques de chimie en remplacement de M. Bonnans, dont le temps d'exercice est expiré.

Le drapeau des étudiants de Bordeaux. — Les professeurs des diverses Facultés de Bordeaux ont offert aux étudiants un magnifique drapeau tricolore, à franges d'or, avec une écharpe violet pâle, couleur de l'Association.

D'un côté sont brodées les armes de Bordeaux, et de l'autre le sceau de notre ancienne Université.

Sur le drapeau, diverses inscriptions : d'une part « Université de Bordeaux », « Association générale des étudiants »; de l'autre, la devise de l'Association : « Vérité et Patrie », et la date de sa fondation : « Année 1886 ». (*Bull. méd.*)

La nouvelle Faculté de médecine de Toulouse. — Un décret paru à l'*Officiel* annonce la transformation de l'École de médecine de Toulouse en Faculté, et nomme M. Caubet doyen de la nouvelle Faculté de médecine.

En vertu de ce décret, les inscriptions prises à la rentrée seront considérées comme inscriptions de Faculté, et, à ce titre, jouiront des droits conférés à ces dernières.

Pour la question d'enseignement, elle reste en suspens encore pour quelque temps. En attendant, les cours seront professés par les titulaires et les suppléants attachés aux chaires de l'École de plein exercice. Ce ne sera que plus tard, vers la fin du semestre d'hiver, que le ministre de l'instruction publique prononcera sur les nominations des professeurs de la Faculté. (*Bull. méd.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 22 novembre 1890. — *Ordre du jour :* M. Duroziez : Tachy et brachy-cardie.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

TRIBROMURE DE GIGON. — Epilepsie, Hystérie, Névroses.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Potain : Congestion pulmonaire et pleurésie. — III. Bibliothèque : Traité théorique et clinique de la fièvre jaune. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Correspondance. — VI. Courrier.

BULLETIN

La découverte de Koch occupe de plus en plus la presse médicale, et cet évènement a pris une telle place dans les préoccupations actuelles que nos confrères politiques rivalisent avec nous de « correspondants spéciaux », dont plusieurs, sans doute, seraient fort embarrassés pour donner des détails sur leur voyage à Berlin. Ceux de l'*Echo de Paris*, MM. Filleau et Huret, ont eu un bonheur insigne : « Ils l'ont vu ! » IL leur a dit que, « dans un mois ou deux, la préparation pourrait être envoyée aux laboratoires étrangers, — qu'il n'avait plus que deux flacons destinés à être offerts à M. Pasteur, — que peut-être dans un an, peut-être dans un an et demi, il écrirait lui-même l'histoire de sa découverte, — que cette découverte pourrait être appliquée à la lèpre et peut-être à d'autres maladies infectieuses ».

Tous les journaux sont loin d'être aussi lyriques; le *Matin*, dont le fil spécial est la propriété personnelle, reçoit par ce fil quelques nouvelles qui détonnent dans l'ensemble : sur quarante inoculations faites à l'Université de Bonn, la réaction caractéristique ne se serait produite que chez neuf des patients, ce qui renverserait les affirmations de Koch. D'après les renseignements recueillis par le correspondant, il s'agirait d'une vaccination à l'aide des produits solubles sécrétés par les bacilles, ces derniers étant retenus par un filtre en porcelaine.

De son côté, le *Bulletin médical* a interviewé une « personnalité très compétente en bactériologie » sur la nature probable de la lymphe de Koch. Cette personnalité admet que Koch se sert d'une toxine et probablement de celle du bacille de la tuberculose. On peut se baser, pour admettre cette opinion, sur les faits suivants : la lymphe reste sans action quand on l'introduit dans le tube digestif; — inoculée, elle donne lieu à des phénomènes toxiques, et l'on sait combien il est difficile de séparer, dans les produits solubles fabriqués par les bacilles, l'utile du nuisible; — elle procède des propriétés vaso-motrices manifestes; — elle est difficile à fabriquer. Peut-être Koch ajoute-t-il quelque chose à son produit pour le rendre plus stable.

Le même journal reproduit en détail les expériences de MM. Oskar Frœntzel et Runkwitz. Le médicament est employé en injections sous-cutanées et le lieu préférable pour pratiquer ces injections est la région du dos située au-dessous de l'omoplate. Six heures après l'injection d'une dose faible apparaissent des frissonnements : à la suite d'une forte dose, c'est un grand frisson. La température s'élève à 38 ou 40°, il y a des phénomène généraux et des douleurs lancinantes dans la poitrine. Le lendemain, la même

©BIU Santé

dose ne produit qu'une réaction faible ou nulle; cette réaction se reproduit toutes les fois qu'on élève les doses, mais finit par ne plus apparaître; 1 centimètre cube ne produit rien ou presque rien sur l'homme sain ou malade d'une autre maladie que la tuberculose, mais provoque une forte réaction générale et locale chez le phthisique. La réaction locale est surtout apparente dans les cas de lupus; le tissu malade se gonfle, rougit, puis le gonflement diminue peu à peu, après la chute de la fièvre; il se produit alors des croûtes qui tombent après deux ou trois semaines, en laissant une cicatrice unie; généralement il faut plusieurs injections pour arriver à faire disparaître le lupus; seules les parties de la peau atteintes de tuberculose présentent les phénomènes de réaction. Les phénomènes se produisent partout où il y a du tissu tuberculeux dans le corps et deviennent ainsi un moyen infaillible de diagnostic.

Au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire, les bacilles diminuent et disparaissent par moments, s'il s'agit de cas légers; ils deviennent plus petits, plus minces; quelques-uns se renflent à leurs extrémités, d'autres se rompent par le milieu ou, enfin, se transforment en chapelet de quatre grains (altération qui se produit aussi, mais d'une façon exceptionnelle, en dehors du traitement de Koch). En même temps que les bacilles sont atteints, les symptômes d'induration pulmonaire retrocèdent, la sécrétion bronchique diminue, la fièvre se supprime, les sueurs nocturnes disparaissent, la toux est réduite au minimum, l'appétit devient vif et le poids du corps s'accroît. Les grandes cavernes ne se modifient pas. Du reste, dans le poumon, les bacilles sont facilement retenus au milieu des produits caséeux parfois éliminés très difficilement, de sorte que la réinfection peut se produire.

Kœler et Westphal, qui ont expérimenté sur douze malades, dont sept tuberculeux, ont observé quelques complications : exanthème scarlatiniforme au lieu de l'injection, ictère, ulcère de la cornée dû à la réaction d'un petit foyer tuberculeux ignoré (?).

Comme la provision de lymphe qui avait été fabriquée est près d'être épuisée, et que, d'autre part, le secret sera probablement gardé encore quelque temps, un arrêt dans les expériences semble imminent. Cet arrêt permettra de se rendre compte des effets secondaires des inoculations et peut-être de constater que, dans bien des cas où l'on croyait la guérison obtenue, il ne s'agissait que d'un arrêt dans la marche des accidents. Il faut probablement, en effet, que tous les tissus bacillifères soient éliminés pour que l'on puisse espérer être à l'abri de toute récidive.

Du reste, une réaction semble déjà se produire en Allemagne. Les journaux médicaux parus samedi à Berlin déclarent soit qu'il faut adjoindre au remède l'emploi de moyens thérapeutiques destinés à relever l'état général, soit que la rechute est fréquente. Un certain nombre insistent sur ce point que les tuberculeux avancés ne seront pas guéris, mais le fait avait été reconnu dès le début.

Quoi qu'il en soit, nous tiendrons nos lecteurs soigneusement au courant des recherches qui seront poursuivies et des publications auxquelles donnera lieu le nouveau traitement.

©BIU Santé

Hôpital de la Charité. — M. le professeur POTAIN.

Congestion pulmonaire et pleurésie.

Messieurs,

La saison froide a ramené dans nos salles un grand nombre de malades atteints de pleurésie et il en est de même dans la plupart des services ; c'est là un fait habituel à cet époque de l'année où les pleurésies ont un caractère de gravité bien plus accentué que dans le premier trimestre.

La pleurésie subit souvent des modifications qui semblent extraordinaires dans le cours de son évolution, et vous avez pu voir plusieurs exemples de ce fait, c'est qu'elle s'accompagne d'un élément pulmonaire qui jusqu'ici a été négligé et qui est constitué par de l'hypérémie.

Parmi nos malades, deux surtout sont intéressants à ce point de vue : la femme, couchée au n° 20 de la salle Piorry, et l'homme, couché salle Bouillaud, n° 24. Chez ce dernier, les faits sont un peu complexes, mais je ne veux insister aujourd'hui que sur sa maladie pleuro-pulmonaire.

Je vous ai dit plusieurs fois, en passant au lit de nos malades, que leur affection se composait de deux éléments : une fluxion et une hypercrinie.

Quoique la coexistence de ces deux éléments soit très importante, elle avait cependant été méconnue par l'homme qui, de nos jours, s'est le plus occupé des congestions pulmonaires, par Woillez. Il a, en effet, écrit dans son Traité que la congestion pulmonaire n'existait pour ainsi dire pas dans l'histoire de la pleurésie, tandis que en réalité, c'est plutôt le contraire que l'on doit admettre. Cette congestion pulmonaire a la plus grande importance et au point de vue séméiologique et au point de vue thérapeutique ; aussi devons-nous apprendre à lui donner toute sa valeur.

En 1877, au Congrès de l'Association française tenu au Havre, j'ai déjà insisté sur ce point et fait ressortir la coïncidence fréquente de la congestion pulmonaire et de la pleurésie, en montrant que les différents phénomènes qui se produisent pendant le cours de cette dernière ne peuvent souvent s'expliquer qu'en tenant compte de ce qui se passe du côté du poumon. Cependant, comme cette coexistence ne semble pas encore complètement admise par tous, je crois devoir revenir aujourd'hui sur ce sujet.

Le malade de la salle Bouillaud est entré ici dans un état assez grave pour nous faire penser un moment à une fièvre typhoïde. Mais il a bientôt été pris d'une douleur dans le côté droit et, du même côté, nous avons constaté l'existence d'obscurité du son, d'un affaiblissement du murmure respiratoire et des vibrations vocales. Ces signes ont existé d'abord dans une étendue modérée du poumon, le quart inférieur ; ils ont ensuite augmenté d'étendue et gagné l'angle inférieur de l'omoplate en même temps qu'ils se modifiaient à la base. En effet, dans la région inférieure, les vibrations disparurent, le murmure vésiculaire se supprima et la matité devint absolue jusqu'à un certain niveau. C'étaient là les signes d'un épanchement qui gagna peu à peu sur la congestion. Une ligne très nette séparait ces signes de ceux de la fluxion pulmonaire et, au-dessus de cette ligne, il y avait de la bronchophonie, tandis que, au contraire, on constatait au-dessous de la broncho-ægophonie. Des deux éléments associés, l'élément fluxionnaire a encore aujourd'hui la place la plus considérable. Aussi ne peut-on pas le

©BIU Santé

considérer comme une association accidentelle, comme une complication ; il y a là une association analogue à celle que Laënnec a décrite sous le nom de pleuro-pneumonie ; comme dans celle-ci, on observe tous les degrés possibles de chacun des deux éléments ; tantôt la congestion est extrêmement marquée et il y a fort peu de liquide, tantôt, au contraire, il n'y a qu'un peu de congestion derrière une pleurésie énorme, tantôt enfin les deux éléments existent à peu près dans la même proportion, tout en étant bien distincts l'un de l'autre.

Anatomiquement nous ne connaissons guère l'état de la plèvre et des poumons dans ces cas, car la mort ne survient guère que lors de pleurésie considérable ayant comprimé le poumon, qui alors est atélectasié. L'observation clinique a donc une grande importance; elle nous permet de reconnaître souvent que la compression pulmonaire primitive est suivie d'un épanchement secondaire qui survient plus ou moins tardivement. Tantôt l'intervalle qui sépare les deux éléments de la maladie est très court, de telle façon qu'on ne voit guère que la pleurésie et qu'on méconnaît la congestion; tantôt, au contraire, ils sont séparées par un intervalle très long, dix, quinze jours et plus. Il suit de là que, quand vous constatez chez un malade une congestion pulmonaire persistante sans pleurésie, il ne faut pas affirmer que cette dernière ne se produira pas et ne viendra pas modifier votre pronostic.

Quand la pleurésie est assez abondante pour masquer l'état du poumon qu'elle recouvre, les modifications dans l'état des organes peuvent se faire avec une grande rapidité, de telle sorte que, quand l'épanchement baisse, on peut se rendre compte de l'état du poumon.

Le malade qui est couché au n° 13 *bis* de la salle des hommes est entré avec un épanchement pulmonaire datant de trois semaines ou d'un mois, et son état semblait indiquer la nécessité d'une thoracentèse immédiate. Il faut faire cette opération quand l'épanchement est assez abondant, dure depuis quelque temps et que le traitement médical semble être impuissant à le modifier. Dans le cas présent nous ne l'avons pas fait, pour deux raisons : d'abord parce qu'il n'y avait pas eu de traitement médical antérieur, ensuite parce que l'auscultation nous permettait de constater derrière l'épanchement la présence d'un élément congestif important; or, la thoracentèse est peu utile quand il y a une quantité de liquide peu abondante que l'on peut espérer faire disparaître par le traitement médical. Elle ne combat dans ces cas que l'élément le moins important et peut même être nuisible en exagérant la congestion par suite de la diminution de la pression intra-pleurale.

L'évolution de la maladie nous a donné raison; peu à peu le liquide a baissé et nous avons pu trouver alors les signes de l'hyperémie pulmonaire.

Quelquefois l'évolution des accidents est très rapide, et, chez une malade de la salle Piorry, tout s'est passé en trois jours. A l'entrée, il y avait un épanchement séreux assez abondant occupant une place notable dans la poitrine; la matité s'étendait au tiers inférieur et postérieur du côté gauche et tournait en dehors jusqu'à la verticale du bord antérieur de l'aisselle ; il y avait en même temps de l'ægophonie et de la suppression des vibrations vocales. Quand on faisait coucher la malade sur le côté droit, les signes de l'épanchement en dehors disparaissaient, et il y avait réapparition du murmure vésiculaire et de la sonorité. Comme indices de fluxion, on trouvait

©BIU Santé

un souffle à caractère particulier se rapprochant du souffle tubaire à la partie supérieure de l'épanchement; de plus, les vibrations thoraciques n'étaient pas complètement abolies un peu au dessous du niveau supérieur du liquide. L'expectoration albumineuse ressemblait à une solution de gomme et avait absolument les caractères de celle de la congestion. Dans ces conditions, au lieu de faire la thoracentèse ou d'appliquer un vésicatoire, nous mîmes des ventouses scarifiées, et, le lendemain, il y avait disparition complète des signes de l'épanchement. Le liquide s'était-il donc résorbé? Rien ne pouvait le faire penser, car il n'y avait pas eu la crise urinaire ou intestinale que l'on a observée souvent en pareil cas. Voici ce qui s'était passé : l'élément hypercrinique avait été très rapidement modifié à la suite de l'application des ventouses, le poumon était devenu moins tendu et le liquide s'était abaissé pour aller occuper les parties les plus déclives; on pouvait, en effet, constater sa présence dans la région tout à fait inférieure de la poitrine. Comme au voisinage de la racine des bronches, au hile du poumon, il persistait un souffle un peu rude, diffus, qu'il y avait encore de la fièvre et de la gêne respiratoire, nous fîmes une nouvelle application de ventouses, et, le lendemain, la malade respirait facilement, sans douleur, le pouls avait sa fréquence normale, et au côté, à la place de la matité se déplaçant suivant la position, il existait du tympanisme; en arrière, le souffle était considérablement diminué. En résumé, la congestion pulmonaire avait disparu très rapidement, et les signes d'épanchement, si considérables auparavant, étaient devenus à peu près nuls en trois jours.

Si l'on analyse attentivement les phénomènes et leur succession, on voit qu'on ne peut attribuer l'affaiblissement de la sonorité et du murmure vésiculaires, non plus que les modifications très légères des vibrations que l'on constatait au-dessus de l'épanchement, dans les cas dont je viens de résumer l'observation, ni au liquide qui manquait en ces points; ni aux fausses membranes qui ne peuvent avoir une épaisseur suffisamment considérable dans toute la hauteur; ni à de l'atélectasie due à la rétraction des fausses membranes, car ces dernières, en admettant qu'elles existent, ne peuvent être assez anciennes. Il s'agissait en réalité d'une atélectasie, due à ce que les vésicules pulmonaires renferment moins d'air, cet air étant chassé par quelque chose qui est le sang de la congestion pulmonaire.

Les exemples qui précèdent suffisent pour montrer l'importance des deux éléments de la maladie, qui consistent la plupart du temps en une fluxion pleuro-pulmonaire.

Comparons maintenant les signes de la pleurésie et de la congestion, afin d'apprendre à les distinguer et à les reconnaître.

Dans les deux cas, il y a des signes rationnels et des signes physiques. Je ne vous dirai rien des premiers, qui sont identiques, et les signes physiques seuls méritent de nous arrêter.

La congestion entraîne de la submatité et la pleurésie de la matité complète. Dans la congestion, la matité est diffuse, mal limitée sur les bords, estompée, pour ainsi dire. Dans la pleurésie, elle est nettement limitée. Le doigt qui percute sent encore une certaine élasticité dans la fluxion, tandis que cette élasticité est complètement disparue dans l'épanchement, ce qui faisait dire à Piorry que le liquide absorbe les vibrations. Soit dit en passant, ceci vous prouve la supériorité de la percussion digitale sur la per-

©BIU Santé

cussion plessimétrique. Dans la congestion, les signes physiques ne subissent pas de changement quand le malade varie sa position; dans la pleurésie, au contraire, la matité se déplace dans une assez grande étendue au moins pendant la première période de la maladie. Il faut noter que ce déplacement du liquide est loin d'être toujours égal et chercher la cause de ce fait. Mon collègue, le professeur Peter, a attribué à certains épanchements une viscosité assez grande; je ne suis pas partisan de cette théorie, car, quand on fait la thoracentèse, le liquide renfermé dans la plèvre sort parfaitement clair et fluide, même quand il renferme une grande quantité de fibrine se coagulant au dehors. On m'a fait dire que l'absence de déplacement de l'épanchement tenait à ce qu'il était maintenu par des fausses membranes. Cependant, je n'ai jamais soutenu cette opinion, car, quand le liquide s'élève, son niveau reste régulier et cela ne se produirait pas s'il y avait un kyste renfermant du liquide. En réalité, je pense que, si le liquide est trouvé très mobile au début, cela tient aux conditions spéciales dans lesquelles se trouve le poumon; à ce moment, il suffit que ce dernier soit délivré de la compression de l'épanchement pour qu'il se distende et que l'on puisse entendre facilement le murmure vésiculaire et constater le déplacement. Quand la compression du poumon a duré plus longtemps, l'atélectasie devient plus considérable, fixe même, indépendamment de l'état congestif, et les vésicules ne se déplissent plus. C'est ainsi que, quand on produit expérimentalement une pleurésie chez l'animal, au début il est facile de remplir le poumon par l'insufflation, mais, plus tard, cette insufflation ne suffit plus et des vésicules se rompent. Chez l'homme, ce fait se produit moins vite, mais enfin il existe aussi et, à la fin, il finit par y avoir une sorte de solidification imparfaite du poumon, dans lequel l'air ne pénètre que d'une façon très incomplète.

Cette discussion est réellement importante au point de vue séméiologique, car, si le liquide était immobilisé par des fausses membranes, enkysté, la guérison serait beaucoup plus difficile à obtenir.

Continuons l'examen des signes différentiels de la congestion et de la pleurésie. Dans les deux maladies, il y a du souffle, mais celui de la congestion est doux et grave, tandis que celui de la pleurésie a une tonalité aiguë élevée. Dans la fluxion, le maximum de ce souffle se trouve au niveau des grosses bronches et existe à l'inspiration; dans l'épanchement, on le rencontre immédiatement au-dessous du niveau du liquide, et surtout pendant l'inspiration. Le souffle de la congestion est perçu dès le début de la maladie, tandis que, dans la pleurésie, il n'apparaît que lorsque l'épanchement a une certaine étendue, arrive jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Les vibrations sont affaiblies dans les deux cas, mais, dans la pleurésie, cet affaiblissement va souvent jusqu'à l'abolition complète. A l'auscultation de la voix, on trouve de la bronchophonie dans la congestion, de la broncho-ægophonie dans la pleurésie.

Les signes que je viens de vous énumérer permettent de faire la distinction des deux maladies, quand elles sont isolées l'une de l'autre. On a conseillé, dans les cas de doute, de faire la ponction exploratrice, qui est très employée en Allemagne et tend à prendre faveur en France; en réalité, elle ne sert à rien, car le diagnostic est possible sans elle, elle tourmente inutilement le malade; enfin, si peu dangereuse qu'elle soit, elle peut être l'origine d'accidents et il faut éviter de l'employer.

Les difficultés du diagnostic sont bien plus grandes si les deux maladies

sont associées dans des proportions plus ou moins notables, ou bien quand les caractères habituels des signes sont altérés par suite du mode respiratoire du malade, des qualités de sa voix ou de sa manière de parler. C'est ainsi qu'une congestion simple peut donner presque tous les signes de l'épanchement, et l'on a alors ce que Grancher a décrit minutieusement sous le nom de *spléno-pneumonie*. D'autres fois, un épanchement d'abondance médiocre a des signes atténués et, souvent, ce n'est que lorsqu'on constate l'expectoration albumineuse que l'on peut décider la question de savoir si l'on a affaire ou non à une congestion.

Les grosses difficultés se rencontrent, disons-nous, quand il y a association des deux éléments de la maladie. Il peut se présenter différentes éventualités : ou bien la congestion a une étendue considérable, tandis que le liquide est très peu abondant, ou bien, derrière un épanchement notable, se cache en bas un petit foyer de congestion pulmonaire. On arrive assez facilement à trouver, dans le premier cas, la ligne de séparation entre la congestion et le liquide. Au-dessus de cette ligne, il y a des vibrations vocales; au-dessous, elles manquent; au-dessus, il y a de la bronchophonie; au-dessous, de l'ægophonie. Il arrive parfois que l'épanchement occupe une étendue égale au foyer de la congestion. Il faut alors, derrière l'épanchement pleural, trouver la congestion pulmonaire. Dans ces cas, le souffle est plus bronchique que celui de la pleurésie; le retentissement vocal est non-ægophonique, mais broncho-ægophonique; le souffle ne siège pas exclusivement à la partie supérieure de la matité, mais s'étend plus ou moins bas, quelquefois avec des vibrations thoraciques encore sensibles; le déplacement des organes, qui est en rapport, comme on sait, avec l'abondance de l'épanchement, permet de distinguer le cas où cet épanchement est faible de ceux où il est considérable. Le foie est alors peu abaissé et l'espace semi-lunaire conservé.

Il est assez souvent très difficile de reconnaître une légère congestion derrière un gros épanchement, mais alors c'est ce dernier qui domine la scène au point de vue thérapeutique et, s'il persiste trop de temps, il faut le traiter par la thoracentèse.

Il arrive assez souvent que le liquide remonte assez haut entre la paroi thoracique et le poumon, et qu'il semble être en quantité considérable, tandis qu'en réalité c'est la congestion qui domine la scène. Woillez attribuait cette ascension du liquide à une sorte d'aspiration de la plèvre, mais il faudrait naturellement une pression de l'autre côté et cette explication n'est pas admissible. Pour Jaccoud, c'est la capillarité qui cause l'ascension; en réalité, cette capillarité n'a qu'une influence très médiocre, car elle ne s'exerce activement qu'entre deux surfaces très voisines, et son influence décroît avec le carré de la distance; aussi, quand l'épanchement croît, son influence disparaît. Il est probable que l'ascension du liquide est due à ce que le poumon, à moins d'adhérences, s'affaisse à cause de son poids, occupe la partie inférieure de la poitrine et oblige alors le liquide à monter dans la cavité pleurale. La congestion naturellement prédomine beaucoup dans ce cas et elle seule doit régler la thérapeutique.

Si les deux éléments fluxionnaire et hypercrinique sont dans des proportions à peu près égales, le diagnostic devient très difficile, et il faut peser chaque signe pour arriver à une conclusion.

Quand il y a beaucoup de liquide et que l'épanchement dure depuis quelque emps, quand, de plus, la congestion est modérée, la thoracentèse est

©BIU Santé

alors utile. Quelquefois, dans ces cas, l'évacuation du liquide termine la maladie.

Au contraire, quand la fluxion est très intense et qu'on enlève la totalité du liquide, on est exposé à voir se produire une fluxion grave avec expectoration albumineuse et quelquefois des accidents asphyxiques mortels. Il est prudent, quand il y a congestion et épanchement en proportion à peu près égale, de n'enlever qu'une partie du liquide afin d'éviter la production de ces accidents.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ THÉORIQUE ET CLINIQUE DE LA FIÈVRE JAUNE, par L.-J.-B. BÉRENGER-FÉRAUD. Paris, O. Doin, 1890.

La pensée dominante du livre est de montrer aux hygiénistes que, par des moyens prophylactiques sagement combinés, on peut lutter, avec avantage le plus souvent, contre les épidémies de fièvre jaune.

Le premier chapitre est consacré à l'historique. L'auteur y discute l'origine de la fièvre jaune et recherche si elle a été transportée d'Afrique dans le Nouveau-Monde. Sa conclusion est que la maladie sévissait sur le littoral antillien et américain, bien avant l'arrivée de Christophe Colomb.

Dans le troisième chapitre se trouve la géographie de la fièvre jaune. Le grand cirque antillien, y compris la côte méridionale de l'Amérique du Nord et la côte septentrionale de l'Amérique du Sud, peut être considéré comme le pays amarilogène par l'administration sanitaire et dans cette zone la maladie sévit tantôt dans un point, tantôt dans un autre. Il s'en suit que les localités de la mer des Antilles et du golfe du Mexique doivent se surveiller les unes les autres, afin d'éteindre les étincelles épidémiques au moment de leur production.

Les chapitres suivants contiennent la description de la maladie au point de vue micrographique.

L'étiologie, contenue dans le chapitre septième, a été étudiée avec le plus grand soin. Sa transmission étant la cause principale de la fièvre jaune, M. Bérenger-Féraud a pris comme exemple un pays où la maladie ne naît pas spontanément, un pays d'Europe, par exemple, et s'est demandé comment la fièvre est apportée, quel est le rôle des navires dans la transmission, comment ils se contaminent, à quelle distance ils peuvent emporter les germes, — comment la fièvre passe d'un pays dans un autre, se propage et s'éteint.

Dans la partie réservée à l'anatomie pathologique, on trouvera le résumé des recherches bactériologiques qui, comme on le sait, n'ont pas encore été suivies de succès.

Le traitement de la maladie est malheureusement presque nul et l'auteur se demande si la thérapeutique du typhus amaril ne consiste pas uniquement dans une sage médication des symptômes, au fur et à mesure de leur évolution.

M. Bérenger-Féraud a donné de grands développement à l'étude de la prophylaxie, car, pour lui, on peut lutter avec succès, on peut faire disparaître la maladie ou la réduire au moins à une impuissance très désirable, le jour où l'on voudra employer avec soin et intelligence quelques mesures prophylactiques qui n'ont rien de bien compliqué.

Quelques pages de la technique de la désinfection terminent le volume.

La science fraçaise peut être fière de la nouvelle œuvre de M. Bérenger-Féraud ; puissent les gouvèrnements, petits et grands, écouter quelques-uns de ses conseils, un grand nombre de vies humaines seront préservées. — P. Ch.

BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Traitement des fibromes. — Traitement des fistules recto-vaginales.

M. Routier ne croit pas que le *traitement des fibromes utérins* par l'électricité mérite grande confiance. La méthode peut entraîner des accidents et, de plus, elle est très inconstante dans ses effets, puisque M. Routier a dû opérer des malades qui avaient été traitées par l'électricité. Dans certains cas, la méthode a été employée sur des femmes chez lesquelles la laparotomie a démontré l'absence de fibromes. Dans d'autres cas, le fibrome était accompagné de kystes ou de dégénérescences de l'ovaire, de salpingite, etc.

Relativement au traitement opératoire, on peut partager les fibromes en trois classes :

1° *Fibromes très volumineux*, entraînant des accidents de compression et des hémorrhagies. Quelquefois la castration suffit dans ce cas, mais le plus habituellement il faut avoir recours à l'hystérectomie abdominale. Dans cette opération, M. Routier fait le traitement extra-péritonéal du pédicule qu'il tâche de désinfecter totalement. Sur douze opérations, il n'a eu qu'une mort, qui s'est produite dans un cas compliqué.

2° *Fibromes hémorrhagiques*. — La castration est l'opération de choix. On peut réséquer les fibromes flottants que l'on rencontre quelquefois après avoir fait la laparotomie. M. Routier a fait quatorze fois la castration dans ces fibromes ; les quatorze malades ont guéri. Dans deux cas, où il y avait des complications, la guérison n'a été que secondaire.

3° *Fibromes gênants*, mais dans lesquels l'intervention ne s'impose pas. On peut alors recourir aux différentes méthodes de traitement avec des chances de succès, car souvent les douleurs disparaissent après la ménopause.

M. Prengrueber a opéré par la castration deux malades chez lesquelles il s'agissait de fibromes enclavés entraînant des accidents graves. Dans un cas où ces accidents étaient très marqués, il s'agissait d'une femme de 23 ans qui, depuis juillet 1889, avait des pertes abondantes et douloureuses, de la difficulté de la miction et de l'augmentation de volume du ventre. Au mois de mai 1890, son état était devenu déplorable. Elle souffrait d'hémorrhagies abondantes, de violentes douleurs du bassin se propageant du côté de la cuisse. Les membres inférieurs, surtout le gauche, étaient œdématiés, la miction se faisait par regorgement et le contact de l'urine avec la peau avait entraîné un érythème très douloureux. Après un cathétérisme qui permit de retirer trois litres et demi d'urine, M. Prengrueber constata dans le bas-ventre une tumeur dure remplissant le bassin, immobile, soudée pour ainsi dire aux parois. Il se résolut à opérer immédiatement, la malade perdant beaucoup de sang.

Après l'ouverture du ventre, il trouva que la partie supérieure du corps de l'utérus avait un aspect normal, mais qu'il se continuait inférieurement avec une grosse tumeur développée dans la partie sus-vaginale du col. Il se décida alors à chercher à dégager le néoplasme, de façon à ce que sa plus grande circonférence, son équateur, qui était intra-pelvien, fût reporté au-dessus du détroit supérieur et à faire ensuite la castration. La première partie de l'opération fut assez difficile et ce ne fut que peu à peu, par les mouvements de latéralité, de bascule, que la tumeur se mobilisa ; la castration n'offrit rien de particulier. Les suites opératoires furent simples et l'amélioration très rapide. Les hémorrhagies, les douleurs et l'œdème disparurent, et bientôt la malade vida complètement sa vessie.

Le second cas de M. Prengrueber est analogue. On peut, d'après lui, conclure que fort souvent l'enclavement de la tumeur n'est pas une contre-indication à la castration ovarienne, mais qu'il sera bon de compléter cette castration par des manœuvres destinées à faire sortir de l'enceinte pelvienne le plus grand diamètre de la tumeur. Cette manœuvre, qui présente de grandes difficultés par les voies naturelles, est assez facile par la voie abdominale.

©BIU Santé

Pour M. Segond, on ne peut guère comparer le pronostic de l'hystérectomie par corps fibreux et celui de l'ovariotomie. Il a fait dix-sept fois l'hystérectomie sur des femmes atteintes gravement de corps fibreux volumineux. Ces dix-sept opérations lui ont donné sept morts. Il faut diviser ces cas en deux groupes : l'un de douze, l'autre de cinq. Dans ce dernier se placent des cas de fibromes inclus dans les ligaments larges, enclavés ou compliqués de sarcome; l'opération a toujours, par suite de ces circonstances, été très pénible et toutes les malades ont succombé. Dans le premier groupe, les tumeurs étaient volumineuses, mais il n'y avait pas de complications; aussi n'y a-t-il eu que deux morts, l'une due à des accidents cérébraux et l'autre à une péritonite. M. Ségond a toujours employé le traitement rétro-péritonéal du pédicule.

Six castrations ont donné à M. Segond six succès opératoires, mais seulement quatre succès thérapeutiques.

En résumé, il n'y a pas lieu de proposer un traitement identique pour toutes les espèces de tumeurs fibreuses, et c'est seulement dans les cas bénins qu'il y a lieu de comparer le pronostic de l'ovariotomie et celui de l'hystérectomie.

M. Lucas-Championnière partage l'avis de M. Segond, relativement au pronostic des deux opérations que l'on compare actuellement; l'hystérectomie entraîne encore un grand nombre de morts dont quelques-unes ne peuvent être expliquées; l'opération s'est faite facilement, la malade semble aller bien et cependant elle succombe. Le traitement rétro-péritonéal du pédicule est encore le meilleur. Dans bien des statistiques où l'hystérectomie semble donner des succès étonnants, celle de Schrœder, par exemple, il s'agit très souvent de fibromes pédiculés. M. Lucas-Championnière préfère donc l'électricité et la castration à l'hystérectomie.

M. Bouilly pense que l'on a fait encore trop peu d'hystérectomies pour pouvoir comparer cette opération avec l'ovariotomie. Cependant notre impression sur la première de ces opérations a été modifiée dans ces derniers temps. Actuellement, sa gravité est devenue beaucoup moins grande. On doit maintenant, quand on ne peut faire mieux, tenter l'hystérectomie avec confiance, car son pronostic s'est beaucoup amélioré.

— M. Segond fait un rapport sur une observation de M. Felizet, relative à un *Nouveau procédé de traitement des fistules recto-vaginales*. Le procédé a été appliqué dans un cas spécial; ces fistules, en effet, ne se trouvaient pas au même niveau, l'orifice vaginal était à trois centimètres de la vulve et l'orifice rectal à six centimètres de l'anus.

M. Felizet a d'abord fait l'incision prérectale de Nelston en dédoublant la cloison périnéale jusqu'au dessus de la fistule, ce qui sépare les orifices et les feuillets muqueux. Il a ensuite sectionné, sur la sonde cannelée, la fistule anale qui s'était trouvé créée par ce premier temps de l'opération. Il a laissé l'orifice vaginal intact et la cicatrisation de la plaie rectale s'est faite spontanément, en même temps que l'orifice vaginal se prenait de lui-même; un mois après l'opération, la malade était parfaitement guérie.

Ce procédé est très facile et très simple ; il peut être appliqué à d'autres variétés de fistules et complété par des sutures. Il présente des analogies d'une part avec le procédé de Astley-Cooper appliqué aux fistules uréthro-péniennes, de l'autre avec celui de MM. Guérin et Quénu ; dans ce dernier, la lame postérieure est laissée intacte et, après suture des deux orifices, on draine le dédoublement. Enfin, M. Quénu termine par la section sous-cutanée du sphincter.

Sans revenir sur le traitement des fistules recto-vaginales qui a déjà été discuté à la Société, M. Segond tient à insister sur la destruction des *fistules haut-situées* et *fistules bas-situées*. Dans la première, il faut éviter la périnéorrhaphie et choisir tout autre procédé, ceux de MM. Le Dentu ou Trélat par exemple. Dans les fistules inférieures, la colpopérinéorrhaphie donne des résultats excellents, aussi n'y a-t-il pas lieu de la remplacer par une autre opération. La colpopérinéorrhaphie réalise du même coup la la fermeture de la fistule et la réfection du périnée. C'est seulement lorsqu'il sera inutile de s'occuper du périnée que l'on pourra avoir recours aux procédés de MM. Quénu et Félizet, qui sont du reste excellents. Ils peuvent être utilisés dans les fistules uréthro-prostato-rectales de l'homme, dans l'abouchement anormal du rectum dans l'urèthre, etc.

Pour M. Quénu, il faut tenir compte de beaucoup de conditions dans le choix du procédé à appliquer à un cas donné de fistule vagino-rectale. La hauteur de la fistule, l'étendue du trajet fistuleux, l'état du périnée sont très importants à considérer. Ce dernier est loin d'être toujours mauvais. Récemment M. Quénu a employé dans deux cas des procédés différents du sien. Chez une malade, il a sectionné le périnée ; chez une autre, il a avivé les deux orifices et fermé celui du vagin par un petit lambeau qu'il a fait glisser. Le trajet s'est comblé de lui-même.

M. Quénu insiste sur ce point, qu'il faudrait diviser les fistules en sus-sphinctériennes et intra-sphinctériennes ; cela serait plus facile à comprendre que les expressions des fistules haut-situées et bas-situées.

Par les termes qu'il emploie, M. Segond désigne les fistules situées dans la moitié inférieure ou la moitié supérieure du vagin. Ces dernières sont rares, mais existent d'une façon certaine. C'est l'état du périnée qui domine le traitement des fistules ; et il est atteint dans 99 p. 100 du cas.

— M. Marchand, à propos de la présentation de pièces de salpingite faites par MM. Reynier à la dernière séance, rapporte que, il y a quelques mois, il a enlevé une tumeur de la trompe droite renfermant dix litres et demi de pus. Dans la paroi on pouvait distinguer deux couches : l'une fibro-musculaire, externe ; l'autre interne, renfermant des fibres musculaires, des cellules épithéliales et des glandes. M. Marchand n'avait pas cru devoir faire de drainage, mais la température s'éleva à 39° et des douleurs survinrent ; dans ces circonstances, on défit deux points de suture et on plaça un drain dans le cul-de-sac de Douglas. La guérison survint facilement.

M. Bouilly a opéré une malade qui avait dans chaque trompe plus de 1,000 grammes de pus ; elle a succombé à une embolie pulmonaire. Il fait remarquer que ces graves salpingites entraînent relativement peu de douleurs, ainsi que Mordret l'a dit dans sa thèse ; elles ne se révèlent que par des poussées aiguës. Les petites collections sont souvent beaucoup plus douloureuses.

M. Lucas-Championnière insiste aussi sur la marche silencieuse des grosses tumeurs qui sont souvent prises pour des kystes ovariques.

— M. Schmidt lit une observation d'érysipèle de la face et du cuir chevelu suivi d'accidents septiques : endocardite, embolie ayant entraîné une oblitération de l'artère poplitée suivie de gangrène et d'amputation, pneumonie double, pleurésie, vomiques pleurales. Le malade a guéri.

CORRESPONDANCE

Protestation contre l'impôt sur les spécialités pharmaceutiques

Nous recevons et insérons volontiers la circulaire suivante :

« Paris, le 6 novembre 1890.

« La Société de prévoyance et Chambre syndicale des pharmaciens de 1re classe du département de la Seine, organe des pharmaciens vendant au détail, proteste de la façon la plus énergique contre le projet d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques, et elle fait observer que l'exposé des motifs repose sur de nombreuses erreurs matérielles et que le but poursuivi ne sera pas atteint.

« En effet, cet impôt qui, dans la pensée de M. le ministre des finances, devrait frapper la spécialité, sera uniquement supporté par les pharmaciens détaillants, à moins qu'ils ne soient obligés de le faire retomber sur les malades, ce qui n'est certainement pas conforme aux intentions de l'auteur du projet.

« Il serait en réalité bien difficile de demander aux pharmaciens de prélever ce nouvel impôt sur leurs modestes bénéfices. Contrairement à l'opinion courante, ces bénéfices sont très restreints, vu le chiffre peu élevé de leurs affaires et l'importance des frais généraux.

« La chambre syndicale considère que cet impôt est mal défini, vexatoire et injuste.

©BIU Santé

« Mal défini, parce que le projet n'indique pas et ne saurait indiquer où commence et où finit la spécialité, et ce manque de clarté sera dans l'application la source de nombreuses difficultés.

« Vexatoire, parce qu'il introduirait les agents du fisc dans l'officine des 8,000 pharmaciens qui, sous la garantie de leur diplôme, exercent une profession libérale.

« Injuste, parce qu'il ne frapperait qu'une seule classe de citoyens, payant déjà, outre une patente plus élevée que celle des commerçants de détail, leur large part d'impôts de toute nature.

« En résumé, cet impôt aurait le caractère d'une véritable loi d'exception contre laquelle la chambre syndicale des pharmaciens de 1re classe du département de la Seine proteste énergiquement et contre laquelle protesteront à l'unanimité tous les pharmaciens français.

« *Pour la chambre syndicale* :

« Le vice-président, « J. Blaise. — Le président, P. Cavaillès. — Le secrétaire général, H. Bocquillon-Limousin. »

Comme tous ses confrères, l'*Union médicale* s'associe à la protestation des pharmaciens contre un impôt qui serait non seulement mal défini, vexatoire et injuste, mais en outre inutile au point de vue de l'équilibre du budget; en effet les prévisions du ministre des finances relativement au rendement d'un pareil impôt sont parfaitement erronées, plusieurs de nos confrères l'ont démontré; elles reposent sur une appréciation inexacte du chiffre d'affaires que représentent ces fameuses spécialités. Nous ne doutons pas d'ailleurs que cet impôt ne soit repoussé par le Parlement; car l'opinion publique s'est déjà prononcée contre lui.

La Rédaction.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bélot, secrétaire du Conseil d'hygiène de l'arrondissement du Havre.

— Rien n'est plus rationnel que l'emploi du Coaltar saponiné Le Beuf comme **DENTIFRICE**. Car par ses propriétés **microbicides**, *désinfectantes*, *détersives* et *toniques*, il répond mieux que tout autre produit aux derniers *desiderata* de la science. Il jouit en outre d'une innocuité absolue, qualité rigoureusement nécessaire pour un produit d'un usage journalier.

Envoi gratuit d'un échantillon à MM. les médecins. — Bayonne, pharmacie Le Beuf.

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

PHTHISIE, *Bronchites*, *Catarrhes*. — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres*, *anémie*.

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Fournier : Ecthyma scabieux et ulcérations tertiaires. — Des alopécies. — III. Bibliothèque : Du droit de réquisition des médecins-experts par la justice. — Recherches expérimentales sur les causes de l'exagération vespérale de la température normale. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. De quelques nouvelles médications. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Nous allons enfin connaître, en France, la lymphe merveilleuse. Le savant Berlinois vient d'en envoyer un échantillon à M. Pasteur, en le faisant suivre de la lettre suivante, que publie le *Bulletin médical :*

Monsieur et très honoré collègue,

Vous avez eu la bonté de me souhaiter télégraphiquement bonheur pour le résultat de mes recherches sur la tuberculose. Je considère cela comme un honneur tout particulier, et je me permets d'exprimer mes remerciements très dévoués à vous et à Messieurs vos collaborateurs qui se sont associés à vos souhaits. Pour donner une expression de plus de ma reconnaissance, je me permets, dans l'hypothèse que vous n'êtes pas sans désirer observer chez l'homme les effets particuliers du nouveau médicament, de vous en envoyer un échantillon.

Agréez l'assurance de ma très haute considération.

Votre dévoué, R. Koch.

(Le texte original est en allemand.)

M. Pasteur a aussi reçu de Russie une dépêche qui lui a été adressée par le prince et la princesse d'Oldenbourg pour lui annoncer que le traitement du lupus par la méthode de Koch venait d'être commencé à Saint-Pétersbourg.

En Allemagne même, le traitement de la tuberculose devient chose d'Etat. L'empereur a accepté le don du remède au nom de l'Empire, et ce serait le ministère des cultes et de l'instruction publique qui serait chargé de distribuer la lymphe, dont on ne pourra avoir une quantité suffisante que dans deux mois. A la Chambre prussienne, on va discuter les questions de la dotation à attribuer à Koch, de la création d'instituts et de laboratoires spéciaux, etc.

Le monde médical allemand, chose extraordinaire, fait cependant de judicieuses réserves. Il semble se confirmer que les inoculations peuvent être suivies d'accidents graves, même de mort. Bergmann a vu un jeune homme rester quarante-huit heures dans le coma après la première inoculation. La mort se produit par œdème pulmonaire lorsque la tuberculose a envahi une trop grande étendue du poumon. Le docteur Rémond, dans une correspondance adressée à la *Semaine médicale*, dit avoir examiné les pièces d'un malade qui avait des granulations miliaires dans les méninges de la base et de la scissure de Sylvius, et qui a succombé à de l'œdème du

©BIU Santé

cerveau. Il faudra naturellement songer à la possibilité d'un œdème de la glotte dans la tuberculose du larynx, d'un œdème du rein entraînant l'urémie aiguë, etc.

C'est la tuberculose chirurgicale qui paraît, pour le moment, être surtout améliorée par le traitement de Koch. Cela tient, on le comprend facilement, à ce que les produits bacillifères s'éliminent d'eux-mêmes dans beaucoup de cas, ou que l'*intervention chirurgicale* peut aller les chercher pour en débarrasser l'organisme. C'est ainsi que Kohler propose de réséquer une articulation tibio-tarsienne atteinte de tuberculose après avoir fait une injection, et de laisser la réunion se faire par deuxième intention afin d'assurer l'élimination de tous les produits tuberculeux.

Nous avons déjà parlé, dans notre dernier *Bulletin*, du travail de MM. Frantzel et Runkwitz. Il est relatif au traitement de la tuberculose pulmonaire et annonce huit améliorations considérables chez huit malades à lésions peu avancées et quatre insuccès dans quatre cas où le poumon présentait des lésions étendues. C'est, en effet, le traitement de la tuberculose pulmonaire qui est le plus discuté en Allemagne et en Autriche. A la Société médicale de Munich, Von Ziemssen a reconnu qu'il est probable que le traitement de la tuberculose pulmonaire, comme celui de toutes les lésions profondes, exigera un grand nombre d'injections.

Pour le docteur Villaret, correspondant de la *Semaine médicale*, qui a vu les choses de près, il s'écoulera toujours six à neuf mois avant que l'on puisse admettre une guérison définitive. Notre confrère insiste beaucoup sur l'idiosyncrasie des différents cas. Il a fait trois injections à trois hommes adultes manifestement tuberculeux, et a employé 1 décigr. de liquide dilué, soit 1 millig. de substance active. Le premier malade a eu une réaction typique quinze heures après l'injection; le second a eu une réaction manifeste, mais pour ainsi dire atypique, trois heures après l'injection; le troisième a eu, dix heures après l'injection, une réaction très faible, mais typique. Il faudrait donc individualiser chaque cas.

Peut-être même la réaction pourrait-elle complètement manquer chez un malade rendant des bacilles dans ses crachats, et, au contraire, d'après Kohler, se produire chez des malades probablement non tuberculeux.

En réalité, on marche à l'aveugle. Tant que la composition du remède ne sera pas connue, tant que l'on n'aura pas pu suivre des malades pendant longtemps, on ne pourra rien dire de certain relativement à l'action et à la valeur thérapeutique de la lymphe. On a déjà observé des récidives chez des lupiques qui paraissaient absolument guéris, et il est déjà certain qu'il ne s'agit pas de cas isolés.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur FOURNIER.

Ecthyma scabieux et ulcérations tertiaires. — Des alopécies.

Messieurs, je veux d'abord vous dire quelques mots d'un malade très intéressant qui est en ce moment dans nos salles. Il s'agit d'un vieillard de 77 ans qui est arrivé ici présentant dans toute la région génitale des plaies assez étranges, à diagnostic difficile. Il est venu nous voir parce qu'il craignait d'avoir attrapé un mal de jeunesse avec une femme de 76 ans. Au premier coup d'œil, on voyait une pléiade d'ulcérations recouvrant la verge, les aines et le pubis; les unes avaient la dimension d'une pièce de

©BIU Santé

50 centimes, tandis que d'autres étaient beaucoup plus petites; toutes étaient creuses, profondes, et quelques-unes régulièrement circulaires. Leur aspect était tel que, au premier abord, nous portâmes le diagnostic d'ulcérations syphilitiques tertiaires, gommeuses. Tous les caractères de ce genre d'affection semblaient, en effet, réunis, disposition en bouquets, bords à pic, forme circulaire, etc., etc.

Cependant, ce diagnostic d'objectivité restait subordonné au diagnostic de raison; or, un interrogatoire poursuivi avec le plus grand soin et un examen complet ne permirent de trouver rien qui ressemblât à la syphilis; en outre, un examen plus approfondi des ulcérations nous ayant montré qu'il n'y avait pas sur ces dernières le revêtement bourbillonneux si caractéristique des gommes ulcérées, nous dûmes abandonner le diagnostic.

S'agissait-il donc de chancres simples? La multiplicité et la dissémination des lésions, leur aspect creux, entaillé, étaient en faveur de cette opinion, car, chez les gens malpropres comme notre malade, le chancre simple fait, pour ainsi dire, des petits. Nous dûmes encore renoncer à cette idée, car les lésions n'avaient pas le fond jaunâtre ni finement alvéolaire qui est si caractéristique et, de plus, une inoculation resta négative.

Il ne nous restait plus que l'ecthyma. Vous savez qu'il n'y a pas d'ecthyma essentiel et que cette affection est toujours symptomatique d'un état général ou local, et, dans ce dernier cas, surtout de la gale et de la phtiriase; or, notre malade avait la gale, donc, il n'y avait pas à hésiter; cette gale était jeune et discrète, il ne s'en plaignait pas, mais elle existait néanmoins et elle expliquait tout. La gale, en effet, détermine extrêmement souvent l'ecthyma qui siège aux mains, aux fesses, aux coudes; elle est coutumière du fait. Aux parties génitales, au moins chez l'homme, cet ecthyma, qui s'ulcère, revêt la physionomie d'une syphilide. Aussi bien, très souvent, la gale donne-t-elle lieu d'une façon générale à des lésions absolument trompeuses. Il s'agissait donc, dans le cas dont je vous entretiens, d'ulcérations syphiloïdes dues à de l'ecthyma scabieux. Mais pourquoi les lésions avaient-elles cet aspect ulcéreux? L'explication est facile. Il s'agit d'un vieillard de 77 ans, brisé par l'âge; ce sont donc les conditions de terrain qui ont donné à la lésion une modalité particulière qui l'a rapprochée de l'ecthyma cachectique.

La gale, Messieurs, je vous l'ai dit, entraîne des lésions génitales syphiloïdes; à la verge, ces lésions simulent la syphilis de deux façons : quand elles sont superficielles, on croit qu'il s'agit de chancre; quand elles sont profondes, on pense à des lésions tertiaires.

L'ecthyma chancriforme est bien connu à Saint-Louis. Il simule le chancre, parce que c'est une lésion bien circonscrite, érosive, saus bords, à fond rouge, plane ou quelquefois surélevée en plateau. Si on montre certains de ces ecthymas à un médecin non prévenu, il est certain qu'il dira qu'il s'agit de chancres syphilitiques.

Les difficultés sont quelquefois d'autant plus grandes que la gale et le chancre peuvent coïncider.

Quand l'ecthyma est creux et ulcéreux, il simule, comme nous venons de le voir, les lésions de la syphilis tertiaire et, pour ce qui est de notre malade, nous nous y sommes tous trompés.

Tout ceci vous démontre, Messieurs, l'insuffisance des seuls signes objectifs pour le diagnostic des dermatoses. On peut confondre les lésions scabieuses et celles de la vérole tertiaire, et cela ne doit pas nous étonner,

©BIU Santé

car, dans la syphilis, beaucoup de lésions sont simulées par d'autres. Quand il s'agit de l'herpès et du chancre syphilitique, les yeux les plus habitués s'y trompent. Bien souvent, ici, à Saint-Louis, nous ne pouvons faire le diagnostic entre les syphilides psoriasiformes et le psoriasis commun; entre l'eczéma palmaire et les syphilides palmaires; entre le lupus et les syphilides tuberculeuses; entre les gommes scrofuleuses et les gommes syphilitiques, etc. Donc, les signes objectifs, si utiles, si indispensables qu'ils soient, sont souvent absolument trompeurs et insuffisants. On doit avoir pour règle de ne jamais s'en contenter, quelque significatifs qu'ils paraissent, et il faut toujours contrôler le diagnostic de l'œil, comme nous disons ici, par le diagnostic de la raison, le diagnostic rationnel. C'est ce que nous avons fait à propos de notre malade, et c'est ce qui nous a permis, tandis qu'il s'agissait objectivement de syphilides tertiaires, d'arriver à établir que, en réalité, nous nous trouvions en face d'un ecthyma scabieux.

Messieurs, vous avez pu voir en ce moment dans nos salles trois femmes qui sont venues nous demander conseil pour une alopécie. L'une d'elles a le crâne dénudé et c'est à peine s'il lui reste quelques cheveux : c'est une alopécie syphilitique. Les deux autres sont moins gravement atteintes; cependant, leur alopécie est intense et leur chevelure notablement diminuée. Dans un cas, la cause de l'affection est une grossesse; dans l'autre, c'est la vérole.

Si vous mettez en parallèle les deux dernières malades, vous voyez qu'il est impossible objectivement de diagnostiquer l'affection dont elles sont atteintes. Je veux donc profiter de cette occasion pour vous parler de l'alopécie syphilitique et de ses signes.

Le mot alopécie vient du grec ἀλωπεξ, qui veut dire renard, cet animal étant sujet à la dépilation lorsqu'il devient vieux; le mot veut donc dire chute des poils. Quand cette dépilation est intense, elle aboutit à la calvitie. Vulgairement, et même quelquefois médicalement, on a la mauvaise habitude de confondre ces deux mots. Or, l'alopécie c'est le processus en action, tandis que la calvitie, c'est l'aboutissant définitif.

Il est facile de résumer très brièvement l'anatomie pour ainsi dire philosophique du cheveu. C'est une tige qui pousse dans une dépression cylindroïde du derme, sur un renflement appelé papille pileuse. Ce qu'il est essentiel de savoir, c'est que le poil est toujours un produit de sécrétion et non pas une matière vivante. Il n'y a donc pas, en réalité, des maladies des cheveux, mais des maladies des organes qui les produisent. Pour agir sur eux, il faut s'adresser aux papilles pileuses.

Cliniquement, les alopécies se divisent en deux classes : celles avec lésions et celles sans lésions appréciables. C'est-à-dire que deux conditions différentes peuvent se présenter; ou bien l'alopécie coexiste avec une lésion du cuir chevelu, qui est sa cause, son pourquoi; ou bien elle existe sans lésions, ou du moins sans lésions appréciables.

Un mot sur les alopécies avec lésions qui reconnaissent des causes multiples :

1° Ce sont d'abord les ulcérations du cuir chevelu, ulcérations traumatiques ou diathésiques, ulcérations scrofuleuses, syphilitiques, cancroïdiennes, etc. Il s'agit là d'une alopécie brutale, par destruction du bulbe pileux.

2° Les dermatoses du cuir chevelu entraînent aussi la dépilation. Men-

tionnons l'érysipèle, le coup de soleil, l'eczéma, l'impétigo, l'acné, la sclérodermie, la séborrhée, etc.

3° L'alopécie peut être d'origine parasitaire, comme dans la teigne faveuse ou la tricophytie.

4° Enfin, la chute des cheveux peut être sous l'influence d'une lésion sous-jacente au cuir chevelu, la papille étant alors détruite par distension, comme dans les grosses loupes, par exemple.

Pour toutes ces alopécies, le diagnostic est facile, car on n'a qu'à rapprocher les symptômes des lésions. En voici un exemple au hasard : une femme vient vous trouver parce qu'elle perd sa chevelure; en l'examinant, on trouve des espèces de petites squames entre les cheveux, squames que l'on trouve aussi sur les vêtements lorsqu'ils n'ont pas été brossés depuis quelque temps. Il s'agit là de ce que l'on appelle vulgairement les pellicules, de ce que nous appelons le pityriasis du cuir chevelu; c'est l'alopécie pityriasique. De même, si la malade a du favus, le diagnostic se fait avec la plus grande facilité.

Le deuxième groupe d'alopécies, ou alopécies sans cause apparente, comprend cinq espèces : 1° l'alopécie sénile précoce ou non; 2° l'alopécie de la convalescence des maladies graves; 3° l'alopécie cachectique; 4° l'alopécie syphilitique, naturellement quand il n'y a pas de lésions, et, enfin, 5° l'alopécie d'une maladie discutée, la pelade, qui, certainement contagieuse en certains cas, est non moins certainement d'origine nerveuse dans d'autres.

Parmi toutes ces alopécies, la sénile est une des plus connues. Elle est physiologique, car elle dérive de l'âge, de la détérioration de nous-mêmes. Son époque d'apparition est l'âge moyen de 35 à 40 ans; cependant elle n'a pas de début fixe et se produit plus tôt chez les uns, plus tard chez les autres comme tous les phénomènes de sénescence. Il y a des vieillards tardifs ou précoces, et toutes les différences se rencontrent dans la nature. Dans certains cas rares, des gens parvenus à un âge très avancé conservent une chevelure abondante avec la coloration qu'elle avait dans la jeunesse. A 90 ans, mon maître, M. Ricord, avait encore à peu près autant de cheveux que lorsque j'étais son interne trente-quatre ans plus tôt; ils étaient châtains avec à peine quelques fils d'argent. Il est plus commun de voir les cheveux, tout en étant très abondants, devenir absolument blancs, et tous les ateliers de peinture ont des modèles qui posent pour la tête du Père Eternel. Vous avez tous vu des photographies de Chevreul qui, à 102 ans, avait encore des touffes hérissées de longs cheveux blancs. On peut conclure, de tout cela, que l'alopécie sénile ne connaît pas d'âge, d'autant plus qu'elle peut apparaître bien avant la vieillesse, être précoce et prématurée. Cette alopécie très précoce résulte très souvent de l'existence de la diathèse goutteuse; il est des fils de goutteux, non goutteux, qui sont chauves. J'ai, parmi mes amis, un homme dont le père était très goutteux, la mère eczémateuse, et qui, lui-même, n'est pas goutteux, mais commença à perdre ses cheveux à 20 ans et était chauve à 25 ans.

L'alopécie est encore très facilement entraînée par toute cause débilitante à action prolongée, quelle qu'elle soit. C'est ainsi qu'agissent les quatre grands surmenages : excès de travail, excès génitaux, excès de table, et, par dessus tout, excès de veille. L'alopécie est commune chez les penseurs, les travailleurs et les savants, bien que, parmi les excès, ce soient encore ceux de travail qui épargnent le plus la chevelure. Thiers, Victor

©BIU Santé

Hugo, Guizot, Michelet, Balzac n'étaient pas des chauves; au contraire, le surmenage des gens du monde, des vivours, des noceurs, pour les appeler par leur nom, est très facilement accompagné de la perte des cheveux. Allez à l'Opéra un jour de grande réprésentation, à la première d'un nouveau ballet, par exemple : si d'une loge vous regardez les abonnés assis aux fauteuils, vous serez stupéfaits du nombre considérable de crânes chauves que vous apercevrez.

Je m'empresse de dire que les fatigues, la misère, les soucis, les préoccupations, l'emprisonnement, peuvent conduire aussi à la calvitie précoce.

La calvitie dite sénile est encore mal connue dans quelques points de son histoire. Pourquoi est-elle si fréquente chez l'homme et si rare chez la femme? Pourquoi, dans certaines familles, se transmet-elle de proche en proche, semble-t-elle être héréditaire? On ne peut donner de réponses satisfaisantes à ces questions. Il faut simplement remarquer que tous les gens chauves ont facilement un sentiment marqué de chaleur à la tête, qui arrive parfois à être très gênant; aussi peut-on dire que, dans la rue, les gens qui se découvrent sont surtout les gens chauves.

Quels sont les caractères de cette alopécie sénile? Ils sont au nombre de trois : 1° elle est lente, progressive et ne se produit que peu à peu; 2° elle est systématisée et se circonscrit à la région antéro-supérieure du crâne; c'est ainsi qu'elle commence au sinciput, puis progresse en avant de telle façon que le vertex arrive à se continuer avec le front sans ligne de démarcation et qu'on a alors ce que l'on appelle vulgairement le *genou*. Tandis que les parties antéro-supérieures se dégarnissent ainsi, les parties latérale et postérieure conservent leurs cheveux à peu près complètement; 3° enfin cette alopécie est remarquable par sa symétrie. Elle est absolument régulière, élégante de forme pour ainsi dire; la partie dénudée ne descend pas à gauche à un millimètre plus bas qu'à droite. Aussi cette alopécie ne choque-t-elle pas la vue comme celle de la pelade, par exemple, et donne-t-elle à la physionomie une expression de sagesse et d'expérience, une sorte de beauté sévère que la statuaire a reproduite dans la tête bien connue d'Eschyle.

L'alopécie de la convalescence a, comme caractère principal, de se produire, non dans le cours, mais à la suite des maladies. Après la fièvre typhoïde elle est un fait habituel, même quand la maladie n'a pas été très grave. On l'observe aussi après les fièvres éruptives, surtout la scarlatine; après l'érysipèle, le typhus et les grandes maladies aiguës en général. Quelquefois elle reconnaît pour cause un accident, comme une grande hémorrhagie qui a mis la vie en danger. Enfin il faut lui rattacher l'alopécie qui se produit à la suite d'un acte physiologique, celui de l'accouchement; cette alopécie de l'accouchement, qui s'observe même quand l'acte a été absolument normal, apparaît après un temps variant de quelques semaines à plusieurs mois et ressemble beaucoup à celle de la vérole.

L'alopécie de la convalescence a quatre grands caractères : 1° elle se produit rapidement, en quelques semaines; 2° elle est généralisée, occupe tout le cuir chevelu; 3° elle est modérée et, quoique parfois intense, n'entraîne jamais une dénudation complète; 4° elle est réparable. Dans la jeunesse, la réparation peut être complète, intégrale; mais, quand l'âge est plus avancé, la chevelure est toujours moins belle après la maladie qu'avant.

La pathogénie de ces alopécies de convalescence est très nette; il s'agit

©BIU Santé

d'un trouble nutritif que la maladie produit dans les tissus et qui existe pour les cheveux comme pour les ongles, sur lesquels on observe, comme vous le savez, le sillon unguéal.

L'alopécie cachectique se produit après toutes les affections cachectisantes; telles sont la phthisie pulmonaire, toutes les formes de tuberculose, le cancer, la cirrhose, etc. Elle est généralisée, disséminée et affecte le cuir chevelu dans son ensemble. De plus, elle ne se borne pas à faire tomber les cheveux, mais compromet la vitalité de ceux qui restent; ces derniers deviennent ternes, cassants, pulvérulents; ils ressemblent à des cheveux morts. L'alopécie cachectique peut être expliquée par différents ordres de causes. En premier lieu, les cheveux restent incultes, ne peuvent être soignés pendant les maladies graves. Ensuite ces maladies s'accompagnent d'un état pityriasique généralisé, *pityriasis tabescentium* qui s'étend aussi au cuir chevelu. Enfin la nutrition est compromise dans son ensemble.

La physiologie est là pour nous montrer l'influence de ces troubles de la nutrition sur les poils. Chez les animaux inanitiés, on voit, en même temps que se produisent d'autres phénomènes dont je n'ai pas à m'occuper ici, les poils devenir secs, ternes, pulvérulents, et enfin tomber. Dans une expérience, Magendie a nourri des chiens avec du fromage et de l'eau; les animaux ne moururent pas, mais, en même temps qu'ils présentaient de l'affaiblissement général, leur pelage tombait et la dépilation finit par être à peu près complète.

Dans la prochaine séance, nous étudierons en détail l'alopécie syphilitique en la comparant à celles dont nous venons de tracer rapidement le tableau.

(A suivre.)

BIBLIOTHÈQUE

DU DROIT DE RÉQUISITION DES MÉDECINS-EXPERTS PAR LA JUSTICE (rapport présenté à la Société de médecine légale de France), par M. S. HORTELOUP. — Paris, J.-B. Baillière, 1890.

Voici les conclusions de cet important rapport :

I. En l'état actuel de la législation, les réquisitions ou commissions de la justice ne sont obligatoires pour les experts que dans les cas de flagrant délit ou assimilés au flagrant délit. La sanction de cette obligation est inscrite dans l'article 475, § 12, et, en cas de récidive, dans l'article 478 du Code pénal.

II. Il y a flaglant délit lorsqu'un fait passible d'une peine afflictive ou infamante se commet actuellement ou vient de se commettre, lorsque le prévenu d'un fait de cette nature est poursuivi par la clameur publique ou qu'un individu est trouvé saisi d'objets faisant présumer qu'il est auteur ou complice d'un fait de cette espèce, pourvu que ce soit dans un temps voisin du crime. Est assimilé au flagrant délit le cas où un chef de maison requiert la constatation, à l'intérieur de cette maison, d'un crime ou même d'un simple délit flagrant ou même non flagrant.

III. Il y a lieu de reviser le tarif établi par le décret du 18 juin 1811, en ce qui concerne les experts ou de relever notablement les honoraires qui leur sont alloués.

IV. Il est nécessaire, pour sauvegarder les intérêts de la justice et ceux des accusés :

1° D'assurer l'instruction spéciale des experts par l'organisation d'un enseignement professionnel approprié;

2° D'instituer un diplôme spécial aux médecins et chimistes experts, délivré par le ministre de l'instruction publique après examen subi devant les professeurs des Facultés de médecine et fournissant la preuve de cette instruction. — P. N.

©BIU Santé

Recherches expérimentales sur les causes de l'exagération vespérale de la température normale, par le docteur E. Maurel. — Paris, O. Doin, 1889.

L'auteur pose les conclusions suivantes : Chez les lapins,

1° On peut à volonté déplacer le maximum de la température nychthémérale et le faire passer du soir au matin, et réciproquement. Il suffit, pour cela, de modifier les conditions d'existence de l'animal;

2° Ce maximum de température varie de 0°5 à 0°9.

3° Trois influences concourent à le produire : le repas, l'éclairage, le mouvement;

4° De ces trois influences, c'est celle du repas qui est la plus importante. Elle l'est à ce point que, même opposée aux deux autres, elle n'en conserve pas moins la prépondérance. Elle se traduit par une différence de 0°3 à 0°5 de degré;

5° L'influence de l'éclairage est manifeste, mais elle ne se traduit que par 0°2 de différence.

Cette influence elle-même, il faut l'avouer, est complexe. On peut se demander, en effet, si, dans l'influence du jour, c'est celle de la lumière ou bien celle de la chaleur qui peut l'emporter. Les deux y concourent probablement; mais, sans que je puisse être affirmatif, je pense que c'est celle de la lumière qui l'emporte. A la Guadeloupe, en effet, les températures du jour et celles de la nuit ne diffèrent que de quelques degrés.

6° L'influence du mouvement s'est traduite également, dans mes expériences, par 0°2 environ. Mais je la crois variable, et je pense qu'à l'état de pleine liberté, elle pourrait dépasser ces faibles proportions;

7° Les autres influences que l'on pourrait invoquer pour expliquer l'exagération vespérale de la température normale ne me paraissent jouer qu'un rôle tout à fait secondaire. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 novembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Landouzy (de Paris) qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale;

2° Un pli cacheté sur le traitement de la tuberculose, adressé par M. le docteur Bourgois;

3° Une note sur le traitement de la tuberculose, diphthérie, scrofule et syphilis, par M. le docteur Stassinopoulos.

Election d'un membre titulaire. — Votants : 71. — Majorité : 36. — M. Périer, 67 voix. (Elu). — MM. Berger, 1 voix. — Horteloup, 1 voix. — Lucas-Championnière, 1 voix. — Bulletin blanc, 1.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 novembre. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Phlegmon rétro-laryngé. — Tic spasmodique du voile du palais. — Dermographie et simulation. — De l'érythème noueux des enfants.*

M. Rendu communique l'observation d'un cas de phlegmon pharyngo-laryngé, semblable à ceux que M. Merklen a étudiés dans une précédente séance. Cette observation lui est adressée par M. le docteur Culot (de Maubeuge). Il s'agit d'un homme de 36 ans qui, après une journée de fatigue, prit froid. La nuit, il s'éveilla en proie à une gêne extrême de la respiration et à une douleur assez vive de la gorge. Pendant les deux jours qui suivirent, la dysphagie et la gêne respiratoire augmentèrent. Le troisième jour, le

©BIU Santé

malade expectora un peu de pus; son haleine était très fétide; sa température dépassait 39° et il avait du délire; les urines contenaient de l'albumine. La rate ne fut pas examinée. Un léger empâtement commençait à se montrer dans la région sus-claviculaire. Le lendemain, les frissons, le délire avaient augmenté, l'asphyxie devenait menaçante. M. Culot fit alors au-dessus du muscle omoplate hyoïdien une incision qui donna issue à 60 ou 80 grammes d'un pus noirâtre, extrêmement fétide. Les suites de l'opération furent excellentes; le jour même l'état général du malade s'améliora considérablement, les symptômes inquiétants disparurent; au bout de quelques semaines, la guérison était complète.

M. Rendu pense, avec M. Culot, que, dans tous les cas de phlegmon pharyngo-laryngé, on doit aller à la recherche du pus; et même, vu la gravité des accidents, qui ne permettent pas la temporisation, on doit intervenir alors que l'on n'a trouvé aucun foyer. Dans quelques cas, la trachéotomie rendra de réels services en donnant plus de temps pour préparer cette intervention.

— M. Legroux : M. Dieulafoy a présenté tout récemment un malade atteint de tic spasmodique du voile du palais. Ces cas sont très rares. En voici cependant un autre exemple. Un syphilitique, que M. Legroux a soigné avec M. Fournier il y a quelques années, eut d'abord une hémiplégie droite avec aphasie, que guérit le traitement spécifique. Il eut ensuite une ataxie locomotrice à forme aiguë qui guérit de la même manière. Quelque temps après, il fut pris d'un tic spasmodique du voile du palais, qu'il a conservé depuis cette époque. C'est un mouvement clonique, rhythmé, non isochrone aux pulsations artérielles, une sorte de *nystagmus* du voile ; la luette se déplace latéralement. Dans le cas de M. Dieulafoy, le déplacement se faisait d'avant en arrière. Ce tic n'occasionne aucun trouble de la parole ni de la déglutition.

— M. Féréol vient mettre les membres de la Société en garde contre un adroit simulateur. C'est un hystérique « dermographe » dont le principal moyen d'existence est le séjour à l'hôpital. Ce malade peut, en se piquant avec les dents d'une fourchette, produire une rubéfaction intense, ressemblant à celle de la rougeole; en se frottant avec une brosse, il a l'éruption scarlatineuse.

C'est ainsi qu'à plusieurs reprises, après s'être donné par un moyen quelconque un léger mouvement fébrile, il s'est fait admettre très facilement dans de nombreux services. Or, il y a quelque temps, il entra dans le service de M. Duguet, qui découvrit la ruse et lui fit faire des aveux complets. L'observation de ce malade a été publiée dans le journal la *Nature*. C'est un hystérique doublé d'un alcoolique; il a eu autrefois quelques crises, il présente de l'anesthésie pharyngée et des troubles du sens des couleurs; ainsi il n'a pas la préception du vert, qu'il confond avec le rouge.

— M. Comby : L'érythème noueux est une affection très rare chez les enfants. Sur des milliers de petits malades, 16 cas seulement ont été observés en sept ans par M. Comby. Cette rareté est comparable à celle du zona, et l'on peut dire que, sur 1,000 enfants malades, on rencontre un cas d'érythème noueux et un cas de zona.

Relativement au sexe, dix fois l'affection a frappé des garçons et six fois des filles; mais on ne peut point d'après cela attribuer une plus grande prédisposition au sexe masculin. M. Comby a, bien entendu, éliminé une variété de l'affection, érythème induré de Bazin, qui ne s'observe que chez les filles et qui est apyrétique.

Au point de vue de l'âge, il est extrêmement rare de rencontrer l'érythème noueux dans la première enfance (un seul cas à quatorze mois); à partir de trois ans la fréquence augmente ; 12 des 16 cas de M. Comby ont été observés sur des enfants de cinq à onze ans.

Rien de précis sur les conditions étiologiques ; à remarquer cependant un cas dans la convalescence d'une grippe et un cas chez une petite fille atteinte depuis longtemps d'une diarrhée rebelle. Quant aux relations, que l'on a souvent signalées, de l'érythème noueux avec le rhumatisme, M. Comby ne les a jamais observées. Quelques malades ont bien accusé des douleurs vagues, assez légères, ne survivant pas à la maladie, sorte de pseudo-rhumatisme lié à l'érythème noueux, mais ne présentant aucun des caractères de la maladie rhumatismale véritable.

©BIU Santé

Quelques auteurs ont aussi décrit un érythème noueux palustre, atteignant les enfants seulement. Mais dans ces cas on a affaire à de l'érythème polymorphe et non à de l'érythème noueux. Cette affection ne présente donc aucune relation avec les autres affections de l'enfance et de plus l'influence héréditaire n'a jamais été notée. On peut donc la considérer comme une entité morbide, évoluant à la façon d'une fièvre éruptive.

Chez les 16 malades de M. Comby, la symptomatologie a toujours été très nette; toujours l'éruption a été simple, et non mêlée à d'autres éruptions. Le début de l'affection se fait par une phase prodromique très appréciable, durant ordinairement deux ou trois jours, quelquefois huit et quinze, caractérisée par de la fièvre, du malaise, de la courbature, de l'anorexie, une langue saburrale, de la constipation, en un mot tous les signes de l'embarras gastrique fébrile. L'exaspération vespérale de la fièvre est très accentuée, de telle sorte que l'on pourrait croire à une fièvre intermittente quotidienne; dans un de ces cas, M. Comby avait même prescrit le sulfate de quinine.

En même temps, la lassitude, l'abattement sont extrêmes. Ces signes survivent quelquefois longtemps à l'affection, qui laisse après elle une anémie très prononcée.

Après la période prodromique, les nodosités érythémateuses se montrent le plus souvent aux membres inférieurs où elles occupent la crête du tibia, la face interne, quelquefois la face externe de la jambe. Quelquefois aussi elles apparaissent au-dessus du genou. Dans deux cas enfin, M. Comby en a trouvé sur les quatres membres. Les nodosités qui siégeaient aux avant-bras — c'est leur siège de prédilection sur les membres supérieurs — étaient alors aussi volumineuses que celles des membres inférieurs. On ne peut donc admettre la théorie de la « déclivité » pour expliquer l'apparition plus fréquente des nodosités aux jambes.

Ordinairement l'éruption se fait en une seule poussée, et la guérison commence au bout de huit à dix jours; quelquefois il y a deux ou trois poussées successives et l'affection dure alors deux ou trois semaines. Enfin, dans un cas, M. Comby a constaté une récidive à un an d'intervalle. Les nodosités siégaient aux membres inférieurs dans la première attaque, aux quatre membres dans la deuxième; mais, dans cette dernière, les nodosités étaient bien peu érythémateuses et bien peu douloureuses; il s'agissait d'une petite fille; on peut donc faire des réserves et se demander si cette deuxième atteinte n'était pas de l'érythème induré de Bazin.

La convalescence de l'érythème noueux est généralement, chez les enfants, beaucoup plus longue que la maladie elle-même. L'organisme tout entier semble avoir été atteint, et l'anémie, l'amaigrissement, l'anorexie persistent pendant plusieurs semaines. Dans tous les cas, cependant, l'évolution est simple et le pronostic bénin. Chez les enfants, en effet, on ne voit pas survenir ces complications qui ont été signalées chez l'adulte, entre autres la péricardite et l'endocardite, et qui avaient porté plusieurs auteurs, dont Trousseau et Talamon, à considérer l'érythème noueux comme une maladie générale infectieuse.

Le diagnostic est très facile. Comme traitement, M. Comby prescrivait le repos, un liniment calmant, des toniques, des reconstituants.

M. Legroux : La communication de M. Comby est la confirmation de la description classique de l'érythème noueux des enfants. Mais il s'éloigne de l'opinion classique lorsqu'il nie les relations de cette affection avec le rhumatisme. Or, dans l'érythème noueux, non seulement il y a très souvent des douleurs articulaires, mais encore l'action du salicylate de soude sur les nodosités est extrêmement nette. L'érythème noueux doit donc être rattaché à la maladie rhumatismale.

Quant au rôle de la déclivité, il est manifeste, car, lorsque les nodosités siègent aux quatre membres, celles des membres inférieurs ont une teinte beaucoup plus ecchymotique.

M. Hayem : Le travail de M. Comby soulève des considérations générales sur la pathogénie des affections cutanées.

Il y a quelques années, M. Bouchard a fait remarquer la fréquence de certaines affections cutanées, purpura, acné, urticaire, dans la dilatation de l'estomac. Or, M. Hayem, ayant observé ces éruptions chez des malades qui, sans être « dilatés », présentaient des

©BIU Santé

altérations du chimisme stomacal, pense que tout ce qu'a dit Bouchard, pour la dilatation gastrique dans la pathogénie des affections cutanées, peut s'appliquer à la dyspepsie en général. La dyspepsie produit donc l'acné, le purpura, l'urticaire. Ne pourrait-on pas se demander si l'érythème noueux n'est pas dû, lui aussi, à des fermentations anormales de l'estomac et de l'intestin?

M. Barrié : Dans un travail publié il y a dix ou douze ans en Allemagne, les relations de l'érythème noueux avec la tuberculose étaient très nettement établies pour un certain nombre de cas. M. Comby a-t-il observé cette relation?

M. Hallopeau se prononce contre la parenté de l'érythème noueux avec le rhumatisme. Dans bien des cas, le salicylate de soude échoue complètement contre les nodosités.

M. Ollivier : L'érythème noueux des enfants n'est point aussi rare qu'on l'a dit. De plus, sa fréquence, qui augmente avec l'âge, augmente en même temps que la fréquence du rhumatisme. Les relations avec le rhumatisme paraissent, en effet, indiscutables. M. Ollivier a même observé plusieurs cas d'érythème noueux dans le cours d'une chorée rhumatismale.

M. Laveran est étonné d'entendre contester les rapports de l'érythème noueux avec le rhumatisme. Quant à ses relations avec les fièvres paludéennes, on peut les considérer comme fort douteuses. Sur des milliers de cas d'impaludisme observés en Algérie, M. Laveran n'a jamais vu l'érythème noueux.

M. Rendu confirme l'opinion de MM. Legroux, Ollivier et Laveran. Quand on connaît bien les antécédents des malades, on voit que l'érythème noueux appartient à la série arthritique. En outre, cette affection survient très souvent dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

M. Comby répond à M. Barrié que la relation avec la tuberculose n'existait pas, sauf peut-être dans le cas de cette petite fille qui souffrait depuis longtemps d'une diarrhée rebelle; celle-ci était peut-être due à une tuberculose intestinale. Il pense, avec M. Hayem, que des recherches sur le rôle de la fonction gastrique dans l'érythème noueux seraient très intéressantes.

Quant aux rapports avec le rhumatisme, M. Comby persiste dans son opinion, malgré l'autorité des opposants, et reste convaincu que l'érythème noueux est une entité morbide; la coïncidence avec le rhumatisme peut se produire, mais il n'y a pas pour cela nécessairement relation entre les deux affections.

De quelques nouvelles médications.

De la pyoctanine dans les maladies de la gorge. (*Journ. de méd. de Paris*, 1890, p. 630.)

Se basant sur les travaux de Shilling sur l'emploi des couleurs d'aniline comme antiseptiques, Bresgen a essayé la pyoctanine dans 18 cas de cautérisations nasales pour influencer favorablement l'inflammation et la suppuration post-inflammatoires.

La pyoctanine bleue sous forme de tablette fut employée en solution de 2 : 1,000. Immédiatement après la cautérisation, on badigeonnait la muqueuse avec de l'ouate imbibée de cette solution.

Le résultat de ce traitement consistait dans une diminution de l'inflammation et des douleurs, mais la sécrétion purulente, bien que diminuée, ne fut pas complètement évitée.

Dans plusieurs cas d'affections rétro-nasales, la pyoctanine employée après des cautérisations du recessus median semblait tarir la sécrétion purulente plus vite que ne faisait le traitement habituel.

Dans un cas de sécrétion abondante provenant de la paroi postérieure du larynx, l'attouchement avec de l'ouate imbibée d'une solution de pyoctanine aurait considérablement diminué la formation des croûtes desséchées. — P. C.

©BIU Santé

ARSÉNIATE DE CUIVRE DANS LES MALADIES AIGUES DES INTESTINS, par le docteur AULDE. (*Med. News.* et *Bull. méd.* 1890, 28.)

L'auteur recommande ce sel contre toutes les affections intestinales aiguës jusqu'à la dysenterie et le choléra. Les résultats les plus favorables ont été obtenus par lui, surtout au début de la maladie, quand le processus inflammatoire n'était pas propagé aux les tissus sous-jacents. Si la maladie n'est pas au début, il faut administrer, avec l'arséniate de cuivre, de l'opium à petite dose. Si l'on donne de l'arséniate de cuivre seul, le meilleur mode d'administration est de donner des petites doses, mais souvent répétées. Dans un cas de choléra asiatique, la dose journalière était de 0 gr. 0006, dissous dans 120 à 180 gr. d'eau, à prendre toutes les dix minutes une cuillerée à café, puis toutes les demi-heures, puis toutes les heures. L'auteur recommande aussi des pastilles à un centième et à un cinq-centième de gramme d'arséniate de cuivre. Il a reçu cinquante lettres de différents médecins, qui ont expérimenté avec succès l'arséniate de cuivre.

P. C.

FORMULAIRE

COLLUTOIRE CONTRE LA DIPHTHÉRIE. — Veillard.

Alcoolature d'eucalyptus	ää 4 grammes.
Alcoolature de feuilles de noyer	
Acide salicylique	ää 3 —
Borate de soude	
Glycérine pure	60 —

F. s. a. une solution, avec laquelle on touche les plaques diphthéritiques. — N. G.

COURRIER

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus de cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just, par Marennes (Charente-Inférieure).

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — *Consomption.* — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

SBIU 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Le traitement de Koch. — III. H. Stapfer : Revue trimestrielle d'obstétrique et de gynécologie. — IV. Bibliothèque : Traité des poisons. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie. — VIII. Formulaire.

BULLETIN

La guérison de la tuberculose.

Les réserves que nous avons exprimées dans nos précédents articles, relativement au nouveau traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, sont de plus en plus justifiées par les nouvelles que nous adressent les correspondants des journaux envoyés à Berlin, la *Semaine médicale* surtout. Les contre-indications au traitement augmentent, ainsi que les cas de mort, et les récidives des premiers cas prétendus guéris apparaissent.

On commence à comprendre qu'il y a un certain danger à vouloir traiter tous les tuberculeux, indépendamment des exceptions déjà faites pour ceux atteints de phthisie avancée avec grandes cavernes. On semblait avoir oublié que la tuberculose est une maladie générale, *totius substantiæ*, comme disaient nos anciens; ses foyers sont multiples, disséminés dans tous les organes, où ils peuvent rester latents pendant une durée plus ou moins longue. Alors qu'on ne vise qu'un seul de ces foyers, l'injection de la *lymphe* de Koch ayant pour effet de provoquer dans tous une conges-

FEUILLETON

CAUSERIE

C'est bien dommage que mes maigres ressources pécuniaires et bien d'autres raisons ne m'aient pas permis d'aller à Berlin, moi aussi. J'en aurais rapporté des caucans à remuer à la pelle et des sujets de causerie à ne savoir qu'en faire. Pensez donc! Il y a en ce moment à Berlin des milliers de médecins venus de tous les pays du monde, qu'on fait passer par séries de 3 à 500 dans les amphithéâtres où les collaborateurs de M. Koch et les divers professeurs de clinique leur exposent les détails qui peuvent les intéresser sur la nouvelle méthode, et leur font voir comment on pratique les injections. Comme on doit s'amuser à les entendre jacasser, faire leurs réflexions sur ceci, cela, etc.!

Tous sont là autour des moniteurs, tenus à une distance respectueuse par des barrières en fer ou en bois, afin de ne pas gêner les opérateurs, ce qui est bien naturel, n'est-ce pas? D'aucuns, espérant pouvoir bénéficier d'un tour de faveur pour avoir la précieuse lymphe, font des pieds et des mains pour soudoyer un préparateur; un d'eux a été même jusqu'à offrir 5,000 marks d'un petit flacon de 2 grammes, mais sans parvenir à l'obtenir. Et il n'aurait pas fait un mauvais marché, puisque, à 300 marks l'injection, il se serait fait ainsi un petit bénéfice de 300 × 4,000 = 1,200,000 marks — 5,000 = 1,195,000 marks.

©BIU Santé

tion intense, il peut en résulter des accidents plus ou moins graves, suivant les organes atteints. Que le cerveau, le rein, le péritoine, etc., présentent des noyaux tuberculeux, et la congestion intense qui s'emparera de ces organes pourra fort bien entraîner la mort. On conçoit qu'il puisse en être de même si le poumon est envahi par la tuberculose miliaire, souvent difficile à diagnostiquer, ou si le larynx présente une infiltration tuberculeuse étendue.

Nous avons cité, dans notre dernier numéro, des cas de ce genre observés par le docteur Lévy; l'un était désespéré, soit; mais enfin cela indique qu'on ne saurait être trop prudent.

Aussi tous les médecins qui entourent Koch, et qui exposent sa méthode aux nombreux confrères étrangers accourus de toutes parts, insistent-ils sur les précautions à prendre envers les injectés. Il ne faut faire d'injections qu'à intervalles de cinq jours, les répéter jusqu'à ce qu'il ne survienne plus de réaction caractéristique; surveiller les injectés pour pouvoir parer aux accidents qui peuvent survenir du côté du poumon et du larynx, et, dans ce dernier cas, pratiquer le tubage de la glotte et la trachéotomie. Aussi le traitement des malades à domicile est-il à peu près impossible, à moins que le médecin ne puisse mettre auprès d'eux, pendant la période de réaction, un aide expérimenté.

Les cas de mort sont peut-être encore plus nombreux qu'on ne le dit. En tout cas, les autopsies ne sont pas toujours faites. Ainsi, à l'hôpital de la Charité, le directeur du service des autopsies s'est plaint de n'avoir pas été prévenu du décès des malades morts à la suite du traitement de Koch, malgré l'intérêt que présentaient les tissus de ces tuberculeux.

Certains lupus qui passaient pour guéris ont été atteints de récidive; on cite des malades de Bergmann, de Lévy, de Köhler qui seraient dans ce cas, après une guérison apparente d'une quinzaine de jours. M. Köhler pense que ces récidives sont dues aux bacilles enfermés dans le derme par suite de la cicatrisation; comme ces bacilles ont conservé toute leur virulence, ils ont fini par envahir les tissus voisins. Peut-être aurait-il

---

Comment, 300 marks une injection! — Mais oui, mon cher, pas un pfennig de moins. — Mais, d'où tenez-vous ce détail? — Mais du *Bulletin médical*, qui cite le fait avec toutes les apparences de l'authenticité la plus sérieuse. Un malade, en résidence à Davos, voulait entrer à la policlinique du docteur Lévy, vous savez, celui dans le service duquel ont été faites les premières expériences *in anima Germanorum*. Donc ce malade écrivit à M. Lévy pour lui demander combien on lui prendrait pour le guérir. 1,250 francs par semaine, lui fut il répondu. « Epatement du monsieur, qui écrivit de nouveau, pour savoir s'il ne s'était pas trompé. — Mais pas du tout, répondit un secrétaire; le docteur est tellement occupé qu'il ne sait où donner de la tête; sa clinique est pleine à regorger, aussi ne fait-il pas une injection à moins de 300 marks. » Or, comme le flacon de 2 grammes que M. Koch fournit à raison de 25 francs peut fournir 4,000 injections, cela fait rapporter au propriétaire du flacon 1,200,000 marks, comme j'avais l'honneur de vous le dire tout à l'heure.

— Mais alors, cher Simplissime, qu'est-ce que vous pensez de cela? Voilà une grande découverte; çà, c'est certain; mais voilà aussi, autour de Koch, ses assistants immédiats qui louent un hôtel entier pour y soigner des tuberculeux à très haut prix; voilà d'autre part un assistant immédiat qui en fait autant dans sa clinique. Est-ce qu'il ne vous semble pas que tout cela ressemble beaucoup à une spécialité pharmaceutique dont on voudrait cacher la formule pour en conserver le monopole, afin de gagner beaucoup d'argent? — Hein, qu'est-ce que vous en pensez?

— Ma foi, vous pourriez bien avoir raison et j'avoue que ça m'ennuie bien un peu,

©BIU Santé

fallu continuer les injections pour assurer la guérison. Mais il lui paraît plus sûr d'avoir recours à la curette tranchante, au raclage par les procédés classiques. Les points tuberculeux ainsi mis à nu pourront s'éliminer plus facilement sous l'influence du remède, et l'on pourra ainsi compter sur la guérison. Celle-ci ne pourrait se produire vraisemblablement sous l'influence de la *lymphe* seule que s'il n'y avait que des lésions absolument superficielles. »

Cet emprisonnement des bacilles constitue donc un des gros écueils de la méthode. Sous l'influence des injections, les tissus tuberculeux se congestionnent d'abord, puis sont frappés de nécrose. Pour qu'ils deviennent inoffensifs, il faudrait qu'ils fussent éliminés, car l'enkystement ne constitue souvent qu'une guérison temporaire. En effet, les bacilles conservent leur virulence; celle-ci peut disparaître, mais au bout d'un temps fort long dont on ne connaît pas la limite; les récidives peuvent donc se montrer si une fissure accidentelle se produit dans la capsule. Donc, le meilleur processus de guérison est l'élimination des tissus tuberculeux.

Dans le poumon, alors qu'il existe des cavernes ouvertes, l'élimination peut avoir lieu, bien qu'elle soit difficile, lorsque les parties nécrosées sont volumineuses ou que les cavernes présentent des anfractuosités. Mais lorsqu'on a affaire à une tuberculose articulaire ou affectant un organe interne, l'élimination spontanée est impossible. Alors surgit une nouvelle conception, qui va élargir encore le champ de la médecine opératoire.

Pour donner issue aux bacilles, il faudra, après avoir fait l'injection de lymphe, pratiquer diverses opérations : racler les lupus; réséquer les articulations malades; extirper les ganglions; trépaner les os : au lieu de chercher la réunion par première intention, on bourrera la plaie opératoire avec des tampons aseptiques; le malade aura reçu une injection avant l'opération, et de la sorte on pourra espérer que la réaction curative déterminera une élimination complète et rapide des bacilles. Il est même question déjà d'ouvrir par la paroi thoracique les cavernes pulmonaires bien

---

parce que je ne vois pas trop ce que la science a à gagner à ces tripotages; mais, après tout, nous savons tous que les Allemands sont si scrupuleux, si désintéressés, d'une telle loyauté dans leurs travaux scientifiques, qu'ils rendent une si parfaite justice en toute occasion aux savants étrangers, que je suis tout disposé à croire qu'il n'y a pas un mot de vrai dans les renseignements fournis par le *Bulletin médical*. Tout cela pourrait bien n'être qu'une élucubration d'un reporter à court de nouvelles. Ils sont si capables de tout inventer, ces gens-là.

— Vous plaisantez, Simplissime! — Mais non, je vous assure! — Mais si, mais si, je vous assure! — Enfin, rira bien, qui rira le dernier.

* * *

En attendant que je rie, je dois vous dire que j'admets très bien qu'un médecin se fasse rémunérer de ses soins, et que je ne trouve pas du tout exagéré qu'on se fasse payer 10,000 francs pour avoir guéri un tuberculeux, alors que certains chirurgiens demandent autant, et même plus, pour extirper un kyste de l'ovaire. Mais ce que je trouve blâmable, c'est de demander une si forte somme pour expérimenter un médicament sur un malade, car en somme on n'a encore guéri *définitivement*, *sûrement*, aucun tuberculeux, et ceux à qui on injecte en ce moment la fameuse lymphe sont purement des sujets en expérience. Leur faire payer de la sorte une simple expérimentation, c'est raide, mais vous savez, *vulgus vult decipi*. Aussi se précipite-t-il en foule à Berlin, dans l'espoir d'avoir une injection de la précieuse lymphe, persuadé qu'une seule suffit pour

©BIU Santé

circonscrites et difficiles à évacuer. Ce sera donc plus que jamais « l'heureuse alliance de la médecine et de la chirurgie » que rêvait Lisfranc.

Dans les cas de tuberculose pulmonaire à évacuation entravée, les récidives sont presque fatales. En effet, dit le rédacteur de la *Semaine*, dans ces cas, « les fragments des tissus mortifiés et les bacilles qui y sont contenus séjournent indéfiniment dans le poumon. Ces bacilles, bien qu'affaiblis dans leur vitalité, peuvent cependant, à un moment donné, réinfecter le malade dès que l'action du remède de Koch aura été épuisée. En effet, on a observé des cas dans lesquels des malades qui avaient cessé de réagir au liquide de Koch, et qui, par conséquent, passaient pour guéris, commençaient, au bout d'un certain temps, à réagir de nouveau aux injections par une élévation caractéristique de la température».

D'autres restrictions doivent encore être faites aux premières déclarations de Koch. On sait que, d'après lui, tous les tuberculeux auxquels on injectait la lymphe devaient présenter la réaction caractéristique, et que les tuberculeux seuls devaient la présenter. Or, M. Rémond nous apprend que dans le service de Köhler on a vu des sujets non tuberculeux présenter la réaction après l'injection, et le docteur Dikschen, médecin militaire, a vu un tuberculeux chez lequel l'injection n'a rien produit. « *Cet homme, dont les crachats contenaient de nombreux bacilles, n'a eu, malgré tout ce que l'on a pu faire, aucune réaction.* Cela ne tenait pourtant pas à la solution, qui a produit, chez d'autres malades, les effets habituels. »

Mais maintenant on invoque l'idiosyncrasie. Tous les malades ne réagiraient pas de la même façon ; chez les uns, la réaction se produit au bout de deux heures ; chez les autres, de cinq heures, de dix heures, etc. ; elle est plus forte chez les uns que chez les autres, avec la même dose ; une même dose peut agir chez les uns et rester inactive chez les autres, etc.

Voici donc encore bien des points obscurs, mais ceux que nous venons de signaler, s'ils ne sont que des exceptions, tendent du moins à prouver que la règle posée par Koch en comporte quelques-unes comme toutes les règles dites générales. Peut-être en verra-t-on encore d'autres survenir.

---

la guérison. C'est par centaines de milliers qu'il afflue dans la capitale de l'Allemagne.... *Ergo decipiatur!* Mais pour Dieu, journalistes mes confrères, qui êtes cause de cet exode de tuberculeux, par vos articles enthousiastes, empruntez de nouveau les cent bouches de la Renommée pour les empêcher de continuer à s'entasser dans les hôtels de Berlin, où ils ne trouveront certainement pas la guérison de leurs maux — à moins que ce ne soit à la faveur d'une bonne pneumonie, car il commence à faire un peu froid.

***

Encore d'autres qui veulent être trompés ; ce sont ceux qui croient à la vertu des femmes chez les M'zabites.

C'est que le M'zabite ne plaisante point en matière de vertu féminine. La loi qui lui défend de se marier avec une étrangère ne permet point à la M'zabia qu'il a épousée de de quitter la ville. L'infidélité conjugale est punie avec une extrême rigueur. La femme convaincue de péché est enfermée pendant trois mois dans une chambre dont on mure la porte. Par un trou pratiqué dans le toit, on jette tous les jours un morceau de galette et quelques dattes, — de quoi empêcher la prisonnière de mourir de faim.

En pratique, cette sévérité trouve dans la naïveté des maris M'zabites un correctif admirable : la coutume qui leur interdit d'emmener leurs femmes en voyage, ordonne en même temps de les laisser enceintes à la maison. Un bon M'zabite ne se met en route que lorsqu'il se croit en règle avec ce devoir. Il arrive pourtant que les enfants, en très grand nombre, naissent seize ou dix-huit mois après le départ du père. Ce retard

©BIU Santé

En résumé, rien ne permet encore d'affirmer que la *lymphe* de Koch ait guéri un tuberculeux. Des malades, qui avaient vu disparaître les bacilles de leurs crachats et leur état général se modifier considérablement, sont déjà partis; mais ici encore, on ne peut pas parler d'une guérison définitive. Aussi la conclusion de M. Villaret nous paraît-elle des plus exagérées. « Nous possédons désormais, dit-il, un remède qui guérit la tuberculose. » Koch n'a jamais osé aller aussi loin dans ses affirmations.

Quoi qu'il en soit, il serait puéril de nier que nous nous trouvons en face d'une découverte scientifique. Quant à ses applications thérapeutiques, c'est autre chose. On commence seulement à les étudier, et déjà on croit être arrivé au but! Là est l'erreur. Donc, dans l'intérêt de la méthode, il est regrettable qu'on se soit tant hâté de la divulguer, mais il n'en est pas moins très intéressant de pouvoir la suivre ainsi pas à pas dans ses progrès aussi bien que dans ses insuccès. — L.-H. P.

Le traitement de Koch.

Le dernier numéro de la *Ther. Monatsh.* contient un mémoire important de H. Feilchenfeld, assistant de la clinique privée de M. Lévy, où fut d'abord expérimentée la méthode de Koch et où l'observation des cas traités a été la plus longue.

Quelques-uns des faits ont déjà été publiés et nous n'insistons que sur ceux qui offrent un intérêt particulier tout en reproduisant les observations complètes, afin de donner la physionomie exacte des cas.

Cas chirurgicaux : 1er *cas*. — P. S., 3 ans. Tumeur blanche du genou droit. Trois injections d'une dose de 0,1; pas de réaction. Il faut faire remarquer à ce propos que, par une longue conservation ou des chauffages répétés, le remède perd son activité. Aussi, quand la réaction manque, on doit admettre que la solution est devenue inactive.

A la suite d'une nouvelle injection de 0,02, faite le 20 octobre, la température monta à 39°3, des douleurs se produisirent dans le genou droit et s'accompagnèrent d'un épanchement abondant.

---

n'étonne personne; c'est une croyance respectée en pays musulman, même par les gens instruits, élevés dans nos écoles, que l'enfant peut dormir pendant des mois dans le sein de sa mère.

Et ce ne sont point les femmes M'zabites qui chercheront à discréditer ce préjugé dans l'opinion de leurs maris.

***

Les médecins des asiles d'aliénés ne sont pas toujours à la noce. Il y a trois mois, M. le docteur Ritti terminait sa visite, lorsque le dernier malade, le prenant par le bras, l'interpella vivement pour lui demander sa sortie. Avant qu'il eût pu prononcer un mot, il recevait du malade un violent coup de poing à la figure. La main était armée d'un caillou. Le coup porta à quelques millimètres au-dessus de l'angle externe de l'œil gauche. M. Ritti en fut quitte pour une plaie, une forte ecchymose de la paupière inférieure, un gonflement très prononcé de la joue et l'inconvénient de voir une moitié de la face passer par les diverses couleurs de l'ar-en-ciel. Mais il peut dire qu'il l'a échappé belle.

Huit jours après cet accident, M. le docteur Mordret, médecin en chef de l'asile d'aliénés du Mans, a été frappé à sa visite du matin, par un aliéné, de deux coups de tranchet de cordonnier bien emmanché; deux à trois centimètres de fer pénètrent dans les muscles du dos et externes de la cuisse.

Heureusement aucun organe important n'a été touché, et, après quatre jours de repos, notre confrère a pu reprendre son service.

©BIU Santé

1er novembre. — Injection de 0,02. La température s'élève encore à 39°. Epanchement articulaire plus faible.

3. — Injection de 0,02. Temp., 38°1

5. — Injection de 0,02. Temp., 38°8. Epanchement de nouveau plus fort.

8. — Injection de 0,04. Temp., 39°4. L'épanchement, après s'être reproduit, finit par disparaître et le malade sort amélioré; le gonflement et la douleur ont diminué, la motilité a augmenté.

2e *cas*. — P. P., 11 ans. Depuis deux ans, douleurs dans le genou droit. Aujourd'hui, le genou, demi-fléchi, ne peut aller jusqu'à l'angle droit. Pas d'épanchement. Gonflement produit par l'épaississement des condyles du fémur. Peau non rougie à la surface. Amaigrissement des muscles de la jambe.

16 octobre. — Injection de 0,01. Pas de gonflement de l'articulation, mais un peu de douleur à la flexion. Le soir, épanchement évident.

23. — L'épanchement a disparu.

26. — Injection de 0,01. Temp. maxima, 38°2. Nouvel épanchement

30. — Injection de 0,02. Temp. maxima, 37°9. Peu de modifications locales.

2 novembre. — Temp., 0,03. Apyrexie.

4. — Genou peu gonflé. Flexion possible jusqu'à l'angle droit; douleur presque nulle quand le malade saute d'une chaise à terre.

3e *cas*. — M. F., 4 ans. Tuberculose du tarse. Sur le dos du pied, plusieurs cicatrices. Au milieu de celles-ci, une fistule. Gonflement.

27 octobre. — Injection de 0,01. Réaction nulle.

28. — Injection de 0,02. Temp. maxima, 40°1. Fort gonflement du dos du pied; il sort du pus épais de la fistule.

31. — Injection de 0,02. Temp. maxima, 40°4. Il y a encore un peu d'écoulement par la fistule, qui n'augmente pas par l'injection.

2 novembre. — Injection de 0,02. Temp. maxima, 40°7. Rien du côté du pied.

4. — Injection de 0,02. Temp. maxima, 37°5. Fistule fermée.

6. — Injection de 0,03. Temp maxima, 39°2. Un peu d'œdème du dos du pied et rougeur de la cicatrice.

8. — Injection de 0,04. Temp. maxima, 39°2.

10. — Injection de 0,04. Temp. maxima, 37°9.

12. — Injection de 0,05. Temp. maxima, 37°6. Pas de réaction locale.

Quant à l'aliéné, auteur de l'agression, c'était un malade fort tranquille, un peu sombre depuis une dizaine de jours; il était, sans qu'on le sût, obsédé par la pensée de faire un acte qui obligeât à le traduire en cour d'assises; il n'a rien trouvé de mieux, pour cela, que de frapper son médecin de deux coups de tranchet.

Ce nouveau fait prouve une fois de plus que les médecins aliénistes courent, journellement, de grands périls, dans l'exercice de leur délicate profession. Comme celui de M. Mordret, le malade de M. Ritti paraissait fort tranquille; mais M. Ritti n'a jamais cru à l'inaltérable bienveillance des paralytiques généraux; cette fois il est payé pour ne jamais s'y fier.

SIMPLISSIME.

POUDRE CONTRE LA RHINITE SCROFULEUSE. — COZZOLINO.

Sulfophénate de zinc	0 gr. 30 centigr.
Salicylate de bismuth	4 grammes.
Iodol	0 gr. 30 centigr.
Tannate de zinc	2 grammes.
Talc pulv.	10 —

Mêlez. — Priser ce mélange plusieurs fois par jour, dans le cas de rhinite scrofuleuse. — Traitement interne contre le lymphatisme. — N. G.

©BIU Santé

Tuberculose des glandes. — Mlle S. Des deux côtés du cou, grand nombre de glandes hypertrophiées. Après une injection de 0,10, il survint un assez fort gonflement de toutes les glandes. Dysphagie. Frisson suivi d'une temp. de 40°5, avec état général assez mauvais. Le lendemain, la temp. atteignit encore 39°5, puis tomba. Eu même temps, les glandes diminuèrent extraordinairement de volume.

Tuberculose pulmonaire. — Les conditions, dit Feilchenfeld, sont plus complexes que pour tout autre organe et la *restitutio ad integrum* est impossible dans la phthisie avancée; chaque injection est suivie de l'apparition d'un état général mauvais et d'une expectoration plus abondante. De hautes doses provoquent même de légères hémoptysies. Plus tard, la réaction devient plus faible aux doses élevées.

Trois malades atteints de phthisie commençante ont été renvoyés comme guéris. Leurs crachats ne renfermaient plus de bacilles et les signes d'auscultation avaient beaucoup rétrocédé. Feilchenfeld admet la possibilité de la réapparition des bacilles. Il n'a pas observé de guérison définitive quand les malades étaient au début de la formation des cavernes. Cependant, on peut rendre apyrétiques, sau aux jours des injections, des malades ayant habituellement 40°5. Les sueurs nocturnes disparaissent, les crachats diminuent presque toujours et, de purulents et nummulaires, ils deviennent muqueux; souvent ils cessent complètement. Dans ces cas, le poids du corps ne varie pas, bien que l'état général s'améliore.

REVUE TRIMESTRIELLE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (1).

Congrès international de Berlin. — *Section d'obstétrique et de gynécologie.* — (*Annales de gynécologie*, août et septembre 1890). — La gynécologie a dévoré l'obstétrique au Congrès de Berlin. On a déjà rendu compte aux lecteurs de l'*Union* des importantes communications concernant la première. Je ne m'occuperai que de la seconde, représentée à Berlin par un petit nombre des accoucheurs de notre pays.

M. Fristch (de Breslau), dans son rapport sur l'*antisepsie en obstétrique*, ne semble pas être au courant des travaux français récents sur le microbe de l'infection puerpérale, sur sa nature, sur les modifications qu'il subit, sur sa prédilection marquée pour la porte d'entrée utérine. Pour M. Fristch, les lochies qui coulent de l'utérus sont absorbées par les plaies vaginales et causent la septicémie. Or, M. Widal nous a appris que le streptocoque pyogène avait une prédilection particulière pour la plaie utérine, que c'était par là qu'il pénétrait. Il nous a appris de plus qu'on trouvait assez fréquemment ce streptocoque dans le vagin des femmes grosses. C'est donc pendant la grossesse qu'il faut aseptiser le vagin pour que ces microbes, s'ils existent, ne montent pas dans l'utérus ou n'y soient pas portés pendant le travail. Aseptiser le vagin après le travail est inutile, si l'utérus est septique. C'est l'utérus qu'il faut désinfecter.

M. Fristch n'est pas partisan des injections préventives chez les accouchées bien portantes ni même chez celles qui ont un peu de fièvre. Il accuse les injections d'un méfait qui ne me paraît ni bien grave ni bien démontré, celui de dilater le vagin. Il les accuse également de produire de petites lésions qui deviennent de nouvelles portes d'entrée pour le virus, de fatiguer la femme, de causer de l'agitation, de *surmener le médecin*. Les conclusions de son rapport sont les suivantes : 1° Chez les accouchées bien portantes, aucun traitement local à l'exception des lavages; 2° chez les accouchées qui ont un peu de fièvre, se contenter d'une surveillance minutieuse; 3° dans le cas de fièvre grave, irrigations intra-utérines, intermittentes; 4° dans les cas très graves, abstention. Il est inutile de tourmenter une moribonde.

J'ai publié dans l'*Union*, il y a quelques mois, un article sur l'importance des faibles élévations de température chez les accouchées. Je me permets de rappeler ici quelques-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 20 novembre 1890.

©BIU Santé

unes des conclusions de ce petit mémoire. *L'asepsie de l'accouchée doit commencer pendant la grossesse. Des soins quotidiens (lavages au savon, injections vaginales) l'assurent, et, joints à ceux que prennent l'accoucheur et le personnel, mettent la femme à l'abri de l'infection.*

Celle-ci, dans certains cas, a une période latente, durant laquelle le seul signe appréciable est l'état fébrile ou sub-fébrile avec des rémissions trompeuses et qui aboutit à l'éclosion d'accidents dont le plus fréquent est la thrombose. Dans les cas de pyrexie légère (état fébrile ou sub-fébrile) si un diagnostic ferme ne vient promptement écarter l'idée de septicémie, il faut sans atermoiements avoir recours aux irrigations intra-utérines et au besoin aux irrigations continues dont les bienfaits ne sont plus à démontrer. Lisez à ce sujet le travail de MM. Pinard et Varnier dont j'ai donné ici même l'analyse.

M. Calderini (de Parme), traitant *des indications et méthodes opératoires de l'accouchement prématuré artificiel*, considère comme préférables à toute autre méthode : 1° Les douches chaudes à travers le spéculum de Fergusson; 2° l'introduction d'une bougie pleine jusqu'au fond de l'utérus (Kranse). Il est souvent convenable d'associer la ponction des membranes aux méthodes sus-indiquées. A mon avis, le procédé de la douche est peu fidèle et dangereux; le procédé de Krause a le mérite d'être le plus simple et le moins coûteux des procédés; mais, lui aussi, est souvent infidèle. La dernière proposition de M. Calderini laisse croire qu'il partage cet avis; il est souvent *convenable*, dit-il, d'associer à ces méthodes la rupture des membranes. La rupture des membranes est un procédé de nécessité et non un procédé de choix. Elle est indiquée d'emblée dans certains cas spéciaux, et, comme adjuvant dans le cas de ralentissement du travail, pour que la région fœtale descende, appuie sur les bords de l'orifice et excite le réflexe de la fibre utérine souvent parésiée dans de tels cas par un excès de liquide. Il est regrettable que M. Calderini n'ait pas cru devoir entrer dans de tels détails et dans beaucoup d'autres. Je ne comprends pas la bougie introduite *jusqu'au fond* de l'utérus. Pourquoi *jusqu'au fond*, et comment *jusqu'au fond*? Le plus souvent la bougie s'arrête au quart ou à la moitié du chemin, se recourbe, se loge où elle peut, à moins qu'un mandrin très rigide ne la contraigne à suivre la ligne droite, ce qui est dangereux. Voilà du moins ce que la pratique m'a enseigné jusqu'à présent. M. Calderini ne parle pas des ballons, depuis ceux de Barnes jusqu'à ceux de M. Tarnier et du docteur Champetier, dont l'invention, sans être à l'abri de tout inconvénient, rend et rendra de précieux services. Il me semble que dans un rapport sur une question aussi importante, il fallait discuter tous les moyens propices, montrer leurs avantages et leurs désavantages, préciser les indications suivant les cas, et faire voir non seulement les instruments, mais les utérus à la nature desquels on peut appliquer ce qu'on a dit de la femme; ils sont *ondoyants et divers*. Le sujet qu'avait choisi M. Calderini est un beau sujet pour un clinicien. Les statistiques de mortalité des femmes, suivant M. Calderini et le docteur Dohrn, co-rapporteur, à la suite de l'accouchement prématuré et de la crâniotomie, donnent à réfléchir. Cinq pour cent et davantage. Les cliniques françaises ont décidément quelque mérite; mais il n'en a pas été question.

M. Skutsch (d'Iéna) a présenté deux *pelvimètres*.

A ce propos, M. Budin (de Paris) parle de la mensuration du diamètre transverse. Il a mesuré directement le bassin d'une femme qui voulait qu'on la fît avorter. Les dimensions furent prises pendant l'anesthésie, puis tracées sur un papier, et on dessina approximativement la forme de l'ouverture pelvienne. La provocation du travail eut lieu au cinquième mois; l'enfant vint mort, parce que la malade ne fut pas assez surveillée. L'accouchement spontané a prouvé que le dessin était suffisamment exact. L'auteur recommande l'instrument de Crouzat pour la mensuration du diamètre antéro-postérieur; mais est-il indispensable? Le doigt qui sait toucher, la main qui sait palper sont de bien bons instruments.

Il est regrettable que M. Budin, après la description de son ingénieux procédé, n'ait pas parlé du *palper mensurateur*, ce procédé recommandé par le docteur Pinard pour comparer les dimensions de la tête fœtale proéminant dans l'aire du dehors supérieur aux dimensions de ce détroit, procédé simple, pratique, et qui peut avoir de sérieux avantages. Je l'ai décrit dans une précédente Revue.

BIU Santé

Le docteur Auvard (de Paris) préconise le *tamponnement intra-utérin* dans les cas d'hémorrhagie *post partum*. Une bande de gaze iodoformée introduite dans la cavité utérine serait laissée en place vingt-quatre heures. Dührssen a fait une communication sur ce sujet au Congrès gynécologique de Fribourg. Il a réuni 65 cas. Ce chiffre élevé me semble prouver que Dührssen s'est servi de la bande pour arrêter des hémorrhagies que des moyens ocytociques plus simples auraient arrêtées. M. Auvard s'est servi deux fois de la bande et pense qu'elle mérite d'être essayée, employée, probablement adoptée dans la pratique.

M. Pascali préfère le tamponnement intra-utérin aux injections chaudes.

M. Kochs (de Bonn) tamponne avec de la gaze ordinaire stérilisée. *Il rappelle, à ce propos, qu'on a recommandé l'*inversion artificielle de l'utérus pour arrêter les hémorrhagies.....

Je me demande s'il faut mettre ici un point d'interrogation ou d'exclamation. Après tout, il est possible que cela ait été imaginé et même fait, voire enseigné.

Je crois à tout depuis que j'ai su qu'*un médecin avait coupé le cordon ombilical en providence comme le seul moyen de conserver la vie du fœtus.*

Seulement, cela s'est passé à huis-clos et n'a pas eu les honneurs de la tribune.

M. Dührssen, qui avait déjà pris la parole à propos du tamponnement intra-utérin, propose une *méthode* d'accouchements par incision du col du vagin et du périnée. Je m'abstiens de commentaires. Je dirai simplement que, si M. Dührssen est bon chirurgien — ce dont je ne suis pas juge — il n'est pas bon accoucheur. Du reste — à de rares exceptions près — ces deux qualités s'excluent.

Il n'est pas nécessaire de voir un médecin au lit du malade pour juger de ses qualités pratiques. Un petit mémoire, une communication, dix lignes de prose en disent déjà long. Je me trompe bien, ou M. Landau (de Berlin) est un maître clinicien. Du moins, tel est l'effet qu'a produit sur moi la lecture de son mémoire analysé par les *Annales* et résumé déjà dans l'*Union*.

Etude clinique sur l'atrophie congénitale ou acquise des membres inférieurs dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, par le docteur Chambrelent, chargé du cours à l'École de Toulouse. — M. Chambrelent a rassemblé des observations qui représentent un nombre de vingt-cinq grossesses et accouchements chez des femmes atteintes d'atrophie plus ou moins marquée des membres inférieurs.

Les conclusions fondées sur l'examen rigoureux de ces vingt-cinq cas sont que la boiterie n'a d'influence néfaste ni sur la grossesse, ni sur l'accouchement, ni sur les suites de couches, ni sur l'état de l'enfant. Cependant, on devra toujours examiner avec soin et mesurer le bassin des boiteuses par atrophie de membres, parce que le rachitisme peut compliquer la situation et ajouter ses lésions propres à celles que cause la claudication.

Technique de l'accouchement provoqué, par le docteur Treub, professeur à l'Université de Leiden. (*Archives de tocologie*, juin, juillet 1890.) — Le docteur Treub a imaginé un nouveau procédé pour la provocation de l'accouchement. Il serait précieux, en effet, de trouver un moyen à l'abri de tout reproche et propre à servir dans tous les cas. C'est peut-être chercher la pierre philosophale. L'excellent principe d'où part le docteur Treub est celui d'introduire, sans danger pour la mère et pour l'enfant, un corps volumineux entre la paroi utérine et les membranes. L'appareil qu'il emploie est simple. C'est un condom en caoutchouc à l'ouverture duquel est fixée une sonde. Condom et sonde peuvent être enfilés et cachés dans un cylindre creux en celluloïde. Au moment où l'appareil, soigneusement aseptisé, est prêt à être introduit, le cul-de-sac du condom sort par l'extrémité supérieure du cylindre et la sonde par l'extrémité inférieure. Le docteur Treub se sert d'un spéculum pour l'introduction. Le cylindre de celluloïde est poussé très doucement *jusqu'au fond de l'utérus*. Alors, on injecte environ 175 centimètres cubes d'eau boriquée par la sonde. Le condom se gonfle et, comme on a eu soin

©BIU Santé

de laisser libre son extrémité, en se gonflant il repousse en bas le cylindre de celluloïde que l'opérateur, de son côté, attire doucement au dehors.

On voit que ce procédé, comme je le disais, est simple et ingénieux. Reste à savoir si l'instrument atteint le but que se proposait l'auteur, provocation du travail sans danger pour la mère et l'enfant, et, de plus, s'il est supérieur aux autres procédés. Le docteur Treub cite vingt observations et critique lui-même son procédé en le comparant aux autres. Il le trouve supérieur, cela va sans dire, mais il ne méconnaît pas ses inconvénients, il les décrit lui-même et je ne lui reprocherai que d'en atténuer un qui me semble gros. J'ai dit plus haut, à propos d'une communication faite au Congrès de Berlin, que je ne comprenais pas comment on poussait une sonde jusqu'au fond de l'utérus, à moins que cette sonde ne fût rigide, ce qui était dangereux. Or, le cylindre en celluloïde du docteur Treub est rigide. Le danger prévu a été couru par la femme et par l'enfant dont il est question dans la huitième observation. Une hémorrhagie grave, conséquence du décollement placentaire, se déclara. On eut recours à des mesures plus ou moins violentes. Le docteur Treub pense qu'il aurait suffi de gonfler le condom hardiment et qu'il aurait fait l'office de tampon. Les observations dans lesquelles il voit une confirmation clinique de cette idée théorique ne la confirment pas. Tel est le principa- inconvénient du procédé ingénieux du docteur Treub. Il est très gros. Les autres n'ont qu'une importance secondaire. Ce gros inconvénient est-il compensé par d'incontestables avantages ? Je ne le crois pas. L'accouchement serait plus rapidement provoqué et terminé. C'est là un avantage réel, mais il ne compense en aucune façon les inconvénients de l'hémorrhagie.

Le défant du procédé de M. Treub me paraît donc rédhibitoire et doit le faire rejeter de la pratique tant qu'on ne saura pas découvrir le lieu précis où le placenta est inséré.

Le docteur Treub, passant en revue les diverses méthodes d'accouchement provoqué, parle des ballons volumineux, et particulièrement du ballon de M. Champetier, dont j'ai donné ici même la description. Au cours de sa critique, il lui reproche de déplacer la région fœtale. Ce reproche, que M. Champetier lui-même et d'autres accoucheurs ont fait, est grave, mais il est compensé par le grand avantage de la rapidité du travail. En effet, si l'accoucheur est réduit à pratiquer une opération pour une présentation vicieuse, une procidence du cordon ou des membres résultant du déplacement de la région fœtale, il opère aussi, grâce à la rapidité de l'accouchement, dans les meilleures conditions pour la mère et pour l'enfant, la vitalité de ce dernier et sa résistance aux diverses manœuvres que nécessite son extraction étant en raison inverse de la durée du travail. C'est un axiome clinique. J'ai donc raison de penser que la rapidité du travail est une compensation. Le docteur Treub prouve lui-même, chiffres en main, que c'est le plus rapide de tous les procédés. Voilà pourquoi il a rendu et rend encore un précieux service aux hommes spéciaux que la perspective d'une intervention n'effraie pas, et qui savent que l'enfant est moins exposé entre leurs mains par une opération pratiquée au moment le plus favorable que par un travail prolongé, surtout si la spontanéité de l'accouchement est douteuse. Une simple application de forceps, supérieurement faite, peut être néfaste quand la vitalité du fœtus est amoindrie.

Ouverture du cours de M. le professeur Pinard. — Le professeur Pinard a ouvert son cours, le 10 novembre. Il a traité de la grossesse extra-utérine et sa compétence spéciale sur la question donnait un intérêt particulier à ces leçons. Trente-huit cas, observés par lui, ont fourni matière à une description symptomatologique qui manque dans la plupart des livres, et dont on a déjà parlé aux lecteurs de l'*Union*. Pour ce qui concerne le traitement, le docteur Pinard est d'avis de considérer la grossesse extra-utérine comme un néoplasme malin, et d'agir en conséquence. Une femme entrée récemment à la clinique Baudelocque a été l'occasion de ces leçons. Elle a été opérée par M. Pinard. Un gros fœtus macéré a été extrait du kyste, en présence des élèves.

H. Stapfer.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

Traité des poisons, par L. Hugounenq. — Paris, G. Masson, 1890.

Ce livre est le résumé des conférences de toxicologie faites par l'auteur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Après avoir condensé en quelques pages les généralités de la toxicologie, l'auteur expose en détail la statistique de l'empoisonnement criminel et sa distribution géographique. Il étudie ensuite les phénomènes de la putréfaction cadavérique, donne les règles générales de l'expertise et enfin fait, dans les chapitres suivants, l'histoire des principaux poisons.

En premier lieu sont étudiés les métaux, indestructibles et faciles à isoler, puis les caustiques, acides et alcalis. Ce qui a rapport aux poisons volatils et altérables et aux alcaloïdes n'est exposé qu'en dernier lieu, afin que l'élève, quand il aborde ces sujets si délicats, soit déjà familiarisé avec les recherches plus simples.

Dans l'histoire de chaque poison, il est fait aux diverses formes de l'empoisonnement une place proportionnée à son importance. C'est ainsi que l'intoxication saturnine chronique a ses origines si variées étudiées en détail.

Un chapitre est consacré à l'intoxication alcoolique et de nombreux tableaux graphiques permettent de se rendre compte rapidement de la consommation de l'alcool, de ses divers modes de production, de la répartition géographique de l'alcoolisme, etc.

L'étude de ce livre, absolument au courant de la science, permettra aux médecins et aux pharmaciens d'être à la hauteur des devoirs médico-légaux qu'ils ont parfois à remplir. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Etude expérimentale sur le rôle attribué aux cellules lymphatiques dans la protection de l'organisme contre l'invasion du bacillus anthracis et dans le mécanisme de l'immunité acquise, par M. Phisalix. — Parmi les théories émises pour expliquer les phénomènes de guérison ou de vaccination dans les maladies infectieuses, il en est une qui séduit beaucoup par sa simplicité et a un grand succès. D'après cette théorie, ce sont les globules blancs du sang ou cellules lymphatiques qui sont chargés de protéger l'organisme contre l'invasion des microbes. On sait que ces globules blancs ont la propriété de se mouvoir, d'émettre des prolongements au moyen desquels ils saisissent les corps étrangers pour les incorporer dans leur masse protoplasmique. Ils agissent de même envers les microbes. Ces microbes, une fois englobés par les cellules, subiraient une véritable digestion intracellulaire et seraient ainsi détruits, d'où le nom de *phagocytes* (φαγω, je mange et κυτος, cellule) donné aux globules blancs qui mangent les microbes. C'est pour vérifier ce rôle attribué aux cellules dans la protection de l'organisme et dans le mécanisme de la vaccination que M. Phisalix a entrepris, dans le laboratoire de M. Chauveau, au Muséum, une série d'expériences avec le microbe du charbon sur différents animaux (souris, cobayes, lapins).

Il a recherché ce que devenait le bacille du charbon dans l'organe le plus riche en *phagocytes*, c'est-à-dire dans le ganglion lymphatique voisin du point d'inoculation. En outre, pour favoriser la victoire des phagocytes dans la lutte qu'ils ont à soutenir contre les microbes, il a modifié les conditions expérimentales dans le sens le plus favorable aux cellules.

Il est arrivé aux résultats suivants :

©BIU Santé

L'animal inoculé survit ou meurt au bout d'un temps variable de dix à soixante-douze jours.

Dans tous les cas, que l'animal meure ou survive, le microbe du charbon n'est pas détruit dans le ganglion, car celui-ci, ensemencé en bouillon de culture, donne naissance à une prolifération charbonneuse.

Dans le sang, au contraire, il a perdu complètement ses propriétés végétatives, car toutes les cultures du sang restent stériles.

Il ressort de ces expériences que si les cellules lymphatiques jouent un rôle mécanique incontestable, leur action chimique est moins bien déterminée. En tous cas, cette action ne suffirait pas, à elle seule, à détruire le microbe. La protection de l'organisme résulte donc surtout des influences nocives exercées par le sang ou ses produits d'exsudation sur la vitalité du *bacillus anthracis*.

Production expérimentale de tumeurs blanches chez le lapin par injection intra-veineuse de culture atténuée du bacille de Koch, par MM. Courmont et Dor (de Lyon). — Les expériences ont été faites avec une culture pure du bacille de Koch atténuée par le vieillissement au point de ne pouvoir tuberculiser le lapin ou même le cobaye par inoculation sous-cutanée à n'importe quelle dose.

Cette culture était pourtant capable d'engendrer de belles lésions tuberculeuses sur ces mêmes animaux, lorsqu'on l'introduisait en quantité considérable dans la cavité péritonéale.

Injectée dans les veines de cinq jeunes lapins, cette culture a paru d'abord ne produire aucun effet; ce n'est qu'au commencement du sixième mois qu'on a vu apparaître les premiers signes de tumeurs blanches dans une ou plusieurs articulations des membres. Les sujets ont alors assez rapidement dépéri; l'un est mort; deux ont été sacrifiés mourants; les deux survivants sont très malades.

L'autopsie a révélé les caractères typiques des tumeurs blanches de l'espèce humaine avec présence de bacilles de Koch dans le caséum articulaire et dans l'épaisseur des membranes synoviales altérées. Un des lapins autopsiés n'avait qu'une seule articulation malade : le genou droit. Sur aucun il ne fut possible de trouver la moindre trace de tuberculose viscérale. La tuberculose était exclusivement localisée dans le système articulaire.

Ces expériences peuvent concourir à expliquer la genèse des tumeurs blanches de l'espèce humaine et à justifier, dans ces cas, l'intervention chirurgicale qui tend de plus en plus à se répandre.

COURRIER

— MM. Joffroy et Jules Voisin, médecins de la Salpêtrière, commenceront des conférences sur les maladies nerveuses et mentales, le jeudi 4 décembre, à neuf heures trois quarts, au petit amphithéâtre de l'Infirmerie, et les continueront les jeudis suivants à la même heure.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

OBIU 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Grancher : La poli-adénopathie tuberculeuse. — III. Bibliothèque : Le courant continu en gynécologie. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

BULLETIN

Le traitement de Koch est en ce moment expérimenté à Paris.

A l'hôpital Laënnec, MM. Cornil et Chantemesse ont commencé les inoculations il y a deux jours. Six malades ont été choisis ; deux sont atteints de lupus, deux de tuberculose pulmonaire au premier degré et deux d'affections tuberculeuses chirurgicales. Dirigés par M. Sollier, interne du service, deux élèves relèvent d'heure en heure la température des malades et enregistrent les différents phénomènes qui se produisent.

Voici deux observations à titre d'exemples :

Observation Ire. — Jeune homme, âgé de 18 ans, affecté d'un lupus depuis cinq ans. Traité depuis un an à l'hôpital par des scarifications. Température avant l'injection, le 29 novembre, à neuf heures et demie du matin, 37°2. Injection de 2 milligrammes de lymphe diluée dans 1 centimètre cube d'eau distillée phéniquée.

A deux heures du soir, la température monte à 38° ; à neuf heures, à 39°2 ; ce matin, à neuf heures, elle redescend à 37°8. Cinq heures après l'injection, c'est-à-dire à partir de deux heures, on signale le commencement de la réaction. Le malade accuse du malaise : le visage se colore, céphalalgie intense, le nez devient violacé ; une aréole rouge apparaît autour d'un bouton situé sur la joue gauche, et en même temps apparaissent plusieurs petites éminences papuleuses rouges. Autour d'un foyer de lupus se produisent, en un mot, de petites granulations de lupus qui n'avaient pas été soupçonnées, et que l'examen clinique le plus minutieux n'avait pas permis de déceler.

Les paupières sont un peu tuméfiées et les yeux larmoyants. Le malade se plaint de sécheresse de la bouche. Nuit mauvaise, agitée. Céphalalgie persistante, malaise général.

Le 30 novembre, le nez est beaucoup plus tuméfié. Au niveau du bouton de la joue gauche, on constate une tuméfaction ressemblant à une plaque érysipélateuse. Pas d'autre symptôme particulier.

Il faut remarquer que, dans ce fait, une tuberculose à l'état latent autour du foyer principal a été révélée par le traitement.

Obs. II. — Jeune homme, 17 ans. Tuberculose pulmonaire au premier degré, localisée au sommet gauche. Injection d'un milligramme de nymphe. Température à neuf heures et demie, avant l'injection, 37°,5 ; à onze heures, 38° ; à une heure, 39°3 ; à trois heures, 39°,4 ; à cinq heures, 39°,2 ; à sept heures, 38°7 ; à neuf heures, 38,6. Bonne nuit. Le matin du 30 novembre, 37°6.

Le malade a été pris à partir de trois heures et demie de céphalalgie et de nausées qui ont duré peu de temps. Il a ressenti une douleur légère au point de l'injection.

L'auscultation révèle quelques légères modifications dues à un léger degré de congestion.

Le *Bulletin médical* publie une clinique qui a été faite samedi par

©BIU Santé

M. Péan. Les premières observations prises à Saint-Louis confirment les résultats déjà obtenus en Allemagne. L'action générale de la lymphe sur les individus et son action spéciale sur les tissus tuberculeux sont incontestables.

La lymphe de Koch est un liquide brunâtre limpide, inaltérable lorsqu'elle est conservée pure, facilement altérable, au contraire, lorsqu'elle est diluée. La composition est toujours inconnue, et M. Péan considère comme parfaitement légitimes les raisons que M. Koch fait valoir pour expliquer son silence. Il est certain, en effet, que son médicament est un médicament dangereux, difficile à manier et plus difficile encore à préparer. On s'exposerait à des mécomptes en en livrant de suite le secret au public et, de plus, l'inoculation intempestive peut donner lieu à de nombreux accidents mortels.

A cause de sa très grande activité, on n'emploie la lymphe qu'à la dose de quelques milligrammes et, pour cela, on la dilue dans mille fois son poids d'eau distillée cnntenant 0,5 p. 100 d'acide phénique. On a ainsi une solution renfermant 1 milligramme de substance active par centimètre cube. Pour résoudre la question de la dose, il faut savoir, avant tout, si le malade est atteint de tuberculose pulmonaire ou s'il est indemne de ce côté. Les phthisiques réagissent beaucoup plus énergiquement que les autres tuberculeux et, chez eux, il peut se produire des phénomènes dyspnéiques dangereux. Aussi Koch prescrit-il toujours de commencer, chez eux, par la dose minima de 1 milligramme; s'il se produit une réaction, on injecte le jour suivant la même dose, et on fait de même tous les jours, jusqu'à ce qu'il ne se produise plus de réaction; on passe alors à la dose de 2 milligrammes, que l'on continue tous les jours aussi longtemps qu'elle amène une réaction, et ainsi de suite.

Chez l'adulte atteint d'une tuberculose chirurgicale, Bergmann injecte d'emblée le plus souvent 1 centigramme. Cette dose peut être répétée aussitôt que la réaction produite par l'injection précédente est passée, c'est-à-dire, en moyenne, après vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures.

M. Péan a fait des inoculations dans 15 cas; ses observations sont comparables à celles de M. Cornil, données plus haut.

Samedi, une interpellation a eu lieu à la Chambre des députés du Landtag prussien. D'après les déclarations de M. de Gossler, on a pris les plus grands soins pour empêcher la contrefaçon, cette dernière, d'après Koch, pouvant être très difficile à découvrir. « Il a été convenu, dit le *Temps*, qui cite les paroles de M. de Gossler, que le remède serait donné d'abord aux cliniques et aux établissements de l'Allemagne, dans lesquels les tuberculeux sont traités d'après les principes scientifiques, ensuite aux cliniques de l'étranger, et enfin à des médecins particuliers dont les connaissances inspireraient confiance au docteur Koch. Des abus se sont produits que Koch n'a pas pu éviter. Mais, en d'autres mains, ces abus auraient été bien plus grands, car on n'a pas idée des tentatives de corruption qui ont été faites sur ses collaborateurs les plus modestes... Dans nos cliniques à nous, on a partout commencé par traiter non les riches, mais les pauvres... On est en train de négocier, de telle sorte que le remède deviendra bientôt une propriété de l'Etat, et ce fait sera une garantie de plus pour le monde entier... qui n'aura plus aucune crainte quand il verra la Prusse garantir l'authenticité du produit. »

©BIU Santé

Quelques-unes des paroles de M. de Gossler se rapportent évidemment à M. Lévy. Un des élèves de ce médecin, M. Salingré, avait demandé à un malade de Davos 375 francs par inoculation. M. Lévy a prétendu que M. Salingré avait agi à son insu et ce dernier affirme n'avoir demandé un prix aussi élevé qu'afin de décourager les malades. Toutes ces explications semblent louches, et il paraîtrait que Koch a réclamé à M. Lévy la lymphe qui lui avait été remise. — P. C.

Quelques points nouveaux se trouvent dans une correspondance très intéressante envoyée de Berlin au *Bulletin* par notre ami, le docteur Louis Moreau, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger, et très au courant de toutes les questions relatives à la tuberculose.

C'est d'abord une nouvelle exception à la règle de Koch : nous avons déjà fait remarquer que la réaction dite caractéristique, ne se produisait pas chez tous les tuberculeux, et qu'elle se produisait au contraire chez certains sujets non tuberculeux, mais cette réaction est toujours passagère ; la fièvre tombe au bout de vingt-quatre heures en moyenne. Or, chez une phthisique inoculée dans le service de Leyden, chaque injection fut suivie d'une réaction générale survenant de six à huit heures après et disparaissant graduellement, puis la fièvre est devenue continue et la suppression même des injections ne l'a pas fait cesser.

C'est donc un exemple de l'établissement d'une fièvre continue à la suite des poussées fébriles fugaces.

Pour éviter les douleurs que produisent dans le décubitus dorsal les injections faites dans le dos, on les fait maintenant à la hanche.

D'après ce qu'il a vu, M. Moreau penche à croire que le lymphe de Koch est un produit soluble d'origine microbienne, ou encore d'une substance provenant de l'économie, des tissus ou des animaux réfractaires à la tuberculose. Il pense aussi qu'elle possède une action directement bactéricide. Si elle ne détruit pas les bacilles chez l'homme, c'est parce qu'on est obligé, vu l'intensité des réactions, d'injecter des doses trop faibles pour tuer les bacilles, mais suffisante pour les affaiblir. Dès lors, les tissus tuberculeux, c'est-à-dire les cellules aux prises avec le bacille, reprennent l'avantage dans la lutte et parviennent à l'évincer ou à l'emprisonner dans un tissu de sclérose, comme cela arrivait déjà spontanément, dans les cas favorables si bien décrits par M. le professeur Grancher.

Les hypothèses émises par M. Moreau paraissent absolument logiques ; mais, comme il le dit lui-même, ce ne sont que des hypothèses. Attendons avec lui leur confirmation.

Des expériences sur les tuberculeux sont aussi faites à Rome dans le service de M. Baccelli. — L.-H. P.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le professeur GRANCHER.

La poli-adénopathie tuberculeuse.

Messieurs,

Parmi les maladies de l'enfance, la tuberculose est une de celles dont le diagnostic est le plus délicat. Jusqu'à présent, nous n'avons pas de signe

©BIU Santé

certain, de signe spécifique, et nous sommes forcés de nous contenter de signes de probabilité. Aussi devons-nous recueillir avec empressement les observations cliniques qui nous permettent de nous appuyer sur un nouveau symptôme pouvant nous aider dans le diagnostic de la tuberculose infantile.

M. Marinescu vient de consacrer sa thèse inaugurale à l'étude d'un symptôme très particulier qui a déjà, il y a quelques mois, fait l'objet d'un travail de M. Legroux, et a reçu de lui le nom de *micro-poli-adénopathie généralisée*. Ce mot un peu barbare exprime cependant bien le signe dont je veux vous parler. En effet, les enfants ainsi atteints ont un grand nombre de leurs ganglions très légèrement augmentés de volume, et cela dans toutes les régions du corps. Bien que le néologisme de M. Legroux soit exact, nous le remplacerons, pour la facilité de l'élocution, par l'expression d'*adénopathie périphérique généralisée*.

En même temps que les ganglions sont un peu augmentés de volume, ils sont plus durs; on les trouve dans les aines, derrière les oreilles, au cou, etc. Dans ces régions, au lieu de sentir très difficilement de petits paquets ganglionnaires à peine perceptibles, on perçoit des ganglions sous la forme de petits grains isolés, roulant sous le doigt, donnant l'impression de grains de plomb. Autour d'eux, il n'y a pas d'empâtement et ils restent absolument indolents. Il y a donc là un état bien particulier de la plus grande partie du système ganglionnaire périphérique. Comme on ne voit rien à la peau, la poli-adénite doit être recherchée, et souvent attentivement, car, sans cela, elle resterait facilement inaperçue.

Les ganglions peuvent se diviser en deux grandes classes : les ganglions viscéraux et les ganglions périphériques.

Les ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques sont les plus importants parmi les viscéraux. Ils participent, en effet, à toutes les affections des poumons, des plèvres et de l'intestin, et surtout aux affections tuberculeuses. Je ne veux pas, aujourd'hui, insister sur ces adénopathies profondes.

Les ganglions périphériques peuvent être divisés en groupes que je vais énumérer par ordre d'importance clinique. En tête se placent les ganglions inguinaux superficiels et profonds. Les superficiels, qui sont les seuls importants pour nous, se divisent en deux masses, l'une à la base du triangle de Scarpa, horizontale, l'autre au sommet, verticale. Ces ganglions sont situés entre la peau et le fascia cribriformis ; les lymphatiques les réunissent aux ganglions profonds, et ils reçoivent les vaisseaux qui viennent de la fesse, de la cuisse, de toutes les parties qui forment membre inférieur et de la partie inférieure de la paroi abdominale. Vous remarquerez qu'ils ne servent d'aboutissants à aucun lymphatique venant des viscères. Ils sont généralement faciles à sentir à un examen même superficiel, tandis que les iliaques externes, au-dessus de l'arcade crurale, demandent une recherche attentive pour être trouvés et peuvent facilement être confondus avec l'accumulation des matières dans l'intestin.

A l'aisselle, il existe un autre groupe ganglionnaire important; ces ganglions reçoivent non seulement les lymphatiques du membre supérieur, mais, de plus, communiquent avec ceux du poumon et de la plèvre par l'intermédiaire des ganglions intercostaux. Il s'établit ainsi une relation étroite entre les ganglions trachéo-bronchiques, le poumon, la plèvre, les ganglions intercostaux et axillaires. Aussi est-il assez commun de voir, dans

©BIU Santé

la tuberculose pulmonaire, non seulement une adénopathie trachéo-bronchique, mais une adénopathie axillaire, cervicale et même sous-maxillaire. Toute cette chaîne est quelquefois prise d'une façon si accentuée que les lésions pulmonaires passent à l'arrière-plan et que l'enfant entre en chirurgie pour son adénite, dont les parents veulent le débarrasser. Ce qui différencie le groupe des ganglions axillaires du groupe des ganglions de l'aine, c'est que le premier peut être influencé par des lésions viscérales.

Le groupe des ganglions cervicaux s'étend principalement le long du sterno-mastoïdien; il y a des ganglions superficiels et des ganglions profonds; ils reçoivent les lymphatiques du pharynx, du larynx et de la trachée, et sont, par conséquent, très souvent atteints dans les affections tuberculeuses.

Enfin, il faut encore vous citer les ganglions de la tête, qui se subdivisent en groupes secondaires situés derrière la nuque, un peu plus en dehors, tout à fait sur la joue, à l'angle de la mâchoire, ou enfin sous cette dernière. Il y a là une sorte de nappe lymphatique qui, par la région sus-claviculaire, gagne l'aisselle et, par conséquent, les ganglions intra-thoraciques.

Chez beaucoup d'enfants, on observe à titre de phénomène permanent une légère hypertrophie de la plupart des ganglions qui composent ces groupes.

M. Legroux a fait, en 1888, au Congrès de la tuberculose, comme je vous l'ai déjà dit, une communication sur cette poli-adénite superficielle. Il a dit que les enfants devenaient follement, sournoisement et sourdement tuberculeux; cela peint bien, Messieurs, la façon dont la tuberculose évolue chez les enfants de nos villes. Pour M. Legroux, tout enfant atteint d'une tuberculose locale, tumeur blanche ou toute autre, présenterait infailliblement l'adénopathie sous-cutanée généralisée. Pour ma part, si je ne crois pas que cette coïncidence soit infaillible, du moins je la regarde comme excessivement fréquente. Souvent, dit M. Legroux, il y a suppuration ou caséification de ganglions plus ou moins éloignés du siège de la tuberculose; j'ajouterai que, dans ce cas, le diagnostic devient alors absolument banal, tandis que, au contraire, quand ces altérations manquent, je regarde ce diagnostic comme étant loin d'être toujours indiscutable. Dans sa deuxième conclusion, M. Legroux rattache l'adénite qui subsiste quelquefois à la suite de la rougeole, par exemple, en même temps qu'un grand affaiblissement général, à l'existence d'une tuberculose ancienne ou latente. La troisième conclusion est très intéressante, car il en résulterait que, lorsqu'on hésite entre une méningite tuberculeuse ou des troubles sans grande valeur, si l'enfant présente de la poli-adénite, on peut affirmer la tuberculose; or, vous savezc ombien le diagnostic de la méningite tuberculeuse, au début, est entouré de difficultés.

Pour M. Legroux, la fréquence de la poli-adénite n'a rien d'étonnant, si l'on réfléchit à l'activité de la circulation lymphatique à cet âge et à l'introduction facile des bacilles dans l'économie par les aliments, le lait tuberculeux, etc.

Pour moi, il n'est pas absolument prouvé que, quand on trouve pendant la vie ou après la mort la poli-adénite, et qu'il n'y a pas de ganglions suppurés ou caséeux, la tuberculose soit certaine.

Un point sur lequel il faut encore insister, c'est que, très souvent, l'adénopathie disparaît avec l'âge beaucoup d'enfants chez lesquels on l'a

©BIU Santé

constatée ont ensuite une santé parfaite. On dit alors qu'ils ont changé leur tempérament lymphatique en un tempérament sanguin ou nerveux.

Ceci a une très grande importance, car, si cette adénopathie indique la tuberculose, sa disparition complète ferait admettre que la tuberculose de l'enfance est facilement curable. En réalité, pour qu'on puisse arriver à cette conclusion, il faudrait qu'un enfant présentant des phénomènes méningitiques ou pulmonaires non douteux et de la poli-adénite guérît complètement de toutes ces manifestations.

Tout cela est fort intéressant, car, si on se trouve en présence d'un enfant dont le caractère est aigri, qui a des maux de tête, des vomissements et mange peu, la présence de l'adénopathie permettrait d'affirmer la tuberculose.

M. Marinescu, dans l'étude qu'il vient de faire du symptôme dont nous parlons, a examiné les ganglions au point de vue microscopique et bactériologique ; il a pris des ganglions sur des enfants qui n'avaient ni caséification, ni suppuration de leurs masses ganglionnaires, et cependant il a trouvé que ces ganglions étaient tuberculeux. D'après ces recherches, l'aspect des ganglions à l'œil nu est variable; tantôt ils ne présentent rien de notable, tantôt ils sont plus gros, atteignent le volume d'un petit pois, d'une noisette, sont mous et rouges; d'autres fois, leur volume augmente encore et ils forment une masse caséeuse. Enfin, quelquefois, ils restent petits, ne dépassent pas la grosseur d'un grain de millet ou de chènevis, et cependant on y trouve un petit foyer caséeux; dans cet état, ces ganglions peuvent cependant disparaître.

M. Marinescu a fait des expériences sur les animaux : cinq cobayes ont été inoculés dans le péritoine avec des ganglions paraissant sains ou mous et rouges; tous les animaux sont morts en deux ou trois mois de tuberculose péritonéale; il s'ensuit qu'il y avait certainement une tuberculose des ganglions.

L'étude histologique des ganglions de la deuxième variété, c'est-à-dire gros, mous et rouges, est fort intéressante. Sous l'écorce, il y a un certain degré de dilatation des sinus; on trouve aussi de la congestion des vaisseaux et des parties environnantes qui sont turgescentes; dans les sinus qui suivent ces vaisseaux, il y a une infiltration de cellules graisseuses. On constate encore une véritable hypertrophie de tous les organes ganglionnaires véritables, c'est-à-dire des follicules qui sont groupés surtout à la périphérie; les ganglions présentent encore des stries fibreuses disséminées presque au hasard, et on y voit, ça et là, quelques foyers de dégénérescence caséeuse. Ce qui est surtout important, c'est que l'on trouve des bacilles tuberculeux aussi bien dans les vaisseaux que dans les tissus intervasculaires. Au niveau de la section de certains vaisseaux, on voit assez facilement la paroi, mais la lumière est transformée en une masse formant un bloc jaunâtre et ayant absolument l'aspect de ce que nous appelons maintenant une cellule géante. Dans cette cellule géante, en recourant aux procédés de coloration habituels, on peut arriver à constater l'existence d'un très petit nombre de bacilles tuberculeux bien nets. Autour de cette cellule géante, dans ce qu'on appelle classiquement le follicule tuberculeux, il y a d'abord des cellules épithélioïdes qui renferment des noyaux volumineux et forment une sorte de couronne. Les préparations de M. Marinescu ne montrent rien de semblable, et il est facile de voir que, dans les ganglions, ces cellules épithélioïdes ne sont pas groupées de

BIU Santé

la manière habituelle. Enfin, on ne constate pas l'existence de la couronne de cellules embryonnaires qui achève de caractériser le follicule tuberculeux et sur laquelle j'ai tant insisté autrefois.

En fait, l'état adulte du follicule tuberculeux n'est pas réalisé dans les ganglions; on n'y trouve que la cellule géante, et à la périphérie quelques cellules épithélioïdes en voie de karyokinèse. Non seulement on rencontre ces altérations dans les ganglions caséeux qui, à l'œil nu, sont manifestement tuberculeux, mais on les trouve aussi dans les ganglions simplement gros et congestionnés qui paraissent, à l'examen macroscopique, indemnes de tuberculose.

Maintenant, comment se fait-il qu'un enfant qui ne présente nulle part de lésions caséeuses ni de tuberculose en évolution, et qui, du reste, peut guérir de sa poli-adénite, ait ainsi tous les ganglions atteints? D'autre part, si, dans la méningite tuberculeuse, on s'explique encore que les ganglions de la tête soient frappés, on ne comprend guère qu'il en soit de même de ceux de l'aisselle ou de l'aine, placés très loin de la partie atteinte. Faut-il donc admettre une propagation sanguine ou lymphatique? Vous comprendrez facilement qu'entre les méninges et les ganglions de l'aine, il n'y ait pas de relation directe.

Un travail de Jeannel, communiqué aussi au Congrès de la tuberculose de 1888, va nous servir à expliquer cette particularité d'apparence singulière. Ce médecin a cherché comment le bacille tuberculeux envahissait l'économie; pour cela, il infectait, par une inoculation sous-cutanée, une région de la peau d'un lapin et examinait ensuite à des dates variables non seulement les ganglions voisins, mais le sang de l'animal. Le sang ou les ganglions étaient inoculés ensuite à des animaux témoins. Il est évident que ces expériences permettaient de se rendre compte de la manière dont se fait l'infection et de la rapidité de cette dernière.

M. Jeannel a trouvé que l'adénite est virulente du cinquième au septième jour, et quelquefois plus tôt; que le virus avait franchi le premier système de ganglions avant le quatrième jour, et enfin que le sang se comportait comme une dilution virulente dès la fin du premier jour, et peut-être même plus tôt. On peut donc dire que le sang est infecté avant toute localisation viscérale.

Quand on injecte une culture virulente dans la veine de l'oreille, on trouve d'abord beaucoup de bacilles dans le sang, puis, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, cette quantité diminue très vite, et enfin on ne la rencontre plus à partir du troisième jour. Tout cela nous prouve que, si le bacille injecté sous la peau arrive rapidement dans le courant sanguin, le sang est non pas indéfiniment, mais passagèrement virulent et que l'infection des ganglions de l'économie se fait par son intermédiaire.

Cette conclusion est légitime, car les lésions tuberculeuses que nous avons décrites plus haut sont surtout les cellules géantes développées dans les vaisseaux sanguins. Il est facile de comprendre que les bacilles transportés par le sang se fixent ça et là et forment des foyers tuberculeux.

Je tiens, en terminant, à insister sur ce point qu'il faut être d'une grande prudence dans l'interprétation diagnostique de la poli-micro-adénite; du reste, M. Marinescu, lorsqu'il y a une adénopathie périphérique multiple sans lésions en même temps que des symptômes vagues de tuberculose, conclut simplement que cette dernière est très probable.

Je vais vous montrer deux enfants qui vous permettront de vous rendre

©BIU Santé

compte de la sensation spéciale que donnent les ganglions atteints de la variété de l'adénite dont nous nous occupons. Dans un cas, il s'agit d'une péritonite tuberculeuse probable, mais non absolument certaine, car je fais encore des réserves. Dans l'autre cas, nous avons pu observer un certain nombre de signes permettant d'admettre l'existence d'une méningite tuberculeuse, mais, malgré la poli-adénite, nous sommes restés dans le doute, car l'enfant présentait des lésions cutanées accidentelles dues à l'impétigo, pouvant expliquer la tuméfaction ganglionnaire : c'est vous dire que cette tuméfaction n'a toute sa valeur que lorsque le tégument est absolument intact.

BIBLIOTHÈQUE

LE COURANT CONTINU EN GYNÉCOLOGIE, par le docteur G. GAUTIER.
Paris, A. Maloine, 1890.

Cette brochure renferme les communications que les docteurs G. Apostoli, G. Gautier, Bröse, Mac Ginnis, L. Meyer, La Torre ont faites au Congrès de Berlin sur l'emploi du courant continu en gynécologie. L'un des deux mémoires du docteur Gautier renferme les indications nécessaires pour le choix et l'emploi des instruments, la technique opératoire, etc. On sait que notre confrère étend l'application de l'électricité jusqu'au traitement des ovaro-salpingites catarrhales et congestives; par contre, il admet qu'une collection suppurée ou kystique contre-indique toute galvano-caustique intra-utérine prolongée et à haute dose. Malheureusement le diagnostic exact des affections des annexes est entouré de difficultés et ceux qui suivent les comptes rendus de la Société de chirurgie sont suffisamment édifiés sur ce point pour nous dispenser d'insister.

P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre. — Présidence de M. NICAISE.

SOMMAIRE : Fistule recto-vaginale. — Traitement des luxations irréductibles de la hanche. — Sarcome de l'utérus. — Hystérectomie abdominale.

M. BAZY rapporte l'observation d'une femme de 23 ans, qui avait une fistule à 3 centimètres et demi du périnée déchiré et en voie de cicatrisation. Le chirurgien dédoubla la cloison recto-vaginale jusqu'au-dessus de la fistule. Puis il fit une incision verticale à chaque extrémité de la première, traçant ainsi un H à branches postérieures plus courtes, et plaça cinq sutures périnéales, en faisant passer les fils dans la cloison recto-vaginale, au-dessous de l'orifice rectal. Le lambeau postérieur fut renversé du côté de l'anus, suturé de son côté et cinq points de sutures furent placés à l'orifice vaginal. Le résultat fut très bon.

— M. NÉLATON fait un rapport sur une observation de M. Ricard, relative au *traitement opératoire des luxations anciennes de la hanche*. Un homme, tombé d'un lieu élevé, s'était luxé la hanche droite, et plusieurs tentatives de réduction restèrent sans effet. Huit mois plus tard, M. Ricard vit le blessé, qui présentait les symptômes d'une luxation ischiatique. La marche était impossible sans béquilles et la mobilité de la tête fémorale était telle que le membre luxé ne pouvait fournir au tronc un point d'appui solide; le malade souffrait beaucoup et réclamait une intervention chirurgicale.

M. Ricard découvrit la tête fémorale par une incision postérieure placée sur la saillie

©BIU Santé

formée par la tête luxée, réséqua la sphère fémorale, décolla avec la rugine la capsule adhérente au cotyle et, après avoir mobilisé et refoulé en avant cette capsule, agrandit avec la gouge et le maillet la cavité cotyloïde déformée. Cela fait, il plaça dans la cavité reconstituée le moignon du col fémoral. Une néarthrose s'établit et le résultat obtenu est actuellement parfait; le malade marche facilement et la plupart des mouvements de la hanche sont faciles.

Ce résultat est infiniment supérieur à celui d'une résection pure et simple, et l'opération de M. Ricard constitue le procédé de choix pour un grand nombre de cas de luxations irréductibles de la hanche. Lorsqu'une de ces luxations a résisté à plusieurs manœuvres de traction faites dans les conditions voulues, il faut recourir à une méthode sanglante pour remettre dans sa cavité la tête déplacée. Ce qui semble alors le plus simple, c'est de découvrir la tête fémorale, de la débarrasser par section directe de toutes les brides qui la retiennent dans sa position anormale, de façon à pouvoir la réintégrer dans sa cavité.

Malheureusement, il y a des causes d'irréductibilité qui sont : 1° l'interposition de la capsule; 2° le raccourcissement des muscles péricotyloïdiens. Or, l'arthrotomie pure et simple ne combat ni l'un ni l'autre de ces deux obstacles à la réduction. Il n'est donc pas étonnant qu'elle échoue.

L'obstacle à la réduction, formé par la capsule placée en avant de la tête luxée dans les variétés dorsales, en arrière d'elle dans les variétés obturatrices, ne sera pas atteint par une incision faite, comme elle l'est généralement, sur la saillie de la tête luxée.

L'arthrotomie pure et simple ne combat pas davantage le second obstacle : le raccourcissement des muscles péricondyliens. Les muscles adducteurs et les fessiers se sont raccourcis, rétractés; ils s'opposent, quelque effort que l'on fasse, à l'abaissement de la tête au niveau de sa cavité.

La ténotomie serait bien délicate, car il faudrait sectionner non seulement toutes les insertions des fessiers qui retiennent le fémur en dehors, mais encore diviser celles des adducteurs qui le fixent en dedans. Aussi le plan de M. Ricard est-il très bon, car il permet de triompher des deux causes d'irréductibilité.

Abandonnant de parti pris l'arthrotomie pure et simple, il fait (pour une luxation dorsale) une incision postérieure, découvre la tête luxée et la résèque au ras du col. Utilisant la voie ouverte par cette résection, il découvre la cavité cotyloïde et la voit oblitérée par la capsule plaquée contre elle. Aussi, avec la rugine, il détache du rebord cotyloïdien postérieur cette capsule, la décolle, l'éloigne du fond du cotyle, la rend mobile, en un mot. Que si le cotyle lui paraît déformé, il l'agrandit ou modifie sa forme avec la gouge et le maillet. Puis, dans la cavité articulaire ainsi reconstituée, il replace le moignon de col fémoral qui lui reste. Car maintenant la chose lui est bien possible. En détachant la capsule de ses adhérences au bord cotyloïdien postérieur et en la repoussant en avant, il a détruit l'interposition. De plus, il a obvié au raccourcissement des muscles péricotyloïdiens, non pas en les allongeant, mais en raccourcissant le fémur de la hauteur de la tête cartilagienne d'un demi-centimètre environ.

Là ne se bornent pas les avantages de la pratique de M. Ricard. Il conserve de la force à la jointure, car il n'a pas sectionné la portion puissante et résistante de la capsule, le ligament de Bertin. De plus, il a remis dans une cavité le col fémoral, qui reconstituera un centre de mouvement et qui surtout s'opposera à l'ascension de la tête fémorale vers la crête iliaque.

C'est cette ascension, augmentant encore après un an, qui est l'écueil des résections, dans lesquelles on voit quelquefois un résultat excellent pendant huit mois devenir mauvais après un an.

La résection limitée à la sphère cartilagineuse fémorale, avec réintégration du moignon cervical dans la cavité cotyloïde, est donc l'intervention de choix quand elle est possible. Elle sera souvent applicable, car on peut la faire avec un raccourcissement des muscles péricotyloïdiens de 3 à 4 centimètres environ (la résection de la tête fémorale supprime à peu près cette longueur de l'os). Mais elle ne peut pas toujours être employée, si le raccourcissement des muscles est plus grand. Après résection de la sphère cartilagi-

©BIU Santé

neuse, le col ne pourra être abaissé au niveau du cotyle, et c'est alors la résection pure et simple qui restera comme dernière ressource.

M. Lucas-Championnière félicite M. Ricard de son heureuse opération, mais ne la croit pas aussi originale que l'a dit M. Nélaton. M. Ricard a seulement fait de la bonne chirurgie en appliquant des principes généraux à un cas particulier. Quand on fait une résection dans un but orthopédique, on ne peut jamais savoir exactement ce que l'on devra enlever et ce qu'il faudra laisser. Il y a moins d'inconvénients qu'on ne l'a dit à faire des résections étendues. De plus, les considérations anatomiques de M. Nélaton ont dû être faites après coup, et elles n'ont certainement pas guidé M. Ricard.

Pour M. Quénu, le procédé de M. Ricard est au contraire original. Il a, dans un cas, réséqué la tête du fémur dans une luxation ancienne, et cependant la réduction est restée impossible. Le résultat a été beaucoup moins bon.

M. Terrier pense que le mieux serait de replacer la tête fémorale dans sa cavité et cela n'entraîne pas une ankylose forcée.

M. Nélaton maintient que l'opération de M. Ricard est différente de celles qui ont été faites avant lui. De plus, il savait fort bien ce qu'il allait faire en commençant à opérer. Il vaut mieux, quand on intervient, savoir d'avance ce que l'on veut, que d'agir simplement selon les circonstances.

— M. Terrillon a réuni 14 observations de *sarcomes de l'utérus*, d'après lesquelles il veut tracer l'histoire de cette affection.

Sur ces 14 cas, il y a : 4 sarcomes de la muqueuse; 4 sarcomes gigantesques du fond de l'utérus; 3 sarcomes pédicules et 3 sarcomes kystiques.

Le sarcome de la muqueuse revêt deux formes : les formes ulcéreuse et bourgeonnante. Il s'accompagne de l'augmentation de la capacité utérine et respecte le col.

Le sarcome interstitiel et celui de la muqueuse sont les deux grandes formes anatomo-pathologiques. Comme le second, il présente deux variétés : le sarcome gigantesque et le sarcome limité, qui se pédiculise souvent.

Les cavités du sarcome kystique renferment des épanchements sanguins plus ou moins dégénérés.

Le développement des tumeurs sarcomateuses se fait rapidement. Les malades sont âgées de 30 à 50 ans en moyenne, et beaucoup n'ont pas eu d'enfants. La gravité de ces productions est grande, car le sarcome laissé à lui-même entraîne la mort en deux ans et, lorsqu'on opère, la récidive est inévitable et peut se produire très rapidement.

Comme principaux symptômes, M. Terrillon indique l'hypertrophie de l'utérus dont la cavité augmente d'étendue et les ménorrhagies qui deviennent presque permanentes.

Le traitement est l'hystérectomie abdominale, car l'hystérectomie vaginale est, dans ce cas, très difficile.

— M. Terrier donne la statistique des *opérations d'hystérectomie abdominale* qui ont été faites à Bichat, de 1883 à 1890, par lui et par MM. Richelot et Quénu. Il faut établir deux catégories de faits alors qu'il s'agit : 1° d'hystérectomies sus-vaginales avec pédicule extra-péritonéal; 2° d'hystérectomies sus-vaginales avec pédicule intra-péritonéal. N'est pas compris dans la statistique un cas de très grosse tumeur fibreuse dans lequel la mort survint pendant l'opération.

1° *Pédicule extra-péritonéal.* — En 1883, 2 opérations, 2 succès; — en 1884, 2 opérations, 1 succès, 1 mort par péritonite; — en 1885, 5 opérations, 1 succès, 4 morts dont 3 par péritonite et 1 par étranglement; — en 1886, 6 opérations, 3 succès, 3 morts; — en 1887, 8 opérations, 4 succès, 4 morts; — en 1888, 5 opérations, 5 succès; — en 1889, 7 opérations, 6 succès, 2 morts; — en 1890, 3 opérations, 2 succès, 1 mort. En résumé, 38 observations ont donné 23 guérisons, 15 morts; soit 39,47 p. 100 de mortalité. De 1883 à 1887, la mortalité est de 53 p. 100; de 1887 à 1890, elle est de 30,40 p. 100. La mortalité est donc beaucoup diminuée.

2° *Pédicule intra-péritonéal.* — En 1889, 4 opérations, 1 guérison, 3 morts; — en 1890, 4 opérations, 1 mort par hémorrhagie, 3 guérisons. La mortalité est donc de 51 p. 100.

©BIU Santé

M. Terrier, sans abandonner complètement le second procédé, a de la tendance, aujourd'hui, à laisser le pédicule au dehors, à cause de sa grande septicité.

Dans la métrite, qui coïncide très fréquemment avec les fibromes, il y a des micro-organismes jusque dans l'épaisseur du tissu utérin.

Peut-être pourrait-on, dans certains cas, recourir à un procédé mixte, consistant à enlever le fibrome et à fixer le pédicule dans l'épaisseur de la paroi abdominale, en fermant cette paroi au-dessus.

— M. Berger montre une malade à laquelle il a enlevé le maxillaire supérieur presque complètement, et chez laquelle, sans prothèse immédiate, il a obtenu un résultat remarquable. Un appareil fait dans la suite suffit très bien.

— M. Michaux présente un malade qui avait eu l'olécrâne dévié par un coup de sabre à la manifestation du 1er mai. Il a fait la suture osseuse et, actuellement, tous les mouvements se font bien.

— M. Broca montre un malade auquel il a fait la laparotomie pour une plaie de l'abdomen par instrument tranchant; il n'y avait pas de lésion viscérale et le malade a bien guéri.

FORMULAIRE

Traitement de la diphthérite. — Bouchut.

Le traitement local consiste dans l'emploi de douches antiseptiques, lancées avec une seringue à hydrocèle ou avec un irrigateur. L'enfant assis sur les genoux de la mère, une cuvette sous le menton, est penché en avant, et tient la bouche ouverte. On introduit le bout de l'irrigateur à l'entrée de la bouche, sous les dents supérieures, et on injecte de bas en haut. Le liquide va laver les amygdales et le pharynx, et s'échappe sans pénétrer dans les voies aériennes. — L'auteur se sert d'une solution de coaltar saponiné, qui est préparé au cinquième, et qu'il étend de 4 parties d'eau. Il la préfère à la solution d'acide phénique pur au millième, qu'il emploie quelquefois, ainsi que la solution d'acide borique à 40 p. 1000. On peut également avoir recours à la solution de salicylate de soude à 30 p. 1000; à la solution d'acide salicylique à 3 p. 1000; à la solution de résorcine à 10 p. 1000. — Les injections antiseptiques doivent être pratiquées toutes les heures, jour et nuit. — En outre, il est bon d'appliquer fréquemment sur les ganglions du cou des couches de pommade iodurée à 6 p. 100. — Comme traitement interne, un vomitif d'abord, puis, pour prévenir l'infection, la résorcine à la dose de 10, 20 ou 25 centigrammes selon l'âge du malade, dans un julep gommeux de 100 grammes.

N. G.

COURRIER

Commission des prix. — *Prix Lacaze* : MM. Brouardel, président; Cornil, Grancher, Proust, Dieulafoy; Debove, suppléant. — *Prix Barbier* : MM. Lefort, président; Guyon, Gariel, Richet, Tillaux; Duplay, suppléant. — *Prix Montyon* : MM. Laboulbène, président; Bouchard, Hayem, Dieulafoy, Strauss; Cornil, suppléant. — *Prix Chateauvillard* : MM. Fournier, président; Gautier, Richet, Le Dentu; Hayem, suppléant. — *Prix Jeunesse* : MM. Brouardel, président; Grancher, Proust, Straus, Debove; Dieulafoy, suppléant. — *Prix de thèses* : MM. Régnault, président; G. Sée, Potain, Peter, Panas, Laboulbène, Duplay, Math. Duval, Pinard; Le Fort et Proust, suppléants.

Un Institut de médecine légale a Paris. — La question de la création, à Paris, d'un institut médico-légal a déjà été soulevée en 1885, par M. Brouardel. A cette époque, il fit valoir que le sentiment de répugnance manifesté par le public à l'égard de la Morgue

©BIU Santé

était très admissible; que la Morgue d'ailleurs était insuffisante pour le nombre des autopsies allant toujours s'accroissant. Enfin, il démontra que les réclamations du public pouvaient facilement se concilier avec les rigueurs de la loi et les besoins de la science; sa proposition de créer un institut médico-légal fut adoptée en principe. Pour faire face aux frais de cette dépense qui relève principalement dn département, le conseil général et le conseil municipal offrirent chacun pour leur part un million. De plus, l'Etat donnait gratuitement 1,400 mètres de terrain, situé au coin de la rue Chanoinesse et de la rue du Cloître-Notre-Dame. Aussitôt les devis furent dressés par un architecte aujourd'hui décédé. Mais pour un édifice dont le plan ne comportait, à l'avis de M. Brouardel, qu'un étage et une cour d'assez grande dimension, ces devis montèrent au chiffre exagéré de trois millions. C'est toujours la même chose! On dut abandonner l'affaire. Aujourd'hui, à la suite de nombreuses réclamations formulées par la presse médicale, grâce aussi aux démarches multipliées de M. Brouardel, M. Alpy, ancien magistrat et conseiller municipal du quartier de l'Odéon, va soumettre la question à ses collègues du conseil général de la Seine. Après avoir conféré au point de vue de l'installation technique avec M. Brouardel, M. Alpy a déposé, sur le bureau du conseil général, une proposition ayant pour objet la création à Paris] d'un institut médico-légal. Cet établissement, destiné à pratiquer les recherches médico-légales, sera absolument distinct, mais autant que possible voisin de la Morgue. En outre, il sera installé de façon à pouvoir permettre l'enseignement de la médecine légale pour les étudiants de la Faculté de Paris.

Dans l'exposé des motifs qui précède sa proposition, M. Alpy montre tout l'intérêt qu'il y aurait à rattacher à ce nouvel établissement médico-légal le laboratoire de toxicologie. (*Progrès médical.*)

MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — Une association amicale entre médecins de réserve des armées de terre et de mer et de l'armée territoriale vient de se constituer à Paris. Elle a pour but principal de créer des relations entre les membres du corps de santé et de tenir ses membres au courant des modifications de service. Des conférences doivent être organisées dans ce but au Cercle militaire.

L'association comprend comme membres titulaires les médecins de réserve et territoriaux domiciliés dans le gouvernement militaire de Paris, et comme membres correspondants ceux qui habitent en dehors de cette zone.

La cotisation annuelle est de cinq francs; les séances ont lieu six fois par an au Cercle militaire; il y aura un bulletin périodique.

Le bureau nommé dans la première séance, qui a eu lieu lundi dernier 17 novembre, est ainsi constitué :

Président, M. le docteur Kuhff; vice-président, M. le docteur Picqué;

Secrétaire général, M. le docteur Gorecki; secrétaire des séances, M. le docteur Ledé; trésorier, M. le docteur Lelongt.

Ceux des médecins de réserve ou de l'armée territoriale qui désireraient faire partie de cette association amicale sont priés de s'adresser, pour obtenir communication de statuts et règlement, soit au président, M. Kuhff, rue de Rivoli, 69; soit au secrétaire général, M. Gorecki, boulevard Haussmann, 86.

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

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Fournier : L'alopécie syphilitique. — II. Bibliothèque : Traité clinique des maladies du cœur. — III. Académies et Sociétés savantes ; Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Nouvelles médications. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier.

L'alopécie syphilitique (1).

Messieurs,

L'alopécie syphilitique peut atteindre les divers départements du système pileux tout en frappant de préférence le département crânien, c'est-à-dire en s'attaquant surtout à la chevelure. Cet accident est l'objet de certains préjugés qui courent parmi les gens du monde et même parmi les médecins. Aussi vais-je le décrire d'une façon complète, afin de vous mettre en garde contre les erreurs que vous pourriez commettre.

Tout d'abord, un mot d'historique. L'alopécie syphilitique a été connue des premiers observateurs du mal français, qui l'ont parfaitement décrite dès le commencement du XVIe siècle. Vous pourrez en juger d'après les paroles suivantes de Fracastor : « Chose singulière, dit-il, nous avons vu le développement de nos jours (comme symptôme du mal français) d'une manifestation jusqu'alors inconnue, consistant dans la chute des cheveux, de la barbe et des sourcils. Cette dépilation générale, qui donne au malade l'aspect le plus ridicule, fut d'abord considérée comme un effet des remèdes, du mercure en particulier, mais on reconnut plus tard qu'il fallait seulement l'imputer à la maladie. » Nous ne pourrions pas mieux dire aujourd'hui.

L'alopécie syphilitique est-elle fatale? Est-elle réparable? Y a-il des formes de syphilis dans lesquelles elle se montre plus fréquemment que dans d'autres? Ce sont là des questions sur lesquelles il vous importe d'être fixés, car, bien souvent, dès que vous aurez dit à un malade qu'il est atteint de syphilis, il redoutera de perdre ses cheveux et, par conséquent, de ne pouvoir cacher sa maladie.

En premier lieu, l'alopécie syphilitique n'est pas fatale, bien qu'elle soit un symptôme fréquent à des degrés divers. Diday a fait une statistique d'après laquelle, sur 60 syphilitiques non traités, il y aurait 53 alopéciques. Il est vrai qu'il a compris parmi ces derniers tous ceux dont les cheveux avaient été atteints même à un degré très minime.

L'alopécie syphilitique est réparable et, je peux vous l'affirmer, jamais la vérole n'a fait de chauves. De plus, cette alopécie est un des symptômes qui cède le mieux au traitement; ce dernier peut, en effet, la modérer et même la prévenir.

Si j'en crois les résultats de ma pratique de ville, il y a à peine 1 malade sur 20 qui perde beaucoup ses cheveux; les autres n'ont que des

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 novembre 1890.

©BIU Santé

alopécies insignifiantes qu'ils sont souvent seuls à constater en faisant leur toilette.

Y a-t-il certaines formes de vérole qui, plus que d'autres, entraînent la chute des cheveux? Oui. En première ligne figurent les syphilis dénutritives, consomptives, celles que nous appelons asthéniques, celles qui s'en prennent à la santé générale. Il y a, en effet, comme vous le savez, deux espèces de vérole; ou bien le malade reste en bonne santé tout en étant syphilitique; ou bien, dès la période secondaire, apparaissent les symptômes généraux tels que l'anémie, l'anorexie, la faiblesse, l'amaigrissement, et quelquefois la fièvre et les phénomènes nerveux : ce sont les malades atteints de syphilis asthénique chez lesquels on peut observer le plus habituellement la calvitie.

Cependant toutes les formes de syphilis peuvent produire l'alopécie et elle peut être intense dans des cas de vérole excessivement bénigne. Bien qu'on l'ait écrit dans beaucoup de livres, c'est donc une erreur de dire qu'elle dépend de la débilitation.

Pourquoi la calvitie apparaît-elle dans les syphilis légères? Nous n'en savons rien et, comme d'habitude, nous masquons notre ignorance en disant qu'il s'agit d'une idiosyncrasie. Certains malades sont arthritiques, d'autres ont dans leur famille beaucoup de gens chauves, mais tout cela peut manquer et, en somme, la cause réelle de la chute des cheveux, dans ces cas, nous échappe complètement.

D'autre part, il y a des syphilis graves où l'alopécie ne se produit pas, et nous avons en ce moment dans le service des exemples de ces différents faits. Une de nos malades, grasse, un peu lymphatique, atteinte d'une syphilis légère mal traitée, a une alopécie profuse; une autre, chez laquelle la vérole se manifeste par des syphilides cutanées et muqueuses disséminées et par des symptômes nerveux, a gardé une magnifique chevelure.

Il y a donc là des conditions étiologiques qui nous échappent.

A quel âge de la maladie se montre l'alopécie? Parmi les gens du monde, on admet volontiers qu'elle dépend des vieilles véroles. Si, à 40 ou 50 ans, on voit un homme perdre complètement ses cheveux, on regarde cela comme un vieux souvenir d'un péché de jeunesse. Eh bien, Messieurs, rien n'est plus faux au point de vue clinique. L'alopécie dépend des véroles jeunes, de celles qui sont âgées de quelques mois, ou tout au plus d'un an. Elle se montre habituellement du troisième au quatrième mois, ou mieux de troisième au sixième mois. Quelquefois, elle apparaît plus tard, à la fin de la première année ou même au cours de la deuxième, quand le traitement a été insuffisant, mais on ne l'observe jamais ultérieurement.

Etudions maintenant quelles sont les conditions qui produisent la dépilation. Ou bien il s'agit d'une alopécie symptomatique avec lésion, ou bien d'une alopécie essentielle, sans lésions apparentes.

L'alopécie symptomatique s'accompagne de lésions du cuir chevelu, qui sont de deux ordres : habituellement, on trouve des syphilides pustulo-crustacées, acnéiformes; ce sont les petites croûtes brunâtres ou noirâtres qui sont si communes dans le cuir chevelu des syphilitiques du troisième au sixième mois. Beaucoup plus rarement, on constate l'existence d'une syphilis pityriasiforme. Il faut, en effet, faire l'examen avec une loupe pour pouvoir apercevoir les petites rougeurs saupoudrées de squames blanchâtres qui caractérisent cette variété d'éruption.

L'alopécie avec lésions est une rareté comparée à celle dans laquelle

il n'y a pas de lésions apparentes. Un grand nombre de syphilitiques viendront vous trouver en se plaignant de perdre abondamment leurs cheveux et l'examen le plus attentif ne vous montrera qu'un cuir chevelu en apparence absolument sain. Giovannini et Darier ont prouvé que, en réalité, il y avait des lésions. Le premier a montré qu'il se produisait une prolifération au sein du bulbe pileux; et le second, que tantôt le cheveu tombait sain et que tantôt il était réduit de volume, que sa tige était effilée, qu'il était atrophié.

La chute des cheveux est le seul symptôme de l'alopécie syphilitique. Elle ne s'accompagne ni de douleur, ni de démangeaisons, ni de rougeurs. L'alopécie de la vérole a cependant deux grands caractères : elle n'est pas systématisée, et elle se produit d'une façon asymétrique. En effet, au lieu d'occuper une région du crâne, elle frappe partout au hasard; elle tape partout, selon l'expression des malades. On peut cependant en distinguer deux types, selon qu'elle se produit d'une façon diffuse ou donne naissance à ce qu'on peut appeler des clairières. Dans la première forme, la chevelure tout entière devient claire, les cheveux tombant un peu partout; dans la seconde, il se produit des petits îlots disséminés avec dénudation presque complète du cuir chevelu.

Les deux formes coïncident très fréquemment, et cela est heureux, car le diagnostic de la première est fort difficile. Rappelez-vous cette jeune femme que nous avons vue récemment et dont les cheveux étaient si clair-semés que j'avais pensé, à première vue, à l'existence d'une syphilis; eh bien, l'interrogatoire nous a prouvé que l alopécie ne dépendait que d'un accouchement. Bien souvent, en pratique, vous verrez des familles vous faire examiner une nourrice perdant ses cheveux, parce qu'elles croiront qu'il s'agit de syphilis.

L'alopécie en clairière est au contraire absolument caractéristique et il n'y a pas de maladie qui produise rien qui lui ressemble. Vous allez dire : mais cependant il existe la pelade; cela est vrai, mais il y a beaucoup d'éléments de diagnostic, parmi lesquels trois me paraissent surtout mériter votre attention. En premier lieu, la pelade fait table rase de tous les cheveux ; quand elle affecte un îlot, elle en fait, selon l'expression vulgaire, une bille de billard sur laquelle il ne reste pas un seul cheveu. Chez les syphilitiques, au contraire, il reste toujours quelques poils et jamais il n'y a d'îlots aussi réguliers, aussi arrondis, ni aussi étendus.

L'alopécie en clairière coïncide toujours avec l'alopécie disséminée, tandis que, dans la pelade, les îlots sont entourés de cheveux absolument sains et font pour ainsi dire, des trous dans le cuir chevelu. Enfin la pelade fait une clairière blanche, elle achromise la peau, qui conserve sa couleur dans la syphilis.

L'alopécie de la vérole a des degrés : elle est légère, moyenne, intense ou totale.

La forme légère est la plus commune ; elle éclaircit les cheveux suffisamment pour que le malade s'en aperçoive, mais pas assez pour que sa dépilation devienne apparente aux yeux d'autrui. Dans la forme moyenne, les cheveux tombent beaucoup plus abondamment et l'alopécie est visible pour tous. La forme intense est rare ; les cheveux tombent alors à profusion, de telle façon que certains points sont presque absolument dénudés. Enfin l'alopécie totale est absolument exceptionnelle et je n'en ai vu qu'un seul cas

©BIU Santé

chez une fille publique ; tout bien compté, par M. Ricord et par moi, il lui restait dix-sept cheveux.

Dans les formes graves, toute la chevelure est atteinte dans sa vitalité; les cheveux perdent leur lustre, deviennent ternes, secs, comme pulvérulents et sont absolument semblables à des cheveux morts; de telle sorte qu'il semble que le malade porte perruque.

L'alopécie syphilitique est toujours temporaire. Après plusieurs mois, quatre, cinq ou six, la chevelure se répare même quand la maladie n'est pas traitée. Il se produit d'abord des poils follets, puis des cheveux volumineux qui poussent régulièrement. La reconstitution de la chevelure peut être complète, et on peut dire, je le répète volontairement, que la syphilis ne fait pas de chauves.

Les autres départements pileux peuvent être atteints par l'alopécie.

Ce sont surtout la barbe et les moustaches qui sont frappées; tantôt les poils tombent à peu près régulièrement, tantôt il se produit de petits îlots pseudo-peladiques incomplets qui forcent le malade à se raser, afin de ne pas avoir un aspect ridicule.

L'alopécie sourcilière est extrêmement importante et a des caractères intéressants. Comme partout ailleurs, il y a éclaircissement par la chute des poils et formation de petits îlots. Il en résulte un aspect particulier du sourcil qui permet de reconnaître le syphilitique à distance, même en omnibus; c'est ce que nous appelons ici, familièrement, le signe d'omnibus. Normalement, le sourcil, bien fourni chez les gens jeunes, est formé de poils tous dirigés dans le même sens. Quand l'alopécie syphilitique le frappe, tout d'abord il devient plus clair par suite de la chute d'un grand nombre de poils, ensuite ceux qui restent se dévient et se dirigent dans tous les sens; il en résulte un aspect broussailleux presque absolument caractéristique. Cependant, deux maladies pourraient donner le change. Ce sont : 1° la kératose pilaire du sourcil, lésion de naissance, pityriasiforme, avec rougeur de la peau; 2° la pelade qui, là, comme ailleurs, s'accompagne de la chute de tous les poils.

Enfin, l'alopécie peut encore atteindre les poils du mont de Vénus, ce qui rend certaines femmes inconsolables, ceux des aisselles, etc.

Toutes ces alopécies sont guérissables et le traitement, comme nous verrons, a sur elles la plus grande influence. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU CŒUR, par le docteur P. DUROZIEZ, ancien chef de clinique de la Faculté.

« On nous a demandé, dit l'auteur, de réunir en un volume les travaux que nous avons publiés sur les maladies du cœur et les enseignements que nous avons donnés, au lit des malades, à bien des élèves aujourd'hui devenus des maîtres. » Le conseil était excellent; on lui doit un livre utile, où se révèlent des qualités incontestables. Ce qui le recommande surtout aux praticiens, c'est qu'il est resté invariablement « sur le terrain clinique ». Ajoutons que la manière compréhensive dont notre confrère embrasse son sujet est très bien exprimée dans les lignes suivantes : « Dans les maladies du cœur nous comprenons les lésions du cœur et des gros vaisseaux, des artères, des artérioles, des capillaires, des veinules et des veines, auxquelles il faudrait ajouter celles du système lymphatique qui vient communiquer avec le système veineux par l'intermédiaire

BIU Santé

du canal thoracique. — Sous le nom de maladie du cœur, il faut entendre la maladie du système vasculaire, y compris le sang; dès lors tous les organes prennent part à la maladie du cœur. — En même temps que le pouls cardiaque, il faut tâter le pouls artériel, le pouls veineux et le pouls capillaire. Jamais nous n'étendons assez loin notre examen. » Nous devons faire remarquer que l'auteur insiste sur la nécessité de l'étude des états morbides des veines dans leurs rapports avec les maladies du cœur, étude qui a été négligée, nous dit-il, à cause de la difficulté de l'application du sphygmographe sur ces vaisseaux.

La base, la condition nécessaire du diagnostic, et par suite, du traitement, dans les maladies du cœur, c'est la connaissance aussi exacte que possible de l'anatomie et de la physiologie de l'organe, connaissance dont la nécessité éclate ici plus vivement peut-être que dans beaucoup d'autres circonstances. Aussi, après quelques considérations dont on apprécie la portée, l'auteur donne-t-il des détails très précis sur la délimitation et la position du cœur, sur la position de la pointe, sur la détermination de l'espace intercostal où bat la pointe, sur les rapports du poumon droit avec le cœur, sur la présentation du cœur en avant, sur les déplacements du cœur, sur les muscles des valvules auriculo-ventriculaires, sur les sphincters des veines caves, cardiaque et pulmonaires, sur le sphincter du trou ovale chez le fœtus, sur le mode d'occlusion du canal artériel, sur les poids et dimensions du cœur sain et du cœur malade, sur les dimensions des différentes parties du cœur sain et du cœur malade, etc. — Ces renseignements sont accompagnés de discussions et de citations importantes, par exemple, lorsqu'il s'agit de l'influence des divers états morbides sur les dimensions du cœur; un chapitre est même consacré à l'augmentation du volume du cœur dans l'état puerpéral. A l'occasion de la physiologie du cœur, qui est savamment étudiée, nous trouvons un curieux rapprochement des doctrines de Galien et de la théorie de Rouanet, avec les additions récentes.

« La pathologie du cœur, dit l'auteur, n'est ni plus ni moins difficile que celle de tout autre organe... » Cependant il ajoute : « Le diagnostic demande du temps, beaucoup de temps pour être sérieux et ne pas exposer à des mécomptes... » De là, une étude très bien discutée de l'examen du malade et des moyens d'exploration, avec appréciation pratique, où nous citerons en particulier l'auscultation de l'aine : « le diagnostic des maladies du cœur peut se dénouer à l'aine. » C'est principalement l'auteur qui a fait porter, à ce point de vue, l'attention sur les vaisseaux de l'aine par son double souffle intermittent crural.

L'étude des maladies du cœur englobe et réunit sur son terrain un grand nombre des affections les plus graves. Il serait difficile, dans un simple article de bibliographie, de passer en revue tous les états morbides exposés ici, qui sont une complication ou une cause de trouble et de dégénération dans ces maladies, chloro-anémie, hystérie, angine de poitrine, goître exophthalmique, etc., etc. L'auteur a d'ailleurs décrit les affections spéciales, myosite aiguë et chronique, péricardite, endocardite, anévrysme, lésions des valvules, etc., etc.; mais nous ne pouvons pas négliger de citer tout particulièrement ses travaux sur le rétrécissement mitral pur, qui a pris position dans la pathologie du cœur sous le nom de « maladie de Duroziez ». Ses descriptions lui sont en général personnelles et appuyées presque toujours sur des observations recueillies par lui-même, rédigées avec soin, qui viennent justifier ses opinions.

On lira avec intérêt les chapitres où il décrit les maladies organiques du cœur et de l'aorte d'origine saturnine, l'influence des maladies du cœur sur la grossesse et l'accouchement, les lésions des valvules par l'intoxication paludéenne, etc., etc.; puis, toute sa dissertation relative au traitement. Dans cette dernière partie, un fait est d'un grand intérêt, c'est le premier cas où l'on ait appliqué l'iodure de potassium au traitement des anévrysmes, en 1857. « L'iodure de potassium, dit notre confrère, est pour les anévrysmes ce que la digitale est pour le cœur. Il y a quelque mérite à l'avoir introduit dans le traitement des anévrysmes; c'est Bouillaud qui a ce mérite. Nous avons réclamé en sa faveur la priorité qui est indiscutable; les Anglais, Chuckerbutty et G.-W. Balfour ne viennent qu'en 1862 et en 1868, tandis que l'article de la *Gazette des hôpitaux* est daté du 8 février 1859 et que le premier cas observé à la clinique de la Charité date de 1857. » L'auteur a reproduit ce cas dans tous ses détails.

©BIU Santé

En somme, le *Traité clinique des maladies du cœur* de M. le docteur Duroziez est l'œuvre d'un médecin aussi consciencieux et honnête que laborieux et éclairé, qui a consacré toute sa vie à l'étude et à la pratique d'une partie difficile, mais non moins importante, de la pathologie humaine, et son travail a le mérite d'avoir fixé plusieurs points qui étaient restés douteux avant ses recherches. — C'est le livre du médecin militant aux prises avec la maladie. — Dr G. Richelot père.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Trois plis cachetés relatifs au traitement de la tuberculose, par MM. les docteurs Gauthier, Lazerat, de Pezzer;

2° Une note relative au traitement de la tuberculose pulmonaire, par M. le docteur Eugène Labbée;

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Garrigou;

4° Une lettre de M. le docteur Ch. Auffret (de Brest), qui se porte candidat au titre de correspondant national.

Dépopulation de la France. — Pour M. Colin, les villes ont la plus grande influence sur le développement de la fièvre typhoïde dans l'armée. Les jeunes soldats arrivent en grand nombre dans les villes dangereuses au moment où ils sont le plus exposés à contracter la maladie. Bien souvent alors ils sont atteints de fièvre typhoïde par suite des mauvaises conditions sanitaires de leur ville de garnison, car d'autres agglomérations de jeunes gens placés dans les mêmes conditions sont frappées en même temps (élèves de lycées ou de séminaires).

Bien souvent, tandis que la statistique de l'armée mentionne l'existence d'une maladie contagieuse dans une ville, la population civile serait indemne si l'on en croyait les registres des mairies. Il est donc nécessaire de rendre obligatoire la déclaration des maladies contagieuses qui peuvent devenir épidémiques. Il faudrait faire disparaître la variole de la population civile en inscrivant la vaccination dans la loi.

Comme un grand nombre d'améliorations ont été réalisées dans l'hygiène des casernes, il convient que l'administration civile s'occupe de l'assainissement parallèle des localités où ces casernes sont établies.

M. Le Fort revient sur quelques points qui ont été traités par M. Hardy. Pour lui la natalité est à peu près la même dans les races wallonne et flamande. En Belgique, la natalité la plus forte est celle du pays de Liége (1 sur 31,2) qui est wallon. Le partage des biens a une grande importance. En Hongrie, où il semble que la population ne s'accroisse que lentement bien que le partage n'y existe pas, la natalité est très forte, 42 p. 1,000, mais la mortalité est considérable. En Italie, le partage existe, mais le plus généralement les habitants sont si pauvres qu'ils n'ont rien à se partager. Enfin, en Belgique, où le code civil est le même que chez nous, la propriété n'est pas divisée.

Entéro-anastomose pour anus contre nature. — M. Chaput communique, au nom de M. Terrillon et au sien, l'histoire d'une malade de 88 ans qui avait un anus contre nature ombilical consécutif à un étranglement herniaire. Le bout inférieur était oblitéré et le bout supérieur très rétréci. Les auteurs firent une laparotomie médiane et fixèrent dans la plaie l'intestin grêle et l'S iliaque, qui furent adossés dans une étendue de 5 centimètres et que l'on fit communiquer par une petite ouverture de 1 centimètre. Quelques jours plus tard, on introduisit les deux mors d'une pince à pression dans chaque intestin, afin de déterminer le sphacèle des parois. On obtint un succès tempo-

BIU Santé

raire, mais bientôt les matières repassèrent par la plaie médiane. Deux autres applications échouèrent. On tenta alors d'oblitérer l'orifice intestinal médian par le procédé de l'abrasion et de la ligature en masse. Cette intervention ne réussit pas et on dut faire l'anastomose entéro-intestinale en un seul temps, par le procédé de Wolfler, en plaçant un plan de suture muco-muqueux et un plan séro-séreux. La guérison se fit fort bien, mais quelques matières sortaient par l'ombilic quand il y avait de la diarrhée. La mort survint par lésions rénales un mois après la dernière intervention. L'insuccès du procédé de la pince est dû à ce que l'intestin était très épais et surchargé de graisse. La brèche formée par la pince était alors limitée par des bords épais et rigides qui se soudaient immédiatement.

Toxémie cataméniale. — M. Henrot (de Reims) rapporte l'observation d'un enfant qui a présenté une éruption périodique survenant toujours au moment des périodes menstruelles supposées pendant l'allaitement et réelles après le sevrage. La mère, comme toute manifestation, a présenté, deux mois après l'accouchement, une éruption ressemblant à de l'herpès sur la vulve et la partie supéro-interne de la cuisse droite, et cela pendant huit jours. Un mois après se développa, chez l'enfant, une éruption identique siégeant dans les mêmes régions. Elle disparut après huit jours, mais, au bout d'un mois, deux boutons apparurent à la partie supérieure de la cuisse, et il en fut ainsi chaque mois, deux jours avant l'époque des règles de la mère. Ce phénomène se prolongea pendant quinze mois.

Probablement, l'éruption qu'a présenté la mère a agi sur le lait en lui communiquant des propriétés spéciales qui ont modifié le sang de l'enfant. Il s'agit d'une intoxication du sang de nature inconnue pour laquelle M. Henrot propose le nom de *toxémie cataméniale héréditaire.*

Forme de cocaïnisme aigu. — M. Hallopeau fait une communication dont voici les conclusions :

1° Une seule injection interstitielle de chlorhydrate de cocaïne peut donner lieu, non seulement à des accidents immédiats d'un caractère grave et menaçant, mais aussi à des troubles prolongés extrêmement pénibles ;

2° Ces troubles ont beaucoup d'analogie avec ceux que l'on observe peu d'instants après l'injection ; ils consistent surtout en une céphalalgie persistante accompagnée d'un profond malaise, d'insomnie, d'engourdissement des membres, et en des accès de défaillance avec vertiges et prostration mêlée à une excitation cérébrale qui se traduit par de la loquacité et une grande agitation ;

3° Des doses minimes du médicament peuvent suffire à les provoquer (il s'agissait de l'injection de 8 milligr. dans la gencive, dans les cas observés).

4° Leur durée peut être de plusieurs mois ;

5° On les observe surtout chez les sujets dont le système nerveux est très excitable ;

6° On peut les attribuer à une action élective du poison sur certains centres nerveux.

Résection du rectum. — M. Houzel (de Boulogne) rapporte un cas d'ablation d'un *cancer du rectum* annulaire chez un homme de 70 ans. L'opération réussit très bien, mais, sept mois plus tard, il y eut une récidive à la marge de l'anus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 novembre. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Distension de la vessie et polyurie. — Traitement de l'angine diphthérique par la glace. — Recherche des hématozoaires de l'impaludisme.*

M. Duponchel (du Val-de-Grâce) présente un malade atteint d'une distension énorme de la vessie. A l'état de moyenne dilatation, l'organe s'élève à 16 centimètres au-dessus du pubis, et sa largeur est alors de 14 centimètres. Le malade urine plus de deux litres à la fois ; il peut accumuler jusqu'à trois litres. La matité de la vessie dépasse alors de 21 centimètres le bord supérieur du pubis et s'étend sur une largeur de 20 centimètres.

©BIU Santé

La réplétion devient excessive au bout de trois heures. La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures s'élève à treize litres. Voici les résultats de l'analyse faite par M. Duquesne : Urine peu colorée, de réaction légèrement acide ; densité = 1,001 à 1,003 ; éléments normaux en quantité très faible : ni excès d'azote, ni excès de phosphates pour l'urine des vingt-quatre heures ; pas de glucose.

Le malade est polydipsique. Il n'a pas d'antécédents nerveux, ni héréditaires, ni personnels. Le début de l'affection remonte à son enfance. A 10 ans, il était déjà polyurique, mais, depuis un an, c'est-à-dire au moment de faire son service militaire, l'augmentation de ces troubles a été remarquable. La santé générale est excellente ; cet homme pèse 71 kilogr. et a toujours été bien portant.

Est-il aujourd'hui réellement malade ou a-t-on affaire à un simulateur ? En faveur de la simulation on peut invoquer ce fait que la polyurie a considérablement augmenté quand on a commencé à examiner cet homme. De cinq à six litres par vingt-quatre heures, la quantité d'urine s'est élevée à treize litres au bout de quelques jours. Mais en faveur d'un état morbide, on a l'énorme capacité de la vessie, qui ne peut s'expliquer que par un début très ancien de l'affection, et de plus, la sécheresse persistante de la bouche.

M. Duponchel a observé, il y a un an, un sujet semblable qui urinait, lui aussi, jusqu'à treize litres, par jour ; cet homme était polydipsique au point de boire ses urines quand on le privait de boisson. N'y a-t-il pas là de quoi écarter le soupçon de simulation ?

M. Féréol a actuellement dans son service un jeune homme qu'il observe depuis une quinzaine de jours et qui est, lui aussi, polydipsique et polyurique. La quantité des urines était d'abord de cinq litres par vingt-quatre heures et s'est progressivement élevée à sept, huit, dix, quatorze et même seize litres. Soupçonnant la supercherie, M. Féréol fit surveiller attentivement ce malade, mais celui-ci paraissait de bonne foi ; on le sonda toutes les deux heures et la même quantité d'urine fut retrouvée ; on ne pouvait donc l'accuser d'ajouter un liquide quelconque au contenu de son bocal. Sa vessie peut conserver un litre et demi à deux litres d'urine.

Cette urine est claire, de densité faible et ne contient pas de glucose ; la quantité totale d'urée ne dépasse pas la normale ; la quantité des phosphates est normale.

Ce malade n'est pas hystérique et n'a pas d'antécédents nerveux ; il n'a pas de troubles de la vue, la sensibilité et les réflexes sont normaux ; il a cependant assez souvent un peu de céphalalgie et l'anorexie est complète. L'affection, qui paraît réelle, a débuté assez brusquement au milieu d'une santé en apparence parfaite.

Au point de vue thérapeutique, M. Féréol a essayé, sans succès, l'antipyrine à la dose de 4 grammes par jour, le bromure de potassium à la dose de 4 et 6 grammes. Mais, il y a quelques jours, après un purgatif drastique, la quantité d'urine s'est abaissée de seize litres à six litres.

M. Dumontpallier a soigné, il y a quelques années, un polyurique de 50 ans environ qui ne rendait que neuf ou dix litres d'urine par jour, mais qui transpirait en même temps d'une façon extraordinaire. Un jour, ayant fait garnir le lit avec une toile cirée, M. Dumontpallier put recueillir *750 grammes* de sueurs.

Le bromure de potassium, la valériane, la belladone, tout avait été essayé sans résultat; enfin, cette incroyable transpiration diminua, puis disparut, grâce à des injections sous-cutanées d'ergotine, qui n'eurent, d'autre part, aucune action sur la polyurie.

M. Hayem : Il faut toujours se défier des polyuries qui ne s'accompagnent pas de modifications dans la constitution de l'urine; avec la polyurie, il y a ordinairement de l'azoturie; dans le cas contraire, il faut craindre la supercherie.

Relativement à la thérapeutique du diabète azoturique, la valériane et l'opium rendent de réels services. Trousseau cite même des cas de guérison par la valériane; M. Hayem en a obtenu lui-même. Lorsque l'action de la valériane n'est pas assez nette, on l'emploiera alternativement avec l'opium.

M. Rendu croit, comme M. Hayem, que la polyurie est ordinairement liée à l'azoturie.

©BIU Santé

Cependant, dans quelques cas, il est bien difficile d'accuser de simulation un polyurique sans azoturie.

M. Rendu a obtenu une guérison avec l'ergot de seigle à doses progressives; dans d'autres cas, où les résultats étaient moins satisfaisants, l'hydrothérapie amena une amélioration notable.

M. Siredey a récemment observé un polyurique simple qui prétendait uriner près de quatore litres par jour. L'analyse de l'urine, le dosage de l'urée, pratiqué à différentes heures de la journée, dévoilèrent la supercherie.

— M. Sevestre présente son rapport sur le *traitement de l'angine diphthéritique par la glace.*

Cette méthode est très simple dans son application; elle consiste à maintenir constamment un fragment de glace dans la bouche du malade. Employée depuis déjà longtemps en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, en France, elle a néanmoins rencontré une certaine opposition, et M. Cadet de Gassicourt, entre autres, prétend n'en avoir retiré aucun bon résultat. M. Sevestre a, lui aussi, essayé la glace dans un certain nombre de cas d'angine diphthéritique non point la glace seule, mais combinée au traitement ordinaire par la méthode de Gaucher. L'examen des résultats doit porter sur ces trois points : facilité, innocuité, efficacité de la méthode. Or, les enfants prennent avec plaisir les fragments de glace qui soulagent leurs souffrances, et il est facile de la donner même aux plus petits enfants; maintenue même constamment dans la bouche, la glace est parfaitement inoffensive. Quant à l'efficacité, on ne peut donner une réponse catégorique; cependant son action sur l'angine est très manifeste. Le développement des fausses membranes est, en effet, bien moins rapide et leur épaisseur bien moins considérable. Dans quelques cas même, l'angine pourrait guérir.

Les recherches bactériologiques expliquent d'ailleurs cette action du froid sur la fausse membrane. Pour que le bacille de Loeffler puisse se développer, il lui faut une température supérieure à 22 ou 24°; or, on obtient dans l'arrière bouche une température inférieure à celle-ci par la présence constante de la glace.

L'usage de la glace peut encore être très utile dans quelques cas particuliers; quelquefois, par exemple, l'angine s'accompagne d'une tuméfaction considérable qui rend la déglutition impossible et compromet la respiration; la glace fait alors très rapidement diminuer cette tuméfaction.

En résumé, dans l'angine diphthéritique, la glace doit être employée, mais surtout à titre d'adjuvant; on emploiera en même temps la méthode antiseptique ordinaire.

La glace ne pourra rien contre le croup, mais elle peut le prévenir en enrayant le développement des fausses membranes.

M. Cadet de Gassicourt a employé la glace comme unique traitement de l'angine diphthéritique. Jamais les résultats ne furent favorables; dans aucun cas les fausses membranes n'ont subi la moindre modification. D'ailleurs, les conclusions de M. Sevestre ne viennent appuyer que bien faiblement cette méthode. M. Sevestre, en effet, s'est servi de la glace uniquement comme adjuvant; ne peut-on point se demander si les résultats obtenus n'auraient pas été les mêmes sans la glace? L'antisepsie de l'arrière-gorge, tel est en effet le traitement, et le seul traitement, de l'angine diphthéritique. La méthode de Gaucher devra dans tous les cas être employée; c'est celle qui donne les meilleurs résultats.

M. Sevestre est convaincu de l'efficacité des procédés antiseptiques; aussi ne les a-t-il point refusés aux malades pendant qu'il expérimentait l'action du froid. La seule conclusion qu'il ait voulu tirer de ses recherches, c'est que la glace gêne et retarde le développement des fausses membranes, qu'elle permet par conséquent d'espacer les badigeonnages, et que par cela même elle doit être considérée comme un adjuvant très utile.

— M. Laveran : L'examen du sang des individus atteints de fièvres palustres est devenu une question de médecine pratique. Dans les pays chauds, cet examen peut rendre de grands services, car le paludisme se présente sous des formes variées, et dans

©BIU Santé

bien des cas il est réellement difficile de distinguer par exemple une fièvre typhoïde d'une fièvre continue palustre, une insolation d'un accès pernicieux ; l'examen du sang permet alors de porter rapidement un diagnostic précis; dans les pays tempérés, quoique moins fréquent, l'embarras de diagnostic existe souvent, et l'examen du sang sera ici aussi très utile.

A quel moment faut-il faire cet examen? Les hématozoaires ne se trouvent pas toujours dans le sang; ils disparaissent dans l'intervalle plus ou moins long des attaques et même dans l'intervalle des accès, sauf chez les individus très infectés. Il faut donc rechercher les micro-organismes au moment des accès, de préférence au début de ces accès ou un peu avant, et surtout avant de donner de la quinine, car ce médicament fait disparaître rapidement certains éléments, les flagella par exemple; les corps en croissant résistent plus longtemps à la quinine.

On peut examiner le sang frais ou desséché. L'examen du sang frais est nécessaire pour trouver certains éléments (flagella) et pour constater les mouvements amiboïdes des éléments. L'examen du sang desséché présente l'avantage de donner des préparations persistantes.

La piqûre d'un doigt, bien lavé et bien séché, donne une goutte de sang que l'on recueille rapidement pour éviter la déformation des globules. On fait une préparation très mince qu'il n'est pas nécessaire de luter, car la coagulation se produit sur les bords; la partie centrale reste au contraire liquide, et on peut, encore une heure après, pratiquer l'examen microscopique. On se servira de l'objectif 8 ou 9 de Vérick. La lumière naturelle est la meilleure.

On reconnaît alors les corps en croissant libres, les corps sphériques pigmentés libres et les corps sphériques adhérant aux hématies; ces derniers sont assez difficiles à voir. A la température normale, on apercevra nettement les mouvements des flagella et les mouvements amiboïdes des corps sphériques.

Pour examiner le sang desséché, on recueille une goutte entre deux lamelles, de façon à bien étaler le sang sur une couche très mince, puis on passe chacune de ces lamelles dans la flamme d'une lampe à alcool ; les globules sont alors fixés et l'on a d'excellentes préparations pouvant se conserver très longtemps. Les corps en croissant et les corps sphériques pigmentés sont très visibles; il n'en est pas de même des corps sphériques adhérant aux hématies et non pigmentés. Pour les voir, on peut faire des préparations colorées. Après avoir passé une lamelle dans la flamme de la lampe à alcool, on se sert, d'après le procédé de Roux, d'un mélange à parties égales d'alcool et d'éther pour mieux fixer les globules; puis on laisse pendant trente secondes la préparation dans une solution concentrée de bleu de méthylène; on lave, on sèche et on monte la préparation à sec; le baume de Canada trouble les préparations. Les éléments parasitaires se présentent alors avec une coloration bleu pâle, et il est facile de les reconnaître.

On peut aussi obtenir une double coloration par l'emploi d'une solution aqueuse d'éosine et d'une solution de bleu de méthylène. Les préparations ainsi obtenues sont très belles et très nettes, mais le procédé est assez difficile à appliquer.

De quelques nouvelles médications.

Traitement des maladies respiratoires par la strophantine.

(*Nouveaux remèdes*, juin 1890.)

Voici la formule employée par Rothziegel :

Strophantine..... 0 gr. 003 — 0 gr. 005.
Eau distillée ou eau de laurier-cerise..... 10 grammes.

M. D. S. — A prendre toutes les deux heures, X — XX gouttes, soit en capsules (à 0 gr. 003 de strophantine) ou enfin en injections sous-cutanées à 0 gr. 0005.

L'auteur résume comme suit les résultats obtenus par lui en 1887 et en 1890 :

1° La strophantine agit d'une manière nettement favorable sur l'appareil respiratoire. C'est d'abord l'énergie des battements cerdiaques qui s'accuse peu de temps (0 gr. 0002 à 0 gr. 0003). Quant à l'arythmie des pulsations, elle ne disparaît ordinairement que le

©BIU Santé

deuxième ou le troisième jour. La régularisation du pouls n'a lieu plus tard qu'après l'administration de la digitale, mais se maintient plus longtemps avec la continuation du remède et persiste même quelque temps après sa suspension.

2° Ce sont surtout la dyspnée et les palpitations, si fréquentes dans les maladies organiques du cœur, qui sont avantageusement influencées par la strophantine. La dyspnée s'améliore la première. Quant aux palpitations de cause nerveuse, on ne peut compter dans ces cas d'une manière sûre et certaine sur la strophantine.

3° La diurèse n'est pas aussi abondante qu'après la digitale ou la teinture de strophantus. Elle ne survient qu'après un emploi assez prolongé du médicament et persiste même quelques jours après sa cessation. Elle est due au relèvement de la force cardiaque et non à son action directe sur les reins. Pas de phénomènes irritatifs du côté de ces derniers.

4° Les troubles gastriques ne sont qu'exceptionnels, même après l'administration prolongée de la strophantine. Surviennent-ils tout de même, on peut alors se servir de strophantine en capsules qui sont bien supportées. Au contraire, on observe assez souvent l'augmentation de l'appétit. Aucune action du remède ni sur les selles ni sur la sueur.

5° Le système nerveux n'est influencé qu'indirectement par suite de l'action plus énergique et la régularisation du cœur.

6° Pas d'action cumulative. On peut la donner sans danger aucun pendant trois semaines consécutives.

7° Les injections sous-cutanées de 0 gr. 0005 de strophantine en solution aqueuse sont rapidement suivies de l'augmentation de l'énergie des battements cardiaques, qui persiste assez longtemps. Avec les précautions antiseptiques, on n'observe pas de phénomènes irritatifs généraux ni locaux.

8° La teinture de strophantus agissant plus rapidement, plus énergiquement et plus sûrement que la strophantine (surtout pour ce qui concerne la diurèse), c'est à celle-là qu'il faut avoir recours dans la majorité des cas. Mais, comme on rencontre des cas où la digitale et la teinture de strophantus ne sont pas tolérées, tandis que la strophantine est bien supportée, on peut s'en servir comme d'un bon succédané de celles-ci toutes les fois qu'on échoue avec les autres cardiaques.

9° La strophantine n'est indiquée dans les lésions valvulaires sans ou avec myocarde touché, de même dans les maladie du myocarde tout seul, qu'autant qu'il y a en même temps affaiblissement de l'activité cardiaque. De même aussi dans le mal de Bright et la pleurésie, on ne peut s'attendre à voir la diurèse augmentée que si la diminution de l'urine est due à l'affaiblissement du cœur. Quant à la pleurésie tuberculeuse, la strophantine reste absolument inefficace dans ce cas. — P. C.

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 boites en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques d'histoire naturelle, pour l'année scolaire 1890-1871, est composé comme suit :

MM. Faguet, chef des travaux; Artaud, Meurisse, Gastinel, préparateurs.

Le personnel auxiliaire de la Faculté (laboratoire de recherches et d'enseignement, laboratoires de cliniques, préparateurs de cours et conférences) est composé ainsi qu'il suit, pour l'année scolaire 1890-1891 :

I. *Laboratoires de recherches et d'enseignement.* — Anatomie pathologique : MM. Chantemesse, agrégé, chef; Toupet, préparateur.

Botanique : M. Heim, préparateur (délégué dans les fonctions).

©BIU Santé

Physiologie : MM. Langlois, chef; Héricourt, chef adjoint.

Thérapeutique et matière médicale : MM. Gilbert, agrégé, chef; Winter, préparateur.

Pathologie et thérapeutique générales : MM. Charrin, chef; Roger, préparateur.

Médecine légale : MM. Descoust, chef des travaux; Ogier, chef du laboratoire de chimie; Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Histologie : M. Retterer, préparateur.

Chimie : MM. Fauconnier, agrégé, chef des travaux de chimie biologique; Glaize, préparateur adjoint.

Pathologie expérimentale et comparée : M. Wurtz, chef; Sanchez Toledo et Mosny, moniteurs.

Hygiène : MM. Netter, chef; Martin, préparateur.

Pharmacologie : MM. Villejean, agrégé, chef; Héret, préparateur.

II. *Laboratoires de cliniques.* — Clinique médicale (Charité) : MM. Vaquez, chef des travaux de physiologie pathologique; Drouin, chef des travaux chimiques; Suchard, chef des travaux d'anatomie pathologique.

Clinique chirurgicale (Charité) : MM. Cazin, chef (en remplacement de M. Latteux, dont le temps d'exercice est expiré); M. Dubar, aide.

Clinique (Hôtel-Dieu) : MM. Gley, chef; Cherbuliez, chef adjoint (en remplacement de M. Hardy, décédé); Lapicque et Beretta, aides.

Clinique médicale (Pitié) : MM. Lesage, chef des travaux chimiques; Belin, chef des travaux anatomiques (en remplacement de M. Ménétrier, appelé à d'autres fonctions.

Clinique chirurgicale (Pitié) : M. Caussade, chef.

Clinique médicale (Necker) : M. Carron de la Carrière, chef des travaux chimiques.

Clinique chirurgicale (Necker) : M. Fabre-Dommergue, docteur ès sciences, chef (en remplacement de M. de Gennes, démissionnaire).

Clinique des maladies du système nerveux : MM. Richer, chef; Blocq, préparateur.

Clinique d'accouchements (Clinique de la Faculté) : MM. Galippe, chef; Vignal, aide.

Clinique des maladies mentales : MM. Klippel, chef; Lefèvre, aide.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : MM. Darier, chef (délégué dans les fonctions); Cathelineau, chef adjoint.

Clinique ophthalmologique : M. Rochon-Duvigneaud, chef adjoint (chargé des fonctions).

Clinique des maladies des enfants : MM. Ledoux-Lebard, chef; Chautard, préparateur de chimie; Auclair et Veillon, moniteurs.

Clinique d'accouchements (Baudelocque) : M. Lepage, chef.

— Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lyot.

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus de cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just, par Marennes (Charente-Inférieure).

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

CHU 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Valude : L'opération de la cataracte et son pansement. — III. Bibliothèque : Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents qui surviennent par l'emploi des scaphandres. — Nouvelles études sur l'isolement des contagieux en France et en Angleterre. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Formulaire — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

Plus l'on va, et plus les réserves relatives aux lois formulées par Koch augmentent, plus les doutes sur l'efficacité de son remède dans le traitement de la phthisie pulmonaire s'accentuent.

Le professeur Leyden n'a pas obtenu de réaction chez quatre malades qui étaient nettement tuberculeux et dont les crachats contenaient des bacilles.

Actuellement, le nombre des individus morts dans les hôpitaux de Berlin et en ville, à la suite des injections antituberculeuses, est de onze.

Des malades atteints de pleurésie, qu'on croyait de nature purement *a frigore,* ont présenté les réactions caractéristiques, confirmant ainsi les idées de Landouzy sur la nature tuberculeuse de la pleurésie dite spontanée, dans la plupart des cas au moins.

Les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris se sont réunis jeudi dernier chez M. le doyen, qui, ayant reçu une certaine quantité de *lymphe de Koch,* voulait la leur distribuer afin qu'ils pussent l'expérimenter dans leurs services. Trois d'entre eux ont refusé, trouvant

FEUILLETON

CAUSERIE

L'obstructionisme à Berlin.

On dit que la municipalité de Berlin est sens dessus dessous, autrement dit, qu'elle a la tête à l'envers, qu'elle perd la tête. M. le ministre de l'Instruction publique von Gossler, le même qui a annoncé si crânement à la Chambre des députés prussiens la résolution prise par le gouvernement de mettre la main sur le produit de Koch afin de ne le donner qu'à bon escient, n'avait pas prévu les conséquences de tout le bruit qu'a fait dans le monde entier la découverte scientifico-commerciale de M. Koch. Il aurait dû prévoir cela.

On nous apprend, en effet, que les égouts de Berlin commencent à être fortement engorgés et à ne plus laisser circuler que difficilement leur contenu. Une enquête rapide a permis de se rendre un compte succinct de la cause de ce phénomène imprévu et des désastres qu'il pourrait occasionner : les égouts sont remplis de..... Je vous le dirai tout à l'heure. — Voici comment fut faite cette découverte :

On s'aperçut, il y a une quinzaine de jours, que les tuyaux d'égouts partant des hôtels de Berlin, en particulier de ceux qui étaient les plus voisins des maisons occupées

©BIU Santé

la quantité insuffisante pour poursuivre jusqu'au bout la cure des malades. La part des cinq autres en sera ainsi presque doublée.

Un des professeurs a fait remarquer que la *lymphe de Koch* étant un remède secret ne pouvait être expérimentée en France sans mettre les expérimentateurs sous le coup de la loi, déjà violée d'ailleurs par l'entrée en France du susdit remède. Néanmoins, on a passé outre. On pourrait cependant se demander si les familles dont un membre soigné dans les hôpitaux par ladite lymphe viendrait à mourir ne pourraient pas intenter un procès en responsabilité au chef du service.

Un industriel ayant affiché la vente d'une lymphe vaccinale antituberculeuse sur sa boutique, M. le procureur de la République a fait saisir le produit affiché, qui n'avait rien de commun avec la lymphe de Koch, comme on voulait le faire croire. C'était simplement de la *spermine russe,* c'est-à-dire de l'eau claire. — L.-H. P.

L'opération de la cataracte et son pansement,

Par le docteur VALUDE.

(*Extrait de leçons pratiquées à la Clinique nationale des Quinze Vingts.*)

Le sujet dont nous allons traiter brièvement, encore que fort rebattu, n'en est cependant pas à son dernier mot, et pour s'en convaincre, s'il n'était assez de constater le nombre des communications qui paraissent à chaque Congrès sur cette question, il suffirait d'observer que chaque opérateur, ou à peu près, possède, à l'égard de la cataracte, une technique particulière soit pour l'opération, soit pour le pansement.

Il en résulte que l'extraction de la cataracte comporte dans ses modalités une infinie variété. Nous n'entreprendrons pas la critique de chacune de ces variétés d'exécution ; mais, à propos de chaque temps de l'opération, et étant donné le but de chacun de ces temps, nous chercherons à dégager la formule la plus rationnelle et celle qui nous a procuré les meilleurs

---

par M. Koch, M. Pfuhl, M. Liebbertz, M. von Bergmann, sans oublier le fallacieux M. Lévy, fonctionnaient mal. — Vous savez que Berlin possède le système du tout à l'égout. — Immédiatement après la constation de cet arrêt dans la circulation des égouts, on prévint la compagnie, qui envoya sur les lieux ses ingénieurs. On pensa d'abord que les grands froids qui étaient survenus brusquement et la grande quantité de neige tombée en quelques jours avaient été la cause de tout le mal : il suffirait donc de faire fondre la neige ou la glace formée dans les tuyaux. Pour s'en rendre compte, on introduisit dans les tuyaux de longues sondes *ad hoc*. Au lieu de sentir une résistance, on constata que les sondes s'enfonçaient jusqu'à leur dernière extrémité, dans une substance molle, visqueuse, de consistance assez homogène et égale partout. A l'aide de petits paniers fixés à la sonde, comme ceux dont on se sert pour faire l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, on ramena de petites quantités de la dite substance. Ce n'était pas la matière dont les égouts sont ordinairement remplis à Berlin ; elle n'était ni jaune, ni noire, ni entre les deux, mais d'un blanc jaunâtre, plutôt blanche que jaune, ou mieux encore, blanche et parsemée de parties jaunâtres, semi liquide, visqueuse comme nous l'avons dit, adhérente à la sonde, ce qui expliquait pourquoi elle circulait si difficilement dans les égouts.

Les ingénieurs n'y comprenaient rien. Tous se demandaient : « Qu'est-ce que ça peut être que cela? » Sans pouvoir répondre d'une manière satisfaisante, d'aucuns penchaient pour une immense omelette faite par un maître d'hôtel qui, pour faire une niche à son patron, aurait jeté une grande quantité d'œufs dans les égoûts. Mais où étaient les

BIU Santé

résultats, résultats, hâtons-nous de le dire, qui sont appuyés par une riche statistique.

Et tout d'abord nous n'entendrons traiter ici que de la cataracte la plus simple et la plus fréquente, la cataracte sénile normale, dure, semi-molle ou complètement molle, variété de cataracte qui est absolument justiciable de l'extraction simple sans iridectomie. Car il n'y a plus guère à revenir, en effet, sur le procès, encore pendant naguère, entre l'extraction avec iridectomie et l'extraction simple. Knapp et Panas l'ont dit et répété, l'extraction simple, opération de Daviel modifiée, est à la fois l'opération la plus sûre dans ses résultats, la plus bénigne et la plus jolie en ce qu'elle conserve à l'œil sa physionomie : *Tuto, cito et jucunde.*

Les deux seules objections assez valables qui aient pu être opposées à cette méthode : le risque des enclavements iriens et la fréquence des cataractes secondaires, peuvent être aisément combattus. Les enclavements de l'iris sont d'abord bien rares avec l'opération telle que nous allons la décrire, et surtout avec le pansement que nous appliquons, car, sur notre statistique, qui porte sur plusieurs centaines d'opérations, nous n'en avons relevé que la faible proportion de 4 p. 100, ce qui constitue un danger minime et non supérieur à celui, très réel, des enclavements capsulaires dans l'opération de de Graefe modifiée de n'importe quelle manière.

Quant aux cataractes secondaires, outre qu'elles sont moins fréquentes qu'on ne le croit, avec des manœuvres d'expulsion bien comprises et le lavage intra-oculaire post-opératoire, il y a véritablement peu de chose à en redouter. Qu'on fasse la discision aux aiguilles ou au kystitome, ou encore une prudente extraction à la pince, l'opération secondaire entraîne très généralement un bon résultat et, malgré le pessimisme autorisé de Gayet à cet égard, nous ne pouvons nous empêcher d'être favorablement impressionnés et convaincus par les statistiques éloquentes que vient tout récemment encore de publier Knapp. Cet auteur a obtenu, à la suite d'opérations secondaires, un pourcentage extrêmement heureux et comme

---

coquilles? D'autres, pour une cargaison de gomme arabique jetée également dans les égoûts et qui, se mélangeant avec l'eau, aurait donné cette purée. Mais les points jaunes?

Ces points jaunes devenant des points noirs dans l'intellect des ingénieurs, ceux-ci firent ce que nous ferions tous à Paris, ils envoyèrent un échantillon du produit au laboratoire municipal. Là, autre embarras. On lui avait demandé : « Est-ce du blanc d'œuf, ou est-ce de la gomme arabique, ou est-ce autre chose? Le laboratoire municipal répondit : « Ce n'est ni du blanc d'œuf ni de la gomme arabique, quoi que ça y ressemble. Je ne sais ce que c'est. »

Alors, comme en ce moment toutes les personnes embarrassées qui ne savent à quel saint se vouer à Berlin s'écrient : « Si nous demandions à Koch? » Les ingénieurs s'écrièrent : « Si nous demandions à Koch? » Et ils envoyèrent une délégation à l'illustre savant. Celui-ci examina le produit, le flaira, le gûta, en mit quelques parcelles sur une plaque de verre, puis une goutte de teinture d'aniline, puis le recouvrit d'une plaque de verre plus petite, plaça le tout sur le porte-objet d'un microscope perfectionné dernier genre, appliqua son œil sur l'oculaire, et dit en souriant : « Ce sont des crachats de phthisiques ! »

Ahurissement de la délégation! Des crachats de phthisiques qui obstruent les égouts! Koch lui-même ne pouvait en revenir. Mais il fallut bien se rendre à l'évidence : les égouts de la ville, autour des hôtels meublés, étaient remplis de crachats de phthisiques!

Cela n'a rien d'étonnant, si l'on songe que les hôtels de Berlin renferment en ce moment (chiffre officiel) 163,490 phthisiques, sans compter les femmes et les petits

©BIU Santé

quantité d'yeux rendus à une utile vision et comme élévation de l'acuité visuelle.

La pratique de l'extraction simple sans iridectomie nous paraît donc devoir être admise en principe pour tous les cas simples, et sauf indication spéciale.

Ceci étant, voici comment nous sommes arrivés à régler les soins préalables, l'opération elle-même, puis le pansement. Tout d'abord, le patient ne sera soumis antérieurement ni à l'atropine, ni à l'ésérine.

L'ésérine ne saurait nous convenir avant l'opération, puisque nous la rejetons au moment du pansement pour des raisons que nous exposerons tout à l'heure. Quant à l'atropine, on a pu l'employer pour dilater la pupille et tenter de faciliter la discision, mais ce but est fréquemment manqué lorsque l'humeur aqueuse s'écoule au cours de la section de la cornée et entraîne avec elle la coarctation de la pupille.

Au moment de l'opération, et après une cocaïnisation de quelques minutes, les paupières seront lavées, *intus et extra*, avec une solution de sublimé à 1/5,000 imbibant des tampons de coton hydrophile. Pour antiseptiser soigneusement la cavité conjonctivale et (qu'on me passe l'expression) *récurer* suffisamment les culs-de-sacs et les angles palpébraux, je me sers du procédé indiqué par Chibret; c'est une boulette de coton enroulée à l'extrémité d'une spatule et mouillée également de sublimé qui va être portée assez vigoureusement dans tous les recoins de la muqueuse. On sait, d'après les recherches, déjà anciennes, de Gayet, et reprises depuis par nombre d'auteurs, que les précautions ne seront jamais assez grandes contre les microbes de la conjonctive. On pourra, pour plus de sûreté, et je ne l'oublie pas lorsqu'il y a un peu de sécrétion conjonctivale, antiseptiser les voies lacrymales par des injections préalables au sublimé.

L'instrumentation qui est nécessaire à l'extraction simple telle que je la pratique, pourrait se réduire à une *pince à fixer* et à un *couteau de de Graefe*, à la condition qu'un aide tînt les paupières écartées. On voit que le matériel est restreint et par là même aussi les dangers d'infection, ce

---

enfants, comme disait Rabelais. Chaque phthisique expulse en moyenne un demi-litre de crachats par jour (et je suis modeste); cela fait environ 80,000 litres de crachats qui étaient jetés dans les égouts de Berlin en vingt-quatre heures, et cela, dans un petit rayon. Il en est résulté que ces crachats, ne pouvant circuler dans les tuyaux aux parois desquels ils se collaient les uns après les autres et les uns sur les autres, ont fini par s'accumuler et à obstruer lesdits tuyaux.

On ne sait encore quelles mesures prendre pour remédier à cet éta de choses, mais il paraît que la conduite de M. Lévy, qu'on a si fort blâmée, n'avait pas d'autre raison. Vous savez que cet indigne collaborateur de M. Koch demandait 300 marks par injection, ce qui a paru exorbitant. Eh bien, cet excellent confrère n'avait nullement, ainsi qu'on l'avait cru tout d'abord, l'intention d'abuser de sa situation pour exploiter les malades; bien au contraire, ainsi qu'un de ses aides, M. Salingré, l'a déclaré de la manière la plus catégorique, il n'a agi dans ce but que « pour effrayer les malades et empêcher qu'ils ne se présentent en trop grand nombre ». Voilà qui est bien : pour empêcher les égouts de Berlin d'être obstrués par les produits de l'expectoration des malades, il n'y a qu'à empêcher ceux-ci de venir en trop grand nombre à Berlin, et pour les empêcher de venir en trop grand nombre à Berlin, il n'y a qu'à les menacer de les écorcher tout vifs dans les hôtels. M. Lévy a trouvé à lui tout seul le moyen d'éviter cet encombrement, et je m'étonne que S. M. Guillaume II, pour reconnaître un service si éminent, car il ne s'agissait rien moins que de prévenir l'inondation de Berlin par les eaux sales, n'ait pas

BIU Santé

qui est important. En fait, et dans la pratique courante, j'utilise un plus grand nombre d'instruments; mais, tel qu'il est, cet ensemble instrumental est encore fort limité et surtout fort aisé à tenir propre; il se compose d'un écarteur, de la pince et du couteau sus-mentionné, d'une spatule et d'une curette pour exprimer le cristallin hors de l'œil, quand on ne se sert pas simplement des doigts pour ce temps de l'opération. La spatule sert encore à réduire l'iris.

Ces instruments ne sont ni bouillis ni soumis à l'étuve sèche, à cause de la délicatesse de leur structure ou des tranchants; je les plonge pendant quelques minutes dans une solution d'oxycyanure ou de cyanure de mercure à 1/100e, qui est une solution aussi antiseptique que le sublimé à 1/5,000e et qui n'a pas comme cette dernière, et comme les solutions boriquées, l'inconvénient d'altérer le métal. On ne peut, en chirurgie oculaire, utiliser les solutions phéniquées trop irritantes, et l'alcool, l'eau bouillie, qui n'altèrent point le métal, constituent des liquides infidèles au point de vue antiseptique, ainsi que je l'ai constaté. (Voyez « Revue sur les antiseptiques en chirurgie oculaire », *Gazette des hôpitaux*, août 1890). L'emploi du cyanure de mercure pour les instruments, du sublimé pour les lavages préopératoires de l'œil me donne depuis longtemps toute satisfaction.

L'œil étant cocaïnisé et antiseptisé, les instruments baignant dans la solution d'oxycyanure ou de cyanure de mercure, je commence l'opération par la taille d'un lambeau *juste au niveau du limbe* et comprenant environ un tiers de la circonférence de la cornée; ce lambeau sera placé, dans l'immense majorité des cas, en haut. J'estime que la position du lambeau au niveau du limbe, ni en avant dans la cornée, ni en arrière sous la conjonctive, est celle qui expose le moins aux dangers d'enclavement; c'est aussi le lambeau dont la cicatrisation est la plus rapide.

Tout en pratiquant la section de la cornée avec un fin couteau de de Graefe, je suis le procédé bien anciennement connu et qui consiste à diriger la pointe de l'instrument vers le centre de la pupille, de manière à dis-

---

associé M. Lévy à la haute récompense qu'il a décernée à M. Koch. J'espère que mon article lui tombera sous les yeux et qu'il réparera cet oubli.

Ainsi, grâce à M. Lévy, voilà Berlin sauvé d'un grand danger immédiat; mais il n'en est pas moins sérieusement menacé dans l'avenir. Suivez bien mon raisonnement: Que vont devenir toutes les déjections des 163,499 phthisiques (chiffre officiel) qui encombrent en ce moment les hôtels et les hôpitaux de Berlin? Les a-t-on stérilisées? Ah bien oui! Est-ce que les hôteliers songent à cela? Non. Tous ces pauvres diables (riches ou pauvres, peu importe) crachent où bon leur semble, — les soldats prussiens en ont bien fait d'autres en France il y a vingt ans, — ils crachent partout : dans leurs chambres, dans les escaliers, dans la rue; et voyez quelle énorme quantité de poussière infectée vont faire tous ces crachats desséchés! Je ne parle plus maintenant de ceux qui sont dans les égouts, mais de ceux qui sont jetés partout, ça et là, et que le vent répandra au loin dans toute l'Allemagne. Et voilà une campagne qui va lui coûter cher! Pour le moment, c'est pain béni pour Berlin et pour les Compagnies de chemin de fer, qui vont profiter de la manne dorée apportée par les voyageurs tuberculeux; mais dans six mois, dans un an, ou plutôt vienne le printemps prochain, et tous les germes tuberculeux vont se développer, les bacilles engourdis par le froid reprendre une vigueur nouvelle, et infecter *larga manu* les bronches des Allemands. M. Koch, qui a annoncé à l'empereur que la tuberculose tuait chaque année 7 p. 100 de ses sujets, pourra élever d'année en année la proportion et dire l'an prochain qu'elle va à 8 p. 100, etc.

— Mais, me direz-vous, d'ici-là, M. Koch aura fabriqué assez de vaccin pour mettre

©BIU Santé

ciser la cristalloïde avec la pointe du couteau; la discision une fois faite, on pratique la contre-ponction, et à la condition que le tout soit exécuté assez prestement, les deux premiers temps de l'opération de la cataracte se trouvent ainsi heureusement et simultanément accomplis. Le grand avantage de cette discision au couteau est qu'elle évite l'introduction, dans l'œil, du kystitome, instrument difficile à tenir propre et qui peut fâcheusement s'embarrasser dans l'iris. On peut dire de la sorte que le couteau de de Graefe est seul appelé à pénétrer intimement l'œil opéré, et cette condition est des plus favorables à la tenue antiseptique du foyer opératoire.

Cette kérato-kystitomie une fois terminée, il ne reste plus qu'à favoriser l'expulsion du noyau cristallinien par des exercices de pression et contre-pression pratiqués soit avec les doigts au travers des paupières, soit avec l'aide d'une spatule et d'une curette.

Ces instruments bien maniés permettent généralement une toilette du champ pupillaire plus rigoureuse qu'avec les doigts; les masses molles, cristalliniennes sont facillement recueillies par une curette introduite à l'entrée de la plaie. Que si quelques masses secondaires résistent encore à l'action mécanique de la pression et de la contre-pression, il sera loisible de les expulser en faisant passer dans la chambre antérieure un courant d'eau bouillie ou d'eau boriquée. Nous employons volontiers, mais non pas systématiquement, le lavage intra-oculaire.

L'opération une fois terminée et l'œil nettoyé, nous procédons au pansement. Tout d'abord nous n'instillons pas d'ésérine dans l'œil.

L'ésérine est destinée à prévenir les enclavements probables de l'iris; or, qui a vu un enclavement se produire au cours de l'opération par le fait d'une pression des muscles oculaires, influencée elle-même par la parole, la toux, les efforts quelconques, a pu se rendre compte de l'impuissance certaine de l'action de l'ésérine contre une telle force de propulsion.

L'ésérine n'a jamais dû empêcher un seul enclavement de se produire. La pratique vient ici appuyer la théorie. On sait, en effet, que la proportion habituelle aux auteurs (de Wecker, Panas) qui se servent de l'éserine après

---

toute l'armée allemande à l'abri des ravages de son bacille, et celui-ci sera bien obligé de mourir d'inanition ou d'aller vivre ailleurs.

— Tiens, vous m'y faites songer! Est-ce que par hasard le gouvernement allemand aurait eu l'intention, en monopolisant la production de M. Koch, de la garder pour en faire profiter son armée, tandis que l'armée des puissances voisines continuerait à être décimée par la phthisie?

— Mais pourquoi pas, mon cher Simplissime?

— Au fait, vous avez peut-être raison. Mais, alors, que devient cette belle phrase que M. Charcot a écrite dans sa préface au *Traité des maladies du système nerveux* de Rosenthal, traduit par Lubanski en 1878? « La science ne reconnaît pas de frontières. » — Eh bien, cher Simplissime, c'est une belle phrase de plus, et voilà tout. Mais est-ce que vous vous êtes jamais figuré que le sentiment entre pour quelque chose dans la politique, même allemande? Vous êtes encore naïf, vous.

— Bon, laissons cela; en tout cas, j'espère que les égouts de Berlin vont bientôt être curés et désinfectés, car ils en ont bien besoin. Il sera plus facile de remédier à leur obstruction qu'à l'obstructionisme de M. von Gossler, qui veut pouvoir mettre l'embargo, si bon lui semble, sur la fameuse lymphe.

Encore un mot, cher ami. Est-ce que vous ne pensez pas que les tuyaux d'égouts, devenus tuberculeux, auraient pu gonfler aussi, sous l'influence du contact des déjections des phtisiques vaccinés, comme un vulgaire lupus, et s'engorger comme de simples

©BIU Santé

l'extraction de la cataracte sans iridectomie est de 5 p. 100 d'enclavements au moins ; or, dans notre service et sans instillations d'éserine, nous avons vu cette proportion tombée à 4 p. 100 sur un chiffre de plus de cent opérations.

L'ésérine n'est pas seulement inutile, elle est très souvent nuisible par la raison qu'elle entraîne la formation d'exsudats plastiques iriens qui contribuent à obturer la pupille et à former des synéchies.

L'éserine est donc proscrite par nous à la suite de l'opération de la cataracte et si nous instillions quelque chose, ce serait plutôt de l'atropine, pour prévenir les synéchies dont nous parlions tout à l'heure.

Le pansement de la cataracte, tel que nous le comprenonset qui nous donne actuellement de si bons résultats, doit être essentiellement *sec et rare*. Il se compose d'une rondelle de gaze au salol appliquée directement sur l'œil, de quelques rondelles étagées d'ouate hydrophile antiseptique ; d'une bande de tarlatane mouillée. Les deux yeux seront bandés tout d'abord et le pansement, devenu inamovible par le fait de la dessication de la bande de tarlatane, devra être laissé en place durant trois jours au minimum ou quatre jours, même si les malades se plaignent de souffrances. L'expérience nous a appris, en effet, que l'enclavement irien toujours redouté et susceptible d'occasionner de vives douleurs au malade, peut être laissé à lui-même sous le pansement sans le moindre inconvénient durant quelques jours. Je serais presque tenté de faire la même réflexion à l'égard de la panophtalmie commençante, car il n'est pas prouvé encore, selon moi, que la meilleure manière de traiter une suppuration cornéenne au début ne soit de la tenir à l'abri de l'air sous un pansement hermétique.

Il n'y a donc pas d'inconvénient à laisser le pansement en place, même si on suppose qu'un enclavement a pu se produire ; il y en a un grand, par contre, à faire le pansement avant le troisième jour, car, avant ce moment, la cicatrisation cornéenne est encore imparfaite et la plaie peut s'ouvrir sous la moindre influence, en donnant lieu justement à la production de l'enclavement qu'on cherche à éviter. J'ai vu ainsi un enclavement se produire

---

vaisseaux lymphatiques? Vous savez, un peu de vaccin suffit pour mettre tout un homme en ébullition, et une seule goutte dans le bouillon de culture.....

— Allons, vous êtes un farceur, et vous allez vous faire enlever comme si vous n'étiez qu'un vulgaire reporter du *Figaro*.

— Qu'est-ce que le *Figaro* vient faire là dedans?

— Comment, vous qui êtes à l'affut de toutes les balivernes qui s'étalent dans les journaux profanes, comme vous dites, vous n'avez pas vu celle-là? Elle est pourtant bien bonne. Et elle est signée G. Labadie-Lagrave. — Pas le médecin des hôpitaux, toutefois, car il s'appelle Frédéric de son petit nom.

Voici comment, d'après lui, on recherche et on reconnaît les bacilles de Koch.

Un savant recueille l'expectoration d'un phthisique, puis il la plonge dans une solution alcoolique de méthylène qui la colore en bleu. La vésuvine dissoute dans l'eau a la propriété d'éliminer le bleu de méthylène. Soumise à l'action de la vésuvine, le liquide observé ainsi que les matières organiques et les bactéries de toute nature qu'il tient en suspension deviennent bruns, sauf le bacille de la tuberculose qui reste bleu. C'est à ce signe caractéristique qu'on le distingue et, à partir de ce moment où on lui a donné un uniforme, il devient possible de surveiller sa conduite. *Il suffit en effet d'avoir quelque habitude du microscope pour suivre les mouvements des petits bâtons bleus qui se détachent sur un fond brun Bismarck.*

Qu'est-ce que vous dites de ces petits bâtons bleus qut se mettent en mouvement sur

©BIU Santé

sous mes yeux, chez un malade à qui j'avais dû changer le pansement au deuxième jour pour une raison spéciale, et ce fait, particulièrement instructif, à rendu absolue en moi la confiance que je portais déjà au pansement rare. Cette pratique a, du reste, été consacrée par toute la chirurgie générale sur laquelle la chirurgie ophthalmologique doit se modeler toujours autant qu'il est possible.

Par conséquent, le pansement d'une cataracte aux allures normales sera laissé en place trois ou quatre jours. A la première levée du pansement, de ce pansement sec et rare, il est ordinaire de trouver la plaie refermée, la chambre antérieure reformée et l'œil dépourvu de toute injection irritative. On instille alors l'atropine pour rompre les synéchies s'il en est en voie de formation et on applique un bandeau léger qui, vers le surlendemain, n'aura déjà presque plus de raison d'être. Dès le quatrième jour, les malades se lèvent de leur lit et, vers le septième ou huitième au maximum, quand la marche des choses est normale, ce qui est la règle presque absolue, les malades sont susceptibles de quitter la clinique et de réintégrer leur domicile. Et pendant tout le temps du premier pansement, les malades séjournent dans une chambre parfaitement claire, voire ensoleillée ; au lieu de l'affreuse prison noire qui leur était réservée naguère, ils sont astreints simplement à un certain degré d'immobilité.

Nous voici loin toutefois, avec ces quatre jours de lit dans une chambre éclairée, des semaines pénibles que nécessitait l'application de l'ancienne méthode !

Aujourd'hui, l'opération de la cataracte, avec la cocaïne et les soins consécutifs tels que nous les avons établis, peut être considérée comme une des interventions chirurgicales les plus bénignes et les plus insignifiantes pour le malade, bien que, par la délicatesse de ses temps, elle constitue encore l'œuvre de maîtrise de l'ophthalmologiste.

---

le fond brun-Bismarck. Ces petits gredins ! Ils manœuvrent comme de vrais grenadiers prussiens, en uniforme, encore.

*
* *

L'attitude de l'entourage de Koch, qui contraste si fort par son empressement à vouloir éblouir les populations avec la réserve du maître, a fait caractériser toute cette campagne d'un mot assez juste : « *Le boulangisme médical à Berlin !* »

SIMPLISSIME.

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA DU MAMELON. — Braun.

Calomel	3 grammes.
Carbonate de magnésie	2 gr. 50 centigr.
Onguent rosat	30 grammes.

F. s. a. une pommade avec laquelle on frictionne légèrement le mamelon atteint d'eczéma. — Pour prévenir le développement de l'eczéma, nettoyer le mamelon avec le plus grand soin après chaque tétée. — Si l'auréole est sensible et le mamelon excorié, on le frictionne matin et soir avec de la glycérine additionnée de tannin, et on fait disparaître toute trace de ce topique, au moment du repas de l'enfant. — N. G.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LES ACCIDENTS QUI SURVIENNENT PAR L'EMPLOI DES SCAPHANDRES, par M. le docteur Michel CATSARAS. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

L'auteur a réuni un grand nombre d'observations desquelles il résulte que la clinique des plongeurs à scaphandre comprend deux catégories principales d'accidents, dont la première contient ceux qui frappent le système nerveux central et qui constituent la plus grande partie de la pathologie des scaphandriers, et, en général, de tous ceux qui travaillent dans l'air comprimé; la deuxième catégorie comprend les accidents, beaucoup moins nombreux, qui ont pour siège d'autres organes ou tissus.

Il y a trois grandes catégories d'accidents nerveux : les formes spinales, cérébrales et cérébro-spinales. La forme que l'auteur appelle centrale-spinale-latérale est la plus fréquente et la paralysie en est le principal symptôme; lorsque cette paraplégie se prolonge au delà d'un mois, elle est presque toujours spasmodique.

M. Catsaras décrit en détail les formes aphonique, sensorielle, épileptiforme, mentale, vertigineuse, etc.

En fait d'accidents ecto-nerveux, ceux que l'on rencontre le plus souvent sont les douleurs musculaires ou articulaires. Les autres localisations sont très rares : emphysème sous-cutané, hémorrhagie thyroïdienne, etc.

Pour éviter les accidents qui peuvent les atteindre, il faut que les scaphandriers évitent de prolonger outre mesure la durée du séjour, qu'ils évitent la fatigue, ne mangent pas avant de plonger, prennent une période de repos entre chaque immersion, et, enfin, se fassent décomprimer lentement et en plusieurs temps. — P. C.

NOUVELLES ÉTUDES SUR L'ISOLEMENT DES CONTAGIEUX EN FRANCE ET EN ANGLETERRE, par A. LUTAUD et W. DOUGLAS HOGG. — Paris, J.-B. Baillière, 1890.

Les études des auteurs les ont conduits aux conclusions suivantes :

Les malades atteints d'affections contagieuses et transmissibles, telles que le choléra, la dysentérie, la scarlatine, la diphthérie, l'érysipèle, la pneumonie, la broncho-pneumonie, l'infection puerpérale, la fièvre typhoïde, la rougeole, la coqueluche, seront traités dans des pavillons isolés; ceux ci pourront être sans inconvénient élevés dans la même enceinte, à la condition de posséder un personnel distinct.

Les varioleux seront hospitalisés dans des hôpitaux à eux spécialement affectés, à l'exclusion de tous autres malades.

Les hôpitaux des varioleux seront placés hors des villes, à une aussi grande distance que possible de toute habitation ou centre habité.

Les hôpitaux de convalescence seront établis hors la ville, sur le modèle des hôpitaux ordinaires. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Remarque sur quelques sensations acoustiques provoquées par les sels de quinine, par M. BERTHELOT. — Un physiologiste autorisé a pensé que les remarques suivantes pouvaient offrir quelque intéret : c'est ce qui m'excusera de les présenter ici, aussi brièvement que possible. En effet, j'ai eu l'occasion d'observer que les bourdonnements ou bruits internes, tels que je les percevais après l'ingestion d'un sel de quinine (lactate), constituaient la sensation d'un bruit continu, composé d'un ensemble de sons simultanés, compris dans toute l'étendue des sons perceptibles, depuis les plus graves, qui

©BIU Santé

apparaissent avec une grande intensité, jusqu'aux plus aigus, avec perception nette des intermédiaires. Il est facile d'analyser le phénomène la nuit, lors des premières impressions provoquées par la quinine. Plus tard, son intensité diminue, il n'est plus possible d'établir des distinctions claires, et le tout se réduit à une sensation de sifflements confus.

Le phénomène observé dans ces conditions paraît répondre à une excitation générale du nerf acoustique, reproduisant simultanément tout l'ensemble des sensations que ce nerf est susceptible d'éprouver par l'impression des agents extérieurs, plutôt qu'à un effet secondaire, attribuable à l'état vibratoire de la circulation, ou à quelque modification survenue dans l'oreille moyenne.

Sur un antiseptique gazeux; son action sur la bactérie pyogène de l'infection urinaire (1), par M. C. Chabrier. — Lorsque j'ai eu l'honneur d'annoncer à l'Académie la formation du fluorure de méthylène (2) au moyen de l'action du fluorure d'argent sur le chlorure de méthylène, j'ai exprimé mon intention d'étudier les propriétés physiologiques de ce composé nouveau. Le désir d'obtenir des gaz antiseptiques était une des raisons qui m'ont fait entreprendre l'étude des gaz fluocarbonés.

J'ai d'abord cherché à constater si le fluorure de méthylène aurait le pouvoir de s'opposer au développement d'une bactérie pyogène et même de détruire cette bactérie découverte dans les urines par M. le professeur Bouchard en 1879 (3), étudiée par M. Clado et caractérisée comme microbe des accidents infectieux de l'appareil urinaire par MM. Albarran et Hallé (4), élèves de M. le professeur Guyon.

Je pris une urine contenant quelques colonies de la bactérie pyogène très pure que voulut bien me donner mon collègue M. Hallé, et je plaçai une portion de cette urine dans une éprouvette contenant de l'air mélangé de son volume de fluorure de méthylène, et une autre portion dans une éprouvette contenant de l'air seul. Les deux éprouvettes étaient plongées dans le mercure. Ces deux échantillons d'urine étaient dans les mêmes conditions relativement à la présence du mercure et de l'air confiné.

Je les abandonnai vingt-quatre heures à la température de 35°; ensuite je prélevai une goutte de la première urine que j'introduisis dans un tube contenant un bouillon de culture aseptique et j'en fis autant pour la deuxième.

Je mis ces deux ballons à cultiver à l'étuve pendant vingt-quatre heures, puis quarante-huit heures, et je constatai que la deuxième contenait une colonie florissante de la bactérie pyogène, tandis que la première n'avait pas cultivé.

Or, d'après MM. Albarran et Hallé, douze heures suffisent au développement de la bactérie étudiée.

Depuis, j'ai varié les conditions de l'expérience, dans le but d'éviter complètement la présence du mercure. J'ai rempli de gaz mêlé d'air un tube contenant une urine où se développait la bactérie, et j'ai placé ce tube dans l'étuve à 35° pendant vingt-quatre heures. Ensuite, j'ai cherché à cultiver avec cette urine dans la gélatine et dans l'agar.

Deux tubes de gélatine ont été soumis à la température de 22° pendant huit jours; deux tubes d'agar à la température de 35° pendant quatre jours.

Dans aucun de ces tubes il ne s'est développé de colonies.

De ces faits, je crois pouvoir conclure que le fluorure de méthylène possède le pouvoir de s'opposer au développement de la bactérie de l'infection urinaire et même de la détruire en plein développement.

Mais, pour que cette propriété puisse recevoir une application efficace dans les maladies des voies urinaires, il fallait savoir si le gaz n'avait pas une action irritante.

Pour le constater, nous avons, M. le docteur Petit (de Santiago) et moi, fait arriver le gaz sur la membrane digitale d'une grenouille vivante et sur son mésentère. Nous n'avons pas observé d'action irritante sur ces tissus. En tout cas, ce que ce premier exa-

(1) Travail du laboratoire de M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker.
(2) *Comptes rendus*, 9 juin 1890.
(3) *Leçons sur le ralentissement de la nutrition*, p. 251.
(4) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 21 août 1888.

© BIU Santé

men nous a appris, c'est que l'action d'un courant de ce gaz ne produit d'autre effet que celui d'un simple courant d'air.

Je me propose de rechercher l'action du fluorure de méthylène sur d'autres microbes pathogènes, particulièrement sur celui de la tuberculose, et aussi de voir si le fluorure d'éthylène, décrit par moi dans une autre note, aurait une action antiseptique analogue.

Nous avons pensé, M. Lapicque et moi, qu'il serait curieux de connaître les effets de l'introduction du fluorure de méthylène dans les voies respiratoires. Ce travail sera poursuivi par M. Lapicque qui a bien voulu se charger de cette recherche plus spécialement physiologique.

En présence de ces résultats, M. le professeur Guyon entreprend l'étude clinique de ce gaz.

De l'action combinée du bacille de Koch et des agents de suppuration dans l'évolution du lupus, par M. H. Leloir. — J'ai été frappé de ce fait que les lupus secs « non exedentes » ne renferment pas de microbes de la suppuration. Au contraire les lupus ulcéreux en renferment un nombre d'autant plus grand que le lupus suit une marche plus rapidement ulcéreuse.

D'autre part, dans certains cas, j'ai vu un lupus non exedens, à tubercules secs, traité au moyen de méthodes déterminant une certaine inflammation et partant de la suppuration au niveau des nodules lupeux (cautérisation, raclage, préparations irritantes) présenter les particularités suivantes :

Le plus souvent on voit le placard lupeux se cicatriser, au bout d'un certain temps, sous l'influence d'un traitement bien institué. Dans des cas exceptionnels, on voit certains tubercules lupeux, souvent les tubercules incomplètement traités, mais aussi dans d'autres cas, les tubercules lupeux situés dans le voisinage du foyer d'action thérapeutique, se mettre à s'enflammer et à se couvrir de croûtes; ils prennent un aspect mollasse, fongueux et s'ulcèrent. L'on institue alors un traitement destructif plus énergique, et malgré l'intensité et l'énergie de ce traitement, l'on voit s'accroître en largeur et en profondeur l'ulcération du placard lupeux; l'on voit même, dans certains cas, les tissus ambiants, qui paraissaient absolument indemnes, s'ulcérer avec une rapidité plus ou moins grande.

Dans de pareils cas, je me suis demandé si je n'étais pas en présence d'ulcérations en relation avec les microbes de la suppuration.

J'instituai alors un traitement destiné à combattre les phénomènes suppuratifs et qui n'avait aucune action sur d'autres foyers lupeux ulcérés ou non ulcérés; ce traitement avait pour base le sous-carbonate de fer, l'acide salicylique, l'acide borique, le salol, l'aristol, et la marche de ces ulcérations était enrayée en vingt-quatre heures tout au plus, et en quelques jours celles-ci étaient complètement cicatrisées.

Il m'est impossible, devant de pareils faits, de ne pas admettre que ces ulcérations étaient en rapport non pas avec l'agent pathogène du lupus, mais très probablement en relation avec des agents pathogènes indépendants de celui-ci, probablement les microbes de la suppuration.

Ce qui pourrait encore venir étayer cette opinion, c'est que parfois, après la cicatrisation totale du lupus, l'on voit se produire au niveau de cette cicatrice, ou dans son voisinage immédiat, des ulcérations suppurantes évoluant avec une rapidité excessive et très riches en staphylococci aurei. Le traitement du lupus ne leur convient pas, alors que le traitement anti-suppuratif en amène la cicatrisation. On peut attribuer à ces faits la pathogénie suivante :

Le bacille de la tuberculose et le traitement qui en est la conséquence ont ouvert une porte d'entrée aux agents pathogènes de la suppuration. Le lupus une fois cicatrisé, le bacille tuberculeux, si toutefois il en reste, repullule difficilement dans la peau, mauvais terrain de culture. Mais les agents pathogènes de la suppuration qui se trouvent en même temps que lui dans ce foyer lupeux cicatrisé repullulent vigoureusement.

Ce qui prouve bien que ces accidents para ou post-lupeux ne sont pas d'essence lupeuse, c'est que, ayant inoculé des cobayes, il ne s'est produit chez eux aucun accident de tuberculose.

©BIU Santé

Par contre, dans trois autres cas, ayant inoculé des produits du fond de ces ulcérations dans la cavité péritonéale de cobayes, ces animaux sont morts de péritonite suppurée.

Il semble donc que dans bien des cas les ulcérations des nodosités lupeuses ou des tissus avoisinants sont en relation non pas avec le bacille de Koch, mais avec les agents de la suppuration. Le lupus proprement dit donne lieu à un tubercule sec qui s'ulcère peut être uniquement lorsqu'interviennent les agents de la suppuration.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Préparateurs de cours et conférences.* — MM. Piguot, histoire de la médecine; Crouzat, cours d'accouchements; Crouzat, conférences d'obstétrique; Coudray, pathologie externe (chargé des fonctions); Poulalion, pathologie interne (en remplacement de M. Martha, démissionnaire); Remond, pathologie interne (emploi nouveau); Mussat, botanique; Martin, hygiène (chargé des fonctions); Bordas, médecine légale (en remplacement de M. Loye, décédé); Broca, physique; Hallopeau, chimie.

Concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés. — Ce concours a commencé, pour la région de Paris, le mardi 25 novembre, à neuf heures et demie du matin, à la préfecture de la Seine, sous la présidence de M. Napias, inspecteur général de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur.

Le jury se compose de MM. Gilbert Ballet, médecin des hôpitaux; J. Voisin, médecin de la Salpêtrière; Kéraval, médecin de Ville-Evrard; Péan, directeur-médecin de l'asile. Juré suppléant, M. Delaporte, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). Le sujet de composition écrite tirée par les candidats a été : « Nerf optique (anatomie et physiologie) ». Les questions restées dans l'urne étaient : « Substance grise de la moelle (anatomie et physiologie) »; « Circonvolutions cérébrales (anatomie et physiologie) ». — Les candidats qui se sont présentés pour concourir sont : MM. Blin, Colin, Marie, Thivet.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 8 décembre 1890, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour* : 1. Lecture et et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. Elections du bureau pour l'année 1891; élection du président pour deux années; élection des deux vice-présidents, des deux secrétaires annuels; élection d'un trésorier en remplacement de l'honorable M. Mayet qui, pour des raisons de santé, exprime le désir se retirer; élection de trois membres de la commission permanente; du conseil de famille et du comité de publication. — 3. M. Pouchet : Recherches sur la conicine. Expérimentation physiologique. — 4. M. Laugier : Accouchement chez une multipare à l'insu de la parturiente. — 5. Communications diverses.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — 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.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. L.-G. RICHELOT : L'arthrectomie et la résection du genou. — II. THÉRAPEUTIQUE : Du bromure de potassium dans le traitement des maladies nerveuses. — III. REVUE DES CLINIQUES : Maladies des enfants. — IV. De quelques nouvelles médications. — V. COURRIER.

L'arthrectomie et la résection du genou,

Par L.-G. RICHELOT.

M. Lucas-Championnière nous a entretenus récemment du manuel opératoire et des suites de la résection du genou, en s'appuyant sur une série de quarante-trois observations personnelles (1). La lecture de son travail nous a montré une fois de plus les résultats qu'on peut obtenir en pratiquant cette opération avec habileté, suivant des règles précises, et en même temps le parfait accord qui règne entre nous sur la manière de procéder ; car, sauf de très minimes différences dans les détails du pansement, chacun de nous, en l'entendant parler, reconnaissait sa propre méthode et aurait tout contresigné. Si donc notre collègue a contribué pour sa part à introduire ces préceptes et à démontrer leur valeur, il peut s'applaudir de n'avoir pas prêché dans le désert ; tous ceux d'entre nous qui ont étudié la question depuis quelques années sont unanimes pour admettre que la résection du genou est excellente, qu'elle ne comporte aucune mortalité quand on l'entreprend dans des conditions acceptables, et que le succès, dépendant de l'exactitude et des soins minutieux qu'on y apporte, n'est plus très difficile à obtenir.

Je note les bons conseils que donne M. Lucas-Championnière sur la poursuite attentive, persévérante et la destruction complète des fongosités. Toute opération partielle, qui laisse à la tuberculose locale le soin d'achever elle-même sa guérison, à travers des suppurations et des récidives, est mauvaise et doit être condamnée.

Je note aussi que cette opinion très légitime sur la nécessité d'une intervention radicale l'a empêché de songer même à autre chose qu'à la résection totale de l'articulation, parties osseuses et parties molles. Sa pratique, à cet égard, ne comporte aucune réserve, et son sentiment nous est bien connu.

C'est cependant l'*arthrectomie*, opération de même ordre, mais dans laquelle on épargne les os, que je voudrais mettre aujourd'hui en parallèle avec la résection. Non que la première doive entrer en lutte avec la seconde et chercher à la remplacer, loin de là ; les conditions dans lesquelles l'arthrectomie est bonne sont très nettement limitées. Mais elle est bonne dans ces conditions, et peut être, selon moi, préférée pour certaines tumeurs blanches du genou.

C'est une question qui n'a pas encore pris racine en France. Elle a fait l'objet d'une discussion parmi nous en mars 1888, et mon premier soin sera

(1) *Soc. de chir.*, 30 juillet 1890.

©BIU Santé

d'analyser cet échange de vues quelque peu embryonnaire. C'est un travail que j'ai fait plus d'une fois pour mon édification personnelle ; je ne trouve rien d'intéressant comme de relire, après deux ans, les discussions de la Société de chirurgie, et d'y retrouver le germe des idées qui deviennent si promptement des vérités reconnues.

M. Delorme, professeur au Val-de-Grâce, nous avait donné quatre observations d'arthrectomie du genou ; mais ces quelques faits n'avaient rien de probant, comme le fait ressortir le rapport de M. Chauvel. Deux malades n'étaient pas guéris : chez l'un, ulcération de la cicatrice et fistule persistante ; chez l'autre, nouvelles poussées fongueuses, abcès voisins, désordres considérables. De deux choses l'une, ou les os étaient malades, ou les parties molles n'avaient pas subi un traitement complet. Deux autres fois, la guérison paraissait acquise, bien que toute récente ; mais dans le premier cas, il s'agissait d'une lésion circonscrite de la synoviale avec foyer caséeux d'un condyle, l'os est évidé, la rotule saine est enlevée pour faciliter la manœuvre, — ce qui est une faute, — il survient un bourgeon fongueux, un abcès et des ulcérations qui se ferment lentement ; dans le second, il y avait eu arthrite subaiguë et ankylose préalable, on fait l'ablation de la rotule malade et une résection partielle de la synoviale au-dessous du triceps. En aucune façon ces deux faits ne représentent l'arthrectomie du genou dans le vrai sens du mot, avec ses indications propres et son manuel opératoire.

Après avoir écouté M. Chauvel, plusieurs membres de la Société furent d'avis qu'en présence de lésions tuberculeuses limitées à la synoviale, l'arthrectomie était rationnelle, et qu'il ne fallait pas la condamner sans l'avoir mise plus complètement à l'épreuve. MM. Tillaux et Kirmisson parlèrent en sa faveur ; M. Lucas-Championnière l'attaqua vivement, disant que la lésion des os est à peu près constante, qu'il est impossible d'enlever la synoviale dans ses moindres replis sans toucher au squelette, que le résultat fonctionnel de la résection est meilleur et que « c'est un véritable bienfait d'avoir le membre opéré plus court que l'autre ».

Pour en appeler de ce jugement trop sévère, cherchons à bien définir l'« arthrectomie ». Et d'abord, elle n'a rien à voir avec les interventions portant sur un seul point, fongus partiel de la synoviale ou foyer circonscrit du squelette, abrasions ou évidements qu'on pratique à la faveur d'une « arthrotomie », mais qui respectent, comme la lésion elle-même, la majeure partie de la cavité articulaire. Ces opérations, faites à propos, n'encourent pas le reproche d'être incomplètes, mais elles sont limitées ; elles enlèvent tout le mal, mais non toute la jointure. Elles sont pratiquées, à l'occasion, par les partisans les plus zélés de la résection totale ; mais leurs indications sont tout autres que celles de la résection ou de l'arthrectomie.

Ces dernières s'appliquent aux lésions tuberculeuses qui intéressent l'ensemble de la jointure. Je suppose qu'on a renoncé à la guérison spontanée par ankylose, que l'arthrite fongueuse est en voie d'évolution et qu'il faut agir : quelle opération va être choisie? Voilà sur quel terrain nous sommes.

L'arthrectomie est la destruction intégrale de toutes les parties molles de l'articulation, ligaments et synoviale, à l'exclusion des os. Pour qu'elle soit valable, il faut deux conditions : 1° l'absence de lésion osseuse ; 2° la suppression totale des fongosités.

© BIU Santé

Le premier point ne laisse pas que d'être embarrassant. « J'ai fait quatre fois la résection du genou, dit M. Kirmisson, et quatre fois les os étaient sains. — Voilà qui m'étonne infiniment, répond M. Championnière; sur vingt et un cas, vingt fois la tuberculose osseuse était certaine ». Et l'opinion de Volkmann, et les recherches de Lannelongue! Je me range néanmoins, je l'avoue, parmi ceux qui pensent que l'intégrité du squelette se rencontre assez souvent *chez l'adulte*. Dans quelle proportion, je l'ignore. Tout ce que je puis dire à cet égard, c'est que j'ai vu depuis trois ans 12 malades à qui j'aurais pu faire la résection du genou, si j'avais eu une opinion exclusive et une pratique uniforme. Si j'élimine un cas de résection pour ankylose et un cas d'arthrectomie pour laxité articulaire, il reste 10 malades qui avaient des tumeurs blanches. Or, un jeune homme de 20 ans, après une arthrotomie exploratrice, a guéri tout seul par ankylose, plus facilement et plus vite qu'après une opération radicale; apparemment, ses os n'étaient pas bien malades. Sur les 9 autres, j'ai fait cinq fois l'arthrectomie, quatre fois seulement la résection; et encore, chez l'un de ces derniers, j'ai pleuré les os que je venais d'enlever, tant ils étaient solides et vierges d'altérations.

Mais, au moment de se décider, comment savoir l'état du squelette? On ne peut que le soupçonner d'après l'aspect et l'évolution du mal; mais un diagnostic absolu n'est pas nécessaire, car on sacrifie ou on épargne les os quand on les a découverts et complètement examinés. L'année dernière, chez une femme de 36 ans, j'ai cru l'arthrectomie possible et je l'ai commencée; mais j'ai bien vite reconnu que le fémur était profondément altéré, et j'ai fait, au contraire, une très large résection.

Sur le second point, la suppression totale des fongosités, j'insisterai particulièrement. Il faut absolument condamner une manière de faire qui a été, je n'en doute pas, la cause de nombreux insuccès : il ne s'agit pas, en effet, d'inciser la peau, d'enlever quelques tissus fibreux, de repousser la rotule, de glisser une curette et de gratter pendant quelques minutes. Si l'arthrectomie est un simple curage, un diminutif de la résection, elle est mauvaise; si on l'entreprend avec cette idée qu'elle est plus vite finie et plus simple, on fait fausse route. Elle est aussi longue, aussi fastidieuse que la résection elle-même; elle dure une heure et demie, et demande une patience extrême pour tout mettre à nu, tout voir et tout détruire. Afin de ne laisser aucune obscurité, je vais décrire en quelques mots les temps successifs de l'opération, telle que j'ai l'habitude de l'exécuter.

1° *Section de la rotule.* — L'incision de la peau est horizontale et poussée très loin sur les côtés. La rotule est sciée transversalement, ses deux fragments dégagés et rabattus. Ils seront enlevés tout à l'heure si on fait la résection; mais en cas d'arthrectomie, la conservation de la rotule et sa reconstitution par la suture est, comme nous le verrons, d'une grande importance.

2° *Dislocation.* — Coupez d'avant en arrière, et dans toute leur étendue, les ligaments latéraux et les ligaments croisés, de manière à disloquer l'articulation. Je puis affirmer qu'alors il n'y a pas un seul point de la synoviale, pas un repli, pas une vacuole contenant des fongosités qui puisse échapper aux regards. On a une jambe de polichinelle qui ne tient plus que par un lambeau postérieur, qu'on tourne et qu'on fléchit comme on veut. C'est le moment d'examiner les os, d'y enfoncer le bistouri, d'apprécier leur solidité, et de prendre un parti pour continuer dans tel ou tel sens.

©BIU Santé

3° *Arthrectomie.* — Avant de chercher avec soin les traînées fongueuses, pensez d'abord à détruire tous les tissus articulaires; disséquez anatomiquement le cul-de-sac supérieur et tous les points de réflexion de la synoviale, enlevez intégralement les ligaments croisés et latéraux, la graisse et les feuillets aponévrotiques autour de la rotule. Le bistouri et la curette entraînent du même coup la plus grande masse des tissus morbides.

Les ménisques sont, bien entendu, sacrifiés. L'éradication des ligaments croisés est assez laborieuse. Le ligament postérieur est fouillé, abrasé, mais traité avec prudence. Enfin, l'extrémité osseuse est dépouillée de son cartilage et mise à vif, s'il est érodé par places et facile à décoller.

4° *Poursuite des fongosités.* — Il faut songer à toutes les parties molles, au creux poplité, à la face profonde des téguments, pour n'être pas surpris par des récidives extra-articulaires, sous la peau, sur le trajet des drains. Ce complément opératoire ne diffère en rien de ce qu'il est dans la résection, et n'est pas plus difficile que si les os n'y étaient pas; il demande les mêmes curettes et la même persévérance.

5° *Reconstitution de la jointure.* — Le résultat final de ce long travail est une véritable « préparation » des extrémités articulaires. Nous allons maintenant les remettre en place; mais, d'abord, il est essentiel de désinfecter minutieusement le champ opératoire, plus ou moins souillé par les tissus morbides, avec la solution phéniquée forte ou la liqueur de van Swieten.

Cela fait, je procède à la suture de la rotule en passant trois gros fils de catgut à travers le ligament rotulien et le tendon du triceps, de façon à rapprocher les deux fragments; puis de nombreux fils dans le périoste et les tissus prérotuliens, pour consolider la suture; puis quelques-uns à droite et à gauche, entre les parties fibreuses qui peuvent s'affronter. J'ai ainsi une réunion parfaite; la soudure de la rotule réussit toujours.

Au moment où on rapproche les fragments rotuliens — remarque importante — les extrémités articulaires s'emboîtent naturellement; la rotule bride l'articulation, fait attelle, et le membre a désormais, sans aucun moyen artificiel, une attitude régulière. On peut le soulever par le talon, pour le laver ou changer les compresses, sans qu'il y ait tendance au déplacement.

La fin se résume en peu de mots : suture des téguments, drainage latéral, iodoforme, ouate hydrophile, couche épaisse d'ouate ordinaire et compression par des bandes de gaze. Le membre est mis simplement dans une gouttière métallique, sans aucune recherche d'immobilité absolue. Le premier pansement reste aussi longtemps que possible; mais s'il est, par hasard, utile de le changer plus tôt, on soulève le membre et on le découvre sans scrupule; tout s'enlève et se remplace avec facilité, c'est comme le pansement d'une simple arthrotomie. L'ankylose est faite après un mois, mais il en faut deux pour que le malade commence à marcher en se portant sur la jambe.

Ainsi donc, une arthrectomie et une résection du genou ont entre elles de grandes ressemblances et doivent se faire, en somme, d'après les mêmes principes. Elles se valent comme longueur, comme difficulté opératoire, comme résultat thérapeutique. Pourquoi donc préférer l'arthrectomie et s'ingénier à choisir les cas où elle est permise? Il est à cela deux raisons, dont la valeur me paraît incontestable : 1° la facilité relative des soins consécutifs; 2° la plus grande perfection du résultat fonctionnel.

©BIU Santé

Voyez la résection, à partir du moment où les fongosités sont détruites. Il faut réunir les os, qui glissent et s'abandonnent; il y a plusieurs procédés, fils d'argent, catgut, chevilles. C'est que la formation d'un cal osseux, qui est de nécessité absolue, est ici un problème à résoudre. On immobilise le membre avec un appareil plâtré dans lequel est glissée une attelle postérieure; on l'installe entre des coussins de sable. Au premier pansement, l'appareil est laissé en place et fendu seulement au niveau de la région opérée. On guette la rotation ou le déplacement suivant l'épaisseur. Du deuxième au quatrième mois, appareil silicaté; pour finir, appareil protecteur en cuir bouilli.

Voilà un traitement fort délicat. Or, il y a eu des consolidations retardées, des pseudarthroses, des membres inutiles; tous les chirurgiens n'ont pas eu des succès constants et merveilleux du commencement à la fin de leur pratique; et, s'il est vrai qu'aujourd'hui un réséqueur habile est à peu près sûr d'obtenir un bon résultat, il n'en faut pas moins, pour atteindre le but, un véritable labeur et des soins minutieux.

Comparez maintenant l'arthrectomie. Du moment que la rotule est suturée, tout embarras et tout souci disparaissent. Comme on n'attend pas la formation d'un cal, le plâtre et l'immobilité parfaite n'ont pas de raison d'être. Les os tiennent bien ensemble, aucune déformation n'est à craindre, le membre est maniable et l'ankylose vient naturellement. J'enlève le pansement quand la cicatrice est faite, et la gouttière quand la raideur est suffisante; je laisse alors le membre en liberté, sans aucun appareil protecteur.

Et maintenant, comment marchent les opérés ? Il est naturel de compter sur un meilleur résultat fonctionnel après une opération qui laisse au membre toute sa longueur ; et je n'hésite pas, d'après mon expérience, à dire qu'on l'obtient. Cependant, M. Lucas-Championnière déclare que « porter le raccourcissement au passif de la résection est une erreur profonde. » Tout le monde sait que, dans l'extension absolue, la jambe est trop longue et on marche en fauchant ; voilà le fait exprimé avec mesure. Aussi notre collègue a-t-il raison de ne pas corriger entièrement, par le soulier orthopédique, la différence de hauteur. Mais de là à considérer le raccourcissement comme « un véritable bienfait », il y a loin ; car, de deux choses l'une, ou les opérés ont l'ennui de l'appareil, ou, s'ils s'en débarrassent, ils marchent en boitant. Or, ils ne boitent ni ne fauchent après l'arthrectomie, et cela pour une raison qui me reste à signaler. Pendant que le membre est posé dans la gouttière métallique, il se fait insensiblement un très léger degré de flexion, et, quand la raideur est parfaite, le membre a justement l'attitude et la longueur voulues pour une marche régulière. C'est ce que j'ai vu se produire chez tous mes opérés, sans y avoir pensé d'abord. C'est, d'ailleurs, ce qui arrive aux tumeurs blanches qui guérissent d'elles-mêmes par ankylose, quand on a eu la prudence de laisser au membre une liberté relative : ainsi est-il advenu chez le jeune homme dont j'ai parlé plus haut, guéri spontanément après une arthrotomie exploratrice, et qui marche dans la perfection ; ainsi chez une jeune fille de ma clientèle, que j'ai traitée sans opération quand elle avait 12 ans, qui s'est placée d'elle-même dans une excellente position, qui a maintenant 18 ans et qui marche droit, court, saute et valse avec une telle aisance qu'il est impossible de rien soupçonner. Aussi l'absence d'immobilité rigoureuse après l'arthrectomie, que j'ai donnée tout à l'heure comme une facilité de plus, est-elle en même temps une nécessité, une

©BIU Santé

condition essentielle du traitement post-opératoire. Il faut savoir en profiter, et favoriser au besoin la bonne position du genou pendant que se fait l'ankylose.

J'ai recueilli depuis trois ans, à l'hôpital Tenon, six observations d'arthrectomies; je ne les transcrirai pas en détail aujourd'hui, faute de place.

Tous ces faits n'ont pas une égale valeur. L'un d'eux est en dehors de la question, c'est une arthrectomie dans un cas de laxité articulaire. Un autre n'est pas absolument démonstratif, puisque le malade, bien guéri de sa tumeur blanche, avec un genou sec et une ankylose solide, est mort au bout de quatre mois des progrès de sa tuberculose pulmonaire. Un troisième — opération faite par mon interne Morestin — est trop récent pour qu'on puisse le juger : la réunion primitive est obtenue, tout est cicatrisé, le genou est libre en attendant l'achèvement de l'ankylose, mais la malade est toujours dans mon service et n'a pas encore marché. Si nous mettons à part ces trois premiers cas, nous voyons chez les trois autres que la guérison est acquise et que rien ne peut faire supposer qu'elle se démentira depuis sept mois, douze mois et deux ans et demi.

Je serais plus fort si, au lieu de cette courte série, j'apportais une vingtaine de cas ayant au moins deux ans d'existence. Mais attendre si longtemps, ce n'est pas le moyen de provoquer l'enquête sur une opération qui peut être bonne; si nous procédions ainsi, les questions n'avanceraient pas.

Je m'appuierai donc sur les faits que j'ai recueillis pour soumettre aux méditations de mes collègues les propositions suivantes :

L'arthrectomie du genou, bien comprise et bien faite, convient parfaitement à certaines tumeurs blanches. Comparée à la résection, elle donne le même résultat thérapeutique; elle a pour avantage la simplicité des soins consécutifs et la plus grande perfection du résultat fonctionnel. Elle mérite la préférence, quand les os de la jointure ne sont pas malades; c'est là son indication étroite et sa condition essentielle.

Ajoutons qu'il y aurait un immense intérêt à l'employer chez les enfants, où la résection de l'épiphyse arrête le développement du membre. C'est, par malheur, chez les enfants que la tuberculose osseuse est la règle, et qu'il ne faut guère songer à la seule destruction des parties molles. Aussi doit-on préconiser, pendant la période de croissance, une intervention mixte, résumée dans la formule suivante : arthrectomie, exploration des os, évidements suffisants et résections atypiques, la résection totale étant réservée aux cas extrêmes. Chez l'adulte, au contraire, il y a imprudence à ménager les os, pour peu qu'ils soient malades; il faut choisir ou la résection ou l'arthrectomie, mais il m'est impossible de dire quel est le degré de fréquence des lésions osseuses et dans quelle proportion l'une et l'autre figureront à l'avenir dans nos statistiques.

THÉRAPEUTIQUE

Du bromure de potassium dans le traitement des maladies nerveuses.

Par M. le docteur W. Petit.

L'efficacité de l'emploi de la médication bromurée dans le traitement des maladies nerveuses est un axiome aujourd'hui scientifiquement accepté. Dans une de ses leçons

à l'hospice de la Salpêtrière, Legrand du Saulle disait : « Quand j'entrai comme interne à l'hospice de Charenton, il se consommait dans tous les hôpitaux de Paris 3 kilos de bromure de potassium par an et, aujourd'hui, cette moyenne a dépassé 1,000 kilos. »

Mais si l'on ne discute plus sur la nécessité de l'emploi de cette médication, quelques esprits, curieux de remédier aux inconvénients qui s'étaient produits à la suite d'une application inconsidérée du remède, ont tenté d'associer au bromure de potassium, jusque-là seul en usage, d'autres préparations telles que les bromures de sodium, ou d'ammonium. Après quelques essais infructueux, les novateurs eux-mêmes ont dû bientôt confesser que ces mélanges ne donnaient que des résultats incertains. Et le bromure de potassium reste aujourd'hui le médicament par excellence dans le traitement des maladies nerveuses.

Les travaux les plus récents n'ont fait que confirmer sur ce point les observations antérieures.

Dans son remarquable et récent ouvrage sur les épileptiques (1), M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre, invoque l'autorité de MM. Blache, Bazin, J. Besnier, A. Voisin, Falret, Legrand du Saulle; puis citant les travaux de Martin Damourette et Pelvet, il s'exprime ainsi : « L'action bien constatée sur les grands systèmes permet d'embrasser d'un seul coup d'œil et sans efforts tout le domaine thérapeutique du bromure de potassium. Ainsi, sans parler de ses effets hypnotiques, par son action anesthésique et amyosthénique générale, il s'attaque aux névroses les plus étendues et les plus complexes (épilepsie, chorée, hystérie, etc.), tout comme il combat les névroses plus localisées (dysphagie, asthme, etc.), ou seulement des éléments morbides isolés, tels que la douleur dans les névralgies, la migraine, le rhumatisme, etc.

De même, son action sédative sur l'étendue de la circulation capillaire le rend propre à effacer les hyperhémies de quelque siège et de quelque nature qu'elles soient...

Enfin, c'est parce que le bromure de potassium possède la double action hyposthénisante nerveuse et vasculaire, qu'il se montre si remarquablement utile contre les grandes névroses à processus congestif des centres nerveux, telles que l'épilepsie et l'éclampsie, l'hystérie et le nervosisme, la chorée, etc. (2).

Le bromure de potassium est sans contredit celui qui jouit de la plus grande efficacité

Comme le dit bien M. A. Voisin, le bromure doit rester presque un aliment pour l'épileptique qu'il a guéri. Et si le malade en suspend l'usage, il faut qu'il sache que c'est à ses risques et périls.

Enfin, après avoir examiné et discuté les avantages que certains praticiens entendent tirer de l'association du bromure de potassium à d'autres préparations bromurées, après avoir réfuté les objections que l'on a élevées contre l'efficacité du bromure de potassium, M. Féré termine ainsi la partie de son ouvrage relative au traitement par les bromures : « Si le bromure de potassium a été le plus accusé, c'est aussi lui qui a le plus servi. »

Et, tout récemment, M. le docteur Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Paris, s'exprimait ainsi (3) : « De toutes les préparations bromurées, le bromure de potassium est certainement la plus active. Aussi constitue-t-il, on peut le dire, l'élément fondamental du traitement de toute épilepsie. *Les bromures de sodium et d'ammonium ne nous ont pas paru, tant s'en faut, agir avec la même énergie que le bromure de potassium.* » Une question importante, c'est la qualité du médicament à employer.

« La première condition à réaliser lorsqu'on doit recourir à la médication bromurée, c'est de *se procurer un bromure parfaitement pur* » (G. Ballet). « Il doit être employé pur, c'est-à-dire ne pas contenir d'éléments étrangers, principalement pas d'iodure et surtout de chlorure de potassium, de sulfate et de carbonate de potasse » (Ch. Féré). « Trop souvent, reprend M. le docteur Ballet, le bromure de potassium est mélangé à d'autres sels de potasse, au sulfate ou au carbonate, au chlorure de potassium et surtout à l'io-

(1) Ch. Féré. *Les épilepsies et les épileptiques.*

(2) *Etude expérimentale sur l'action physiologique du bromure de potassium*, 1887.

(3) De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement, *Gazette des hôpitaux*, 26 juillet 1890.

©BIU Santé

dure. Il en résulte certains inconvénients qu'on évitera en ayant recours à un bromure bien préparé. »

Dès longtemps pénétré des doléances des plus éminents praticiens sur ce sujet, M. Henry Mure a créé une préparation qui, tout en procurant au médecin traitant une entière sécurité touchant la pureté du bromure qu'elle contient, dissimule sous un parfum inoffensif (écorce d'oranges) la saveur un peu désagréable du bromure. Aussi n'y a-t-il aujourd'hui qu'une seule préparation qui soit universellement répandue : le sirop de M. Henry Mure au bromure de potassium (exempt d'iodure et de chlorure). Les malades supportent à merveille ce produit, qui est agréable au goût, très bien préparé, mathématiquement dosé et d'une action certaine.

En s'inspirant des travaux des médecins anglais et américains et des expérimentations si sagaces et si favorables des médecins des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, M. Henry Mure est parvenu à doter l'art de guérir d'un agent pharmaceutique de premier ordre. L'incorporation du sel bromique dans un excellent sirop d'écorces d'oranges amères rend facile au malade l'ingestion du remède, et, d'autre part, la contenance fixe et absolument invariable de chaque cuillerée (2 grammes par cuillerée à bouche) simplifie utilement l'ordonnance du médecin.

Et comme « il n'est guère en thérapeutique de médicament qui soit susceptible de remplir des indications plus nombreuses et plus importantes que le bromure de potassium; comme c'est certainement une des plus belles acquisitions qu'ait faites l'art de guérir depuis cinquante ans (1) », on peut juger des services que la préparation de M. Henry Mure a déjà rendus et est encore appelée à rendre à la science médicale.

REVUE DES CLINIQUES

Maladies des enfants.

Hydropisie généralisée essentielle. — Trois cas de pleurésie.

Un cas d'hydropisie généralisée essentielle, par M. le docteur Tordeus (2). — A l'exception de Barthez et Rilliet, qui, dans leur *Traité classique des maladies des enfants*, consacrent un chapitre spécial à l'anasarque essentielle, la plupart des auteurs modernes refusent à l'hydropisie tout caractère d'indépendance et d'essentialité, et ne veulent la considérer que comme un simple élément de différents processus morbides. C'est ainsi que le professeur Henoch, venant à parler de la néphrite, rapporte plusieurs observations où l'autopsie a démontré tous les signes d'une inflammation diffuse des reins, alors que, pendant la vie, l'examen répété de l'urine n'a jamais fait découvrir ni albumine, ni éléments microscopiques de la néphrite. Béhier était également disposé à rattacher la plupart des hydropisies dites essentielles à une albuminurie transitoire et méconnue.

Par contre, Barthez et Sanné, dans leur ouvrage bien connu, Besnier, Straus, Legroux, dans différents articles publiés dans le Dictionnaire de Dechambre et dans celui de Jaccoud, admettent l'existence propre de l'anasarque essentielle.

Le cas suivant, que j'ai observé dans mon service, me paraît être un exemple d'hydropisie e sentielle, c'est-à-dire indépendante de tout état morbide appréciable.

François V..., âgé de 7 ans, était malade depuis une dizaine de jours lorsqu'il fut admis à l'hôpital. L'affection aurait débuté sans cause, au dire des parents, par des frissons, de la fièvre, de la lassitude dans les membres, un peu de céphalalgie; puis est survenu de l'œdème aux membres inférieurs, qui s'est propagé rapidement aux membres supérieurs et à la figure. Pas de vomissements; pas de mal de gorge; selles en retard.

État actuel. — Taille normale; température, 37°2; pouls, 108; respiration, 40. Face bouffie; paupières gonflées; œdème considérable des membres inférieurs et du scrotum. Aux membres supérieurs, l'œdème est moins prononcé et remonte moins haut. Les parois thoraciques et abdominales sont également le siège d'une infiltration séreuse.

(1) Fonssagrives. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Bromure.
(2) *Journal de méd. de Bruxelles*, 1890, 20.

Percussion du thorax. — Matité à la partie inférieure et postérieure des deux côtés; partout ailleurs, la sonorité est normale. En faisant coucher le malade sur le ventre, on constate la disparition de la matité. A l'auscultation, on perçoit une diminution du bruit respiratoire au niveau de la matité, c'est-à-dire en bas et en arrière.

Le cœur est sain.

Le ventre est un peu distendu; matité sur les côtés et en bas; si l'on fait coucher le malade sur le côté droit, on obtient de la sonorité dans le côté gauche, et réciproquement.

La face et la rate ont leur volume normal.

Les urines, claires, ne renferment pas d'albumine; au microscope, on ne constate pas d'éléments morbides.

L'appétit est capricieux; il existe de la constipation.

Voici le traitement que nous avons institué : bains chauds prolongés suivis de l'enveloppement du corps dans des couvertures de laine, de façon à propager une abondante diaphorèse. Poudres de scammonée et de calomel pour combattre la constipation et pour amener une évacuation par l'intestin du liquide infiltré. Décoction de quinquina et acétate de potasse dans le but de réveiller l'appétit et d'exciter la sécrétion urinaire. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration notable n'a pas tardé à se manifester; tout d'abord, nous avons constaté la disparition du liquide contenu dans la cavité péritonéale et dans la poitrine; la figure est devenue moins boursoufflée; l'œdème des membres supérieurs a disparu rapidement, tandis qu'il persistait encore aux membres inférieurs.

Plus tard, nous avons supprimé les purgatifs et les bains chauds, et, tout en continuant la décoction de quinquina avec l'acétate de potasse, nous avons fait prendre à notre malade, après chacun des principaux repas, une cuillerée à café de sirop d'iodure de fer.

Un mois environ après son admission, l'enfant quittait l'hôpital dans d'excellentes conditions de santé.

J'ajouterai, pour terminer l'histoire de ce malade, que l'urine, examinée avec soin tous les jours, n'a jamais renfermé la moindre trace d'albumine.

Voici donc un enfant qui, brusquement, du jour au lendemain pour ainsi dire, présente tous les symptômes d'une anasarque généralisée. Cette hydropisie est évidemment essentielle, car si nous passons en revue les différents processus morbides capables de déterminer une accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané; nous n'en trouvons aucun qu'on puisse invoquer ici comme condition pathogénique. En effet, le cœur ne présentait aucune altération susceptible de gêner la circulation en retour; la cyanose faisait défaut, et l'œdème, au lieu de débuter lentement par les membres inférieurs, s'y était montré presque en même temps qu'à la face et aux membres supérieurs.

On pouvait également exclure comme condition pathogénique une affection chronique des voies respiratoires. Il est vrai qu'il existait de la matité, ainsi qu'une diminution du murmure vésiculaire à la base de la poitrine des deux côtés; et ces signes correspondent également à un exsudat pleurétique; mais, dans la pleurésie, le malade accuse de la douleur, de la toux, de la dyspnée, et la lésion est, dans la grande majorité des cas, unilatérale. Donc, pas de doute possible sur la nature de l'épanchement; il était bien le résultat d'une transsudation et non pas d'une exsudation.

De même, l'absence de douleur, de vomissements, de fièvre parlait en faveur d'une ascite plutôt que d'un exsudat péritonéal.

Nous devions aussi écarter l'hydropisie dyscrasique par modification du sang, car on n'avait constaté chez le malade ni diarrhée, ni hémorrhagie, ni suppuration, ni albuminurie.

Enfin, rien ne nous autorisait à croire à une hydropisie scarlatineuse, l'enfant n'ayant présenté aucune éruption, n'ayant jamais souffert d'angine et la peau n'étant le siège d'aucune desquamation.

Il ne nous restait donc plus qu'à admettre une hydropisie essentielle *a frigore*, bien que la cause déterminante, le froid, ne pût être nettement établie. Il est à remarquer,

©BIU Santé

à ce propos, que si les adultes ont une tendance exagérée à attribuer au refroidissement l'origine de leurs maux, de toutes leurs souffrances, les enfants, au contraire, avouent difficilement qu'ils se sont refroidis en faisant leurs petits exploits, et ils préfèrent cacher la vérité dans la crainte d'une réprimande.

Quoi qu'il en soit de la condition étiologique, c'est bien à une hydropisie idiopathique, essentielle, indépendante de toute altération appréciable, que nous avons eu affaire. Quel en est le mécanisme? Barthe et Sanri admettent l'explication fournie par Frerichs et Boodfellow : le froid, agissant à travers la peau sur le réseau capillaire superficiel, provoquerait la paralysie des vaso-moteurs, l'atonie des parois et la transsudation de quelques-uns des éléments du sérum dans la trame conjonctive sous-cutanée.

L'anasarque essentielle rentrerait donc dans la catégorie des hydropisies mécaniques.

- *Quelques réflexions sur la pleurésie à propos de trois cas observés chez l'enfant*, par M. L. Baumel — Messieurs, j'ai l'intention de vous parler aujourd'hui de trois malades que vous avez pu suivre dans nos salles; ces trois enfants étaient atteints de pleurésie. Cette inflammation de la plèvre peut être primitive ou secondaire; je crois qu'elle est généralement secondaire, mais il est exagéré de dire qu'elle l'est toujours. On a donc fait jouer un rôle pathogénique trop important aux micro-organismes et surtout au bacille tuberculeux.

L'un de nos malades est ce jeune garçon de 16 ans, atteint d'une insuffisance mitrale, par suite de la variole et d'hémiplégie gauche de cause embolique. Nous avons noté chez lui une congestion pulmonaire aux deux bases et une pleurésie au tiers inférieur du thorax en arrière des deux côtés.

La deuxième malade est une enfant de la crèche, âgée de 3 ans et demi; chez elle nous n'avons pas observé de frottements, mais vous avez pu entendre, à l'auscultation de la poitrine, un souffle très intense, aux deux tiers inférieurs de la gouttière costo-vertébrale droite, avec égophonie et diminution des vibrations thoraciques. Je ne pense pas, malgré cela, qu'il y ait eu là une exsudation très abondante.

A ce propos, laissez-moi vous rappeler ce que vous m'entendez dire bien souvent au lit de nos petits malades : c'est que la plupart des affections du jeune âge sont sous la dépendance de l'évolution dentaire. Je ne crois pas que les phénomènes que nous avons constatés du côté de l'appareil respiratoire, chez cette enfant, fussent dus à une autre cause. Vous comprenez quelle est, au point de vue du traitement, toute l'importance de cette donnée étiologique.

Le troisième de nos malades est un enfant de 8 ans, couché au n° 6 de la salle Saint-Joseph. Chez lui, le diagnostic fut des plus faciles à établir.

Nous observâmes d'emblée dans ce cas une matité absolue, occupant toute la hauteur du poumon gauche, accompagnée d'une dyspnée intense, enfin tous les signes des épanchements pleurétiques aigus considérables.

La quantité du liquide transsudé était énorme; le cœur était déjeté à droite, la pointe battait à un centimètre environ en dehors du bord gauche du sternum.

C'est surtout cette dernière constatation jointe à la dyspnée intense et au refoulement considérable en bas, non seulement du diaphragme, mais encore de la rate, ainsi que l'existence de foie cardiaque aigu qui me décidèrent tout de suite à pratiquer la thoracentèse. Cette opération donne issue à 550 grammes de liquide citrin, ce qui est beaucoup pour un enfant de 8 ans.

La pleurésie peut revêtir les formes les plus variées et le traitement doit changer avec chacune d'elles. Chez le premier malade, le cardiaque, l'application successive de trois vésicatoires sur le thorax l'a presque complètement débarrassé de cette espèce de congestion pleuro-pulmonaire. Chez le deuxième, les vomitifs répétés (sirop d'ipéca, 20 grammes; poudre d'ipéca, 10 centigrammes) nous ont rendu les meilleurs services.

Lorsque l'épanchement devient purulent il faut donner issue au pus contenu dans la cavité pleurale par la pleurotomie.

On fait généralement l'incision dans le neuvième espace intercostal, en arrière de la ligne verticale passant par le bord postérieur de l'aisselle. La côte étant mise à nu, on enfonce le bistouri dans l'espace intercostal à une profondeur d'environ deux centimètres.

BIU Santé

La cavité pleurale une fois vidée, on y introduit deux drains que l'on enfonce un peu moins à chaque nouveau pansement.

Comme M. le professeur Kiener, je pense que les lavages trop fréquents sont plutôt nuisibles qu'utiles. On en fait, généralement, un seul avec de l'eau boriquée (4 p. 100) et l'on enveloppe ensuite la poitrine avec un bon pansement antiseptique qui doit être renouvelé le plus rarement possible, tous les quatre jours au plus, à moins de raison spéciale.

Sous l'influence de ce traitement, la suppuration devient de moins en moins abondante; elle est presque complètement tarie après six semaines environ.

Pour que ce résultat soit obtenu, il est absolument indispensable qu'aucun germe morbide venu du dehors ne s'introduise dans la plaie de la cavité pleurale et n'apporte ainsi quelque complication septique.

Aussi l'asepsie la plus parfaite est-elle une des conditions les plus essentielles pour obtenir le résultat désiré. Faute de l'appliquer dans ses plus minutieux détails, la fièvre se déclare, la suppuration devient plus abondante, l'amaigrissement survenu fait de rapides progrès, l'état général est de plus en plus mauvais, et le plus souvent la mort vient terminer la maladie, que l'application sévère et scrupuleuse des saines règles de l'asepsie aurait sûrement guérie.

De quelques nouvelles médications.

Traitement de la dysenterie parasitaire et des oxyures par la naphtaline.

(*Revue de thér. méd. chir.*, 1890, 21).

M. C. Minerbi (*Riforma medica*) a traité par cette méthode 23 cas de dysenterie et déclare en avoir obtenu des résultats très satisfaisants. La guérison n'a jamais exigé plus de quatorze jours.

L'auteur a employé les suppositoires et les lavements huileux. Les suppositoires ont été préparés d'après la formule suivante :

Beurre de cacao.....	ââ 10 grammes.
Naphtaline.....	

Lorsque les ulcérations siègent plus haut que la partie du gros intestin justiciable des suppositoires, l'auteur a recouru aux lavements huileux :

Huile d'olives.....	20 grammes.
Naphtaline.....	5 —

Au début de la dysenterie, grâce au ténesme, les lavements ne peuvent guère être gardés plus d'une demi-heure. Ils devront être répétés trois ou quatre fois en vingt-quatre heures.

Ultérieurement, les malades arrivent peu à peu à garder ces lavements pendant cinq ou six heures et même à les absorber. Ils présentent en outre l'avantage de ne pas provoquer de constipation.

Rossbach emploie la naphtaline sous la forme suivante, que l'auteur considère comme inférieure à la méthode qu'il conseille :

Eau bouillante.....	100 grammes.
Naphtaline.....	0 gr. 05 centigr.
Décoction de guimauve.....	500 grammes.

Pour un lavement à injecter à la température de 37°

Le traitement est évidemment contre-indiqué dans les cas, rares d'ailleurs, où il existe des ulcérations dans l'intestin grêle.

L'auteur a appliqué la même méthode au traitement des oxyures. Onze enfants, infectés par ces parasites, ont été guéris ainsi en moins de huit jours. La formule employée était la suivante :

Naphtaline.....	1 à 1 gr. 50 centigr.
Huile d'olives.....	40 à 60 grammes.

M. d. s. — Pour un lavement.

©BIU Santé

Chez l'adulte, il faut employer des doses plus fortes :

Naphtaline.....	5 à 6 grammes.
Huiles d'olives.....	60 à 80 —

M. d. s. — Pour un lavement. — P. N.

HYDRONAPHTOL, par CRINON (*Revue des médicaments nouveaux*).

Ce corps est obtenu du naphtol β, en remplaçant un atome d'hydrogène par un hydroxyle.

Propriétés : Il a une saveur légèrement aromatique; il est presque inodore; peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme et la glycérine. Il n'est ni toxique, ni caustique, ni irritant, ce qui le rend préférable au sublimé dans certains cas.

Thérapeutique : Il est préconisé pour le traitement de la teigne tonsurante. On commence par raser la partie malade; on lave au savon hydronaphtol à 5 p. 100 et avec de l'eau aussi chaude que possible; on essuie et on applique des petites bandelettes d'emplâtre hydronaphtolé à 10 p. 100, qu'on superpose en les embriquant les unes sur les autres, de manière que l'ensemble recouvre antérieurement la partie rasée; puis on borde d'une couche de paraffine hydronaphtolée à 10 p. 100. Au bout de quatre jours, on enlève les bandelettes; on refait le même lavage et on recouvre de nouvelles bandelettes d'emplâtre hydronaphtolé à 20 p. 100. Huit jours après, on enlève l'emplâtre, on lave encore une fois et on replace des bandelettes d'emplâtre à 10 p. 100. Au bout de dix jours, la guérison est complète, dit-on. Pendant le traitement, on frictionne les parties saines de la tête et les cheveux avec une pommade hydronaphtolée à 5 p. 100.

Afin de prévenir les rechutes, il faut détruire les objets qui ont été en contact avec le cuir chevelu avant le traitement.

Ce produit n'a pas encore été suffisamment expérimenté pour que sa valeur thérapeutique soit bien établie.. — P. N.

COURRIER

M. le docteur A. Guébhard, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Saint-Vallier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Coppinger (de Bordeaux).

— Rien n'est plus rationnel que l'emploi du Coaltar saponiné Le Beuf comme **DENTIFRICE**. Car par ses propriétés **microbicides**, *désinfectantes*, *détersives* et *toniques*, il répond mieux que tout autre produit aux derniers *desiderata* de la science. Il jouit en outre d'une innocuité absolue, qualité rigoureusement nécessaire pour un produit d'un usage journalier.

Envoi gratuit d'un échantillon à MM. les médecins. — Bayonne, pharmacie Le Beuf.

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

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

TABLETTES DESLAURIERS CHLOROBORATÉES

Ces tablettes sont dédoublées sous la forme de petites pastilles lenticulaires, d'un goût agréable, renfermant 5 centigr. de chlorate de potasse, 5 centigr. de borate de soude et 1 milligr. de cocaïne. — La boîte : 2 fr. 25. — Dans toutes les pharmacies.

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 :

LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Paul Chéron : La chlorose. — II. Lettre de Suisse. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie — IV. De quelques nouvelles médications. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

La chlorose (1).

IV

Parmi les formes symptomatiques de la chlorose, l'une des plus répandues est la *chlorose dyspeptique* qui a été magistralement étudiée par M. le professeur Hayem, dont la description va nous servir de guide.

Au moment où la maladie se développe, « tantôt la chlorose d'abord simple se complique de dyspepsie ; tantôt c'est une dyspeptique qui devient chlorotique, tantôt, enfin, l'anémie et la dyspepsie se développent simultanément sous l'influence des mêmes causes et il est absolument impossible de reconnaître des deux éléments morbides, celui qui est antérieur à l'autre. »

Au moment de la puberté, la dyspepsie est très fréquente et s'accompagne ordinairement de dilatation de l'estomac, de gastralgie, de constipation habituelle. Dans ces cas, il est facile d'établir, à l'aide des anamnestiques, que la dyspepsie existait avant la chlorose. Mais, dans bien des cas, les troubles du côté de l'estomac sont fort peu accusés et quand la chlorose éclate brusquement sous l'influence d'une cause légère, la dyspepsie antérieure passe facilement inaperçue.

La chlorose la plus simple peut devenir, dans la suite, une chlorose dyspeptique et quelquefois cette transformation est un peu la faute du médecin. Ce dernier, ne sachant quelle préparation de fer prescrire, se laisse tenter un peu au hasard par une de celles dont les annonces l'encombrent; elle est mal tolérée et la dyspepsie apparaît. L'état maladif de l'estomac est souvent aggravé par l'alimentation intempestive que l'on conseille aux chlorotiques : vin de quinquina, viandes en abondance, etc., ou par les observations de goût qu'ont quelques-unes des malades.

M. Hayem s'élève contre l'habitude que l'on a d'envoyer à la mer la plupart des chlorotiques. Bien souvent, le séjour dans une station maritime aggrave l'état des malades et les rend dyspeptiques.

Très souvent les chloroses récidivantes deviennent peu à peu dyspeptiques. Enfin l'apparition de la dyspepsie dans le cours d'une chlorose encore simple peut dépendre des fatigues consécutives au mariage, des maladies utérines, des excès, etc.

« On peut donc, en somme, entrer dans la chlorose par la dyspepsie, mais plus souvent encore dans la dyspepsie par la chlorose. » (Hayem).

Il y a encore des cas où les deux maladies semblent avoir débuté simul-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 30 octobre 1890.

©BIU Santé

tanément, mais leur proportion est difficile à fixer exactement, car très souvent un état dyspeptique à peu près latent existe avant le développement de la chlorose.

Ce qui caractérise une chlorose dyspeptique, c'est « l'accentuation des phénomènes dus à la dyspepsie ». Le dégoût pour les aliments est très accusé, l'haleine souvent fétide, la dilatation de l'estomac très prononcée, la constipation opiniâtre. Les douleurs du côté de l'estomac sont parfois extrêmement violentes et s'exaspèrent après ; les repas dans certains cas, il y a même souvent des vomissements.

L'analyse du suc gastrique, que M. le professeur Hayem a poussée à un si haut degré de perfection, est des plus utile pour la distinction de la forme dyspeptique de la chlorose.

Dans la chlorose simple, même lorsque l'anémie est très marquée, le suc gastrique peut rester normal. Il y a simplement une diminution plus ou moins accentuée de l'acide chlorhydrique et un léger affaiblissement du pouvoir de peptonisation.

Dans les chloroses dyspeptiques, l'acidité totale devient presque nulle et il est fréquent de voir le dosage direct de l'acide chlorhydrique donner un résultat négatif. Les digestions artificielles ne peuvent se faire même quand on ajoute au liquide retiré de l'estomac de l'acide chlorhydrique et de la pepsine. Malgré l'absence de l'acide normal, il est facile de constater que, souvent, le suc gastrique conserve un certain pouvoir de peptonisation, dû évidemment à l'acide lactique.

Quand il y a ainsi une altération considérable du chimisme stomacal, la dilatation est la règle. Cependant, elle peut exister dans des cas où le chimisme est presque normal. M. Hayem n'a jamais rencontré l'hyperchlorhydrie chez les chlorotiques.

Th. Rosenheim, privat docent de médecine interne à la Faculté de médecine de Berlin, a récemment insisté sur une forme de chlorose dyspeptique avec hyperesthésie gastrique. Il en a recueilli dix cas et, deux fois, il y avait hyperacidité. Dans la forme atténuée, il y a simplement de la pesanteur après le repas ; mais quand l'irritabilité gastrique atteint un degré élevé, l'estomac devient absolument intolérant et, à chaque introduction d'aliments, il survient des nausées, des vomissements qui ne prennent fin que lorsque le ventricule est absolument vide. Les vomissements peuvent, quoique rarement, se montrer à jeun et évacuer alors la salive avalée.

La sensibilité gastrique est très augmentée, mais les sécrétions de la muqueuse restent normales dans la grande majorité des cas. L'appétit reste alors normal et les digestions se font bien, mais les malades, tourmentées par la crainte des douleurs, refusent de manger ; quelquefois il y a des irradiations douloureuses du côté de l'intestin, ou des membres, ou du dos. Rosenheim rattache les phénomènes que présentaient ses malades à la présence de petites ulcérations stomacales dont l'existence est prouvée par la présence de l'hématine dans les matières fécales (Von Kosslin).

V

MM. Mollière et Leclerc ont étudié la *fièvre* de la chlorose. D'après eux, la température rectale des malades oscillerait autour de 38° (max. 38°6 ; min. 37°8.) Tantôt on observerait un état fébrile continu avec de légères oscillations n'atteignant pas habituellement un degré, tantôt il y aurait des

exacerbations pendant lesquelles le thermomètre monte à 39°4 et même 39°8. M. Trazit, dans un travail très soigné, a d'abord établi que la fièvre chlorotique se réduit à la tachycardie et à l'hyperthermie, le cortège habituel des accidents dits fébriles faisant constamment défaut. L'accélération des battements du cœur joue un rôle des plus importants. Il existe, en effet, une première forme de fièvre chlorotique caractérisée par un éréthisme circulatoire, par l'accélération des pulsations cardiaques. Le pouls oscille alors entre 70 et 110, mais il n'y a pas d'élévation de la température du corps. D'après M. Trazit, il y a là une sorte de transition avec la fièvre chlorotique vraie. Cette dernière ne se montre pas au début de la chlorose et quand les accidents sont légers. Elle apparaît quand les accidents s'aggravent, qu'il y a des troubles gastriques accentués, des désordres du côté de la menstruation. L'hyperthermie chlorotique revêt alors les types continu, intermittent et inverse.

Dans le type continu, on observe le plus souvent une fièvre prolongée, pour ainsi dire de durée indéterminée : la température n'atteint pas une très grande hauteur, elle se maintient entre 38° et 38°5. D'autres fois, la fièvre est continue, mais éphémère ; la température s'élève alors un peu plus que dans le premier cas, mais cette élévation disparaît après une semaine. Dans un dernier ordre de faits, la fièvre est continue, prolongée, et offre de temps en temps des recrudescences remarquables.

Le type intermittent est beaucoup plus rare et le cas le plus net a été observé par M. le professeur Jaccoud. Dans ce cas, pendant quinze jours, la fièvre fut continue, mais, à la fin du second septenaire, le type fébrile changea subitement ; de continu il devint franchement intermittent, la température restait normale le matin, tandis que, le soir, elle dépassait souvent 40°. Les difficultés du diagnostic étaient grandes, car la malade avait en même temps de la toux fréquente et quinteuse, et elle avait maigri assez notablement, ce qui est réellement rare dans la chlorose. Aussi, bien que l'auscultation ne décelât rien de suspect, M. Jaccoud ne repoussa l'idée de tuberculose qu'en conservant quelque appréhension.

Le type inverse, plus commun que le précédent, est constitué par une fièvre continue rémittente, dans laquelle la rémission, au lieu de se faire le matin, se fait, au contraire, dans la soirée.

Quelle que soit l'apparence clinique sous laquelle se présente la fièvre, les urines n'ont pas le caractère fébrile, elles sont pâles, décolorées, abondantes et ne contiennent pas beaucoup de phosphates.

D'après M. Trazit, la fièvre pourrait accompagner aussi la phlegmatia alba sans, du reste, résulter directement de la complication.

En dix ans, M. Hayem n'a rencontré que trois cas de chlorose fébrile; aussi la considère-t-il comme une forme exceptionnelle. La fièvre, pour lui, serait la conséquence de l'anémie poussée à un certain degré, conséquence non prouvée, du reste, puisqu'il n'a relevé, sur 19 cas de chlorose intense, que 2 cas de chlorose fébrile. Dans la chlorose intense, il est réel que les malades deviennent rapidement fébricitantes sous l'influence de causes légères, mais on n'observerait pas, d'une manière habituelle et fréquente, une température supérieure à la normale physiologique. M. Hayem fait remarquer que la divergence qui paraît exister entre ses observations et celles de M. H. Mollière peut s'expliquer par ce fait qu'il a l'habitude de maintenir ses malades presque absolument au lit, tandis que, chez les chlorotiques qui se fatiguent ou simplement vont et viennent comme à

©BIU Santé

l'ordinaire, la température est supérieure à la normale, quand bien même l'anémie n'atteint que le second degré.

VI

M. Hayem décrit une *chlorose tardive* en appelant ainsi celle qui se déclare pour la première fois vers l'âge de 28 à 30 ans, que la malade n'ait jamais eu la chlorose ou qu'elle en ait guéri après en avoir souffert au moment de la puberté.

Cette forme tardive ne s'observe jamais chez l'homme. Assez souvent, les malades ne sont atteintes qu'au moment de la ménopause.

Dans bien des cas, il est probable qu'il s'agit d'un état antérieur resté latent qui devient évident sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque plus ou moins banale. L'accouchement ou la grossesse ne déterminent la chlorose que si les femmes y sont constitutionnellement prédisposées. Il est même assez commun de voir des jeunes filles supporter parfaitement les fatigues de la grossesse et de l'allaitement, bien qu'elles aient été chlorotiques avant le mariage. Cependant, il faut bien se garder de conseiller le mariage aux jeunes filles atteintes de chlorose, car, même lorsque la malade est guérie depuis quelque temps, les accouchements difficiles, les accidents de la grossesse, entraînent fréquemment le développement de formes très graves de chloro-anémie.

La pathogénie de la *chlorose de la ménopause* est difficile à comprendre. M. G. Sée considère comme symptomatiques les accidents d'anémie que l'on observe à ce moment et les rattache aux ménorrhagies, aux hémorrhoïdes, à des affections cardiaques. M. Hayem s'élève contre cette interprétation en faisant observer que, souvent, la chlorose ne se montre qu'au moment de la suppression des règles chez des femmes qui, auparavant, étaient abondamment menstruées.

Très rarement la chlorose tardive est simple, et il est habituel de la voir débuter par une attaque à forme dyspeptique. C'est cette forme aussi que l'on observe dans la chlorose de la ménopause. Les principaux symptômes de cette dernière sont des digestions lentes et difficiles, du météorisme, de la constipation, de la pâleur, des troubles nerveux divers, de l'irritabilité, etc. Trois fois M. Hayem a observé des noyaux transitoires d'induration mammaire avec de petits ganglions sur le bord antérieur de l'aisselle; ces noyaux ont disparu en quelques mois.

Rarement la chlorose tardive reste pure, à cause de la fréquence des causes d'anémie symptomatique. Si elle ne se complique pas, les récidives sont moins fréquentes que dans la chlorose de puberté. Très fréquemment, dans la chlorose de la ménopause, la dyspepsie survit à l'anémie.

La chlorose existe certainement chez les garçons, tout en étant beaucoup moins fréquente chez eux. Elle ressemble à celle des femmes aménorrhéiques.

Les garçons de la classe riche sont plus souvent atteints, parce qu'ils sont plus souvent enfermés et se donnent moins de mouvement que la plupart des enfants de la classe pauvre. L'internat, les travaux exagérés sont des causes puissantes de chlorose; il en est de même de l'onanisme. La maladie peut apparaître chez tous les garçons d'une même famille. Les altérations globulaires étant peu prononcées, la plupart des symptômes sont atténués. On a noté la pâleur, l'apathie intellectuelle, les maux de tête, les palpitations, l'essoufflement et quelques symptômes nerveux.

Le pronostic est bénin et la guérison est souvent obtenue sans l'administration du fer ; l'arsenic serait même préférable.

VII

Le fer, dit le professeur Hayem, est le médicament par excellence, et en quelque sorte le spécifique de la chlorose. Dans bien des cas, cependant, il semble que la maladie n'est que peu ou pas influencée par son administration. C'est que l'on n'a pas employé une préparation convenable, et alors il suffit de changer la forme sous laquelle est donné le médicament pour en obtenir les plus heureux résultats.

Il faut naturellement faire usage d'une forme dont la digestion soit facile. En tête se placent les proto-sels, parmi lesquels le proto-oxalate paraît à M. Hayem donner les meilleurs résultats. Pour lui, le proto-chlorure, le lactate, le proto-iodure ne viennent qu'ensuite. Du reste, « la meilleure préparation ferrugineuse, quelle que soit sa constitution chimique, est celle que l'estomac tolère, digère et absorbe ».

On a mis en doute la nécessité de fournir directement du fer à l'organisme. Cependant, chez l'adulte, le sang renferme environ 3 grammes de fer, et cette quantité s'abaisse à la moitié, au tiers et même au quart, selon l'intensité de l'anémie. Il faut donc que les globules fixent de 1 gr. 75 à 2 gr. 25 et 2 gr. 50 de fer pour que la *restitutio ad integrum* soit complète. La proportion relativement élevée de fer qui doit être introduite dans l'organisme explique le peu de succès des eaux minérales ferrugineuses. Les eaux de Forges, qui sont les plus employées, ne sont pas toujours tolérées, et, dans ce cas, elles entraînent de la constipation et des troubles gastriques. De plus, on ne peut faire prendre par jour qu'une quantité d'eau équivalant à 2 centigr. de fer métallique. Il faudrait donc continuer le traitement soixante-quinze jours pour que, en supposant qu'il ne se perde pas de fer, la dose absorbée soit suffisante. Or, il est impossible de faire supporter les eaux pendant plus de vingt-cinq à trente jours. Il suit donc de tout cela que le traitement hydro-minéral est forcément insuffisant. Il se fait une excitation générale de la nutrition, mais la lésion du sang persiste; aussi le bénéfice obtenu est-il très passager.

Le fer médicamenteux doit être donné à une dose relativement élevée. Le proto-oxalate se présente sous la forme d'une poudre jaune, fine, insoluble dans l'eau et que le suc gastrique solubilise facilement. On en fera prendre 0,20 à 0,40 centigr. par jour, en deux fois, au commencement des deux principaux repas.

On peut formuler de la façon suivante (Gilbert) :

Proto-oxalate de fer..... 15 grammes en un paquet.

Prendre au commencement de chaque repas, dans une cuillerée à soupe de liquide, bouillon et potage, une pincée de cette poudre de fer. Même dans la forme dyspeptique, le médicament est bien toléré. On peut cependant en faciliter l'absorption et la digestion en recommandant aux malades de prendre, une demi-heure après les principaux repas, dans un demi-verre d'eau sucrée, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Acide chlorhydrique pur ..... 2 gr. 50.
Eau distillée ..... 250 grammes.

©BIU Santé

L'acide chlorhydrique est d'autant mieux indiqué que, ainsi que nous l'avons vu, l'hypo-acidité du suc gastrique est la règle dans la chlorose.

Après six semaines à deux mois de traitement, il est bon de suspendre l'administration du fer pendant une dizaine de jours pour le redonner ensuite. On évite ainsi les phénomènes d'intolérance.

M. Hayem a fixé le régime alimentaire qu'il convenait de prescrire aux chlorotiques. Habituellement, on donne aux malades des vins de quinquina, de la bière forte, du vin pur, de la viande, etc., autant qu'elles veulent bien en accepter. Cette manière d'agir aggrave souvent la dyspepsie ou lui donne naissance. Il faut supprimer les boissons stimulantes et attendre que l'appétit se développe sous l'influence du fer pour permettre une alimentation riche. Au lieu de vin, on donnera aux repas une quantité modérée de lait ou même de l'eau pure ; on restreindra beaucoup l'usage des féculents et du pain, et on laissera manger à volonté des viandes maigres, de la volaille, des légumes verts et des fruits cuits.

Il faut éviter de prescrire aux chlorotiques des efforts au-dessus de leurs forces, de les faire marcher outre mesure ; on n'arrive ainsi qu'à épuiser les malades sans profit pour le résultat cherché.

La forme dyspeptique offre quelques indications spéciales. Très souvent, le fer est bien supporté, surtout si l'on a soin de veiller attentivement au régime. Au début, on donnera, en même temps que la préparation ferrugineuse, le lait, les potages au lait et la viande crue. Après quelques jours, les phénomènes stomacaux s'améliorent, les vomissements, les douleurs disparaissent et l'on peut permettre la croûte de pain grillée, les œufs, le poisson à chair maigre, un peu de viande rôtie ou grillée, des légumes verts ou farineux mis en purée et accommodés au bouillon ou à la crème.

Les inhalations d'oxygène peuvent être très utiles, s'il y a des vomissements ou un dégoût persistant pour la viande.

Rosenheim, dont nous avons déjà cité le travail, préconise contre l'irritabilité gastrique l'usage interne du nitrate d'argent. Il le donne en solution à 2 p. 1,000; les malades en prennent, trois fois par jour, une demi-cuillerée à bouche dans un verre à bordeaux d'eau, la première à jeun, la seconde une demi-heure avant le déjeuner et la troisième une demi-heure avant le dîner. Comme alimentation, il faut prescrire le régime lacté, auquel on adjoindra, selon les cas, du café noir, du bouillon de veau, du lait de poule avec cognac, de la viande râpée, des biscuits. Peu à peu, en même temps que l'estomac se rétablit, on revient à une alimentation normale.

Neumann recommande, chez les chlorotiques dont les ferments digestifs sont insuffisants, l'usage du salol, afin de réaliser l'antisepsie intestinale.

Parmi les divers médicaments dont on a conseillé l'usage dans la chlorose, il n'y a guère à citer que l'arsenic qui convient dans la chlorose des garçons et quand on a des raisons de redouter l'existence d'une tuberculose. Le manganèse est absolument inactif.

Certaines pratiques hydrothérapiques, telles que les lotions fraîches, les douches ou l'enveloppement dans le drap mouillé, peuvent être utiles quand la maladie est en voie d'amélioration ou s'accompagne de phénomènes d'hystérie. M. Hayem est très partisan du drap mouillé dans toutes les chloroses intenses, lorsqu'il y a tendance aux lipothymies et aux syncopes, lorsque les malades sont profondément affaiblies et abattues. On peut faire un ou deux enveloppements par jour, chacun d'eux ayant une durée de deux minutes.

©BIU Santé

Les rechutes, comme on le sait, sont très fréquentes dans la chlorose. On tâchera de les prévenir en fortifiant la constitution par tous les moyens possibles, tout en usant toujours d'une certaine modération, la chlorotique restant pendant longtemps très facile à surmener. On n'oubliera pas que, très souvent, le séjour au bord de la mer provoque une rechute. Quand il y a la moindre tendance à l'anémie, on devra revenir à l'usage du fer, mais il est inutile de le prescrire d'une manière préventive.

P. Chéron.

Lettre de Suisse

Berne, novembre 1890.

L'article de M. Richelot concernant le traitement du pédicule dans l'hystérectomie (*Union médicale* 9 novembre 1890), me donne l'occasion d'exposer brièvement aux lecteurs de l'*Union médicale* l'opinion qui règne en Suisse, et spécialement à Berne, sur cette question chirurgicale.

La grande majorité de nos chirurgiens et gynécologistes admettent, comme M. Richelot, le traitement *intra-péritonéal* du pédicule, partant du principe que l'hystérectomie, faite dans des conditions d'asepsie rigoureuse, n'offre pas plus de dangers que tout autre opération entreprise pour une tumeur abdominale.

Dernièrement, MM. Kocher et Dick ont publié — indépendamment l'un de l'autre — leurs expériences sur ce sujet dans le *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte* (1er juillet et 1er novembre 1890). Tous deux arrivent à ce résultat, qu'il ne peut plus être question que de la méthode intra-péritonéale. Par contre, ils diffèrent essentiellement sur le procédé : tandis que M. Kocher préconise la ligature circulaire du pédicule au moyen d'un d'un fil de soie laissé à demeure, M. Dick recommande le procédé de Schrœder, qui consiste, comme vous le savez, à placer d'abord une ligature temporaire, puis à excaver le moignon, à cautériser la muqueuse utérine à l'aide du thermo-cautère ou de l'acide phénique concentré, et à recouvrir le pédicule avec le péritoine qu'on suture.

Dans un cas de ligature circulaire du pédicule avec la soie, M. Dick a observé une nécrose de la partie supérieure du moignon. La partie sphacélée fut éliminée par le col utérin sans conséquences fâcheuses pour la malade; mais il n'en serait pas toujours ainsi, de sorte que M. Dick préfère de beaucoup la méthode de Schrœder, qui lui a donné de bons résultats. Il publie onze cas, dont deux morts. L'une de ces dernières malades a succombé à un ulcère de l'estomac, la seconde à une intoxication par l'iodoforme; les neuf autres ont guéri par première intention. Ces résultats sont, en effet, bien peu différents de ceux obtenus dans l'ovariotomie, puisque, sur onze opérées, les deux cas de mort ne dépendent pas de l'opération en tant qu'hystérectomie.

Depuis la publication de M. Dick, nous avons eu l'occasion de faire avec lui deux nouvelles hystérectomies, dont l'une est complètement guérie et l'autre en bonne voie de guérison. Nous aurions donc pour ces treize cas (dont cinq nous sont personnels) une mortalité de 15 p. 100, c'est-à-dire un résultat plus favorable que celui du traitement *extra-péritonéal* entre les mains de *Kümmel* (24 p. 100), de *Krassowsky* (50 p. 100), etc.

Il ne faut pas oublier que la méthode extra-péritonéale n'a pas seulement des inconvénients de second ordre, tels que l'impossibilité d'une réunion par première intention et par suite le retard sensible de la guérison, mais qu'elle offre aussi de réels dangers. Parmi ceux-ci, nous mentionnerons seulement la facilité plus grande d'incarcérations intestinales, qui peuvent se faire par le pédicule, formant une espèce de bride dans l'abdomen. Un autre inconvénient, c'est la disposition plus grande à l'éventration. Ainsi M. Dick, sur 32 cas de laparotomies, n'a observé qu'un seul cas d'éventration, et ce cas provenait d'une ovariotomie où il avait encore traité le pédicule avec le clamp.

En résumé, lorsque l'hystérectomie est pratiquée d'après les principes d'une asepsie rigoureuse, cette opération a beaucoup perdu de sa gravité et son pronostic s'est singulièrement rapproché de celui de l'ovariotomie.

©BIU Santé

Dans tous les cas que nous avons opérés avec M. Dick, l'anesthésie a été faite par l'*éther*. Permettez-moi de vous donner à cette occasion quelques détails sur l'anesthésie, telle qu'elle est généralement pratiquée en Suisse.

La confiance dans le chloroforme a singulièrement diminué en plusieurs endroits, et malgré les assertions contraires de Kappeler et d'autres autorités en cette matière, l'éther a regagné du terrain. C'est Genève qui est le centre de la narcose par l'éther. M. Julliard, directeur de la clinique chirurgicale, s'en sert depuis 1877, pour ainsi dire exclusivement, dans ses interventions. De la clinique chirurgicale, la narcose par l'éther s'est répandue dans la pratique de presque tous les médecins de Genève. Il se tient chaque année dans cette ville un cours d'opérations pour médecins militaires. Ces derniers sont pour la plupart originaires de la Suisse allemande, et c'est ainsi que la narcose par l'éther, qui est, d'après le procédé de M. Julliard, d'une simplicité extrême, a fait son chemin en beaucoup d'endroits de la Suisse. Nous la rencontrons par exemple à Lausanne, à Berne, Lucerne, Zurich, etc. La question : « quel est le meilleur anesthésique en chirurgie? » a été, comme presque partout, mise à l'ordre du jour de plusieurs sociétés médicales suisses. Je ne sache pas qu'on y ait obtenu une entente générale. Les cas de mort par le chloroforme sont certainement trop nombreux; j'en connais, pour mon compte, une douzaine qui n'ont été publiés nulle part, et ce ne sont pas les seuls qui resteront dans l'obscurité. Il est donc très naturel que l'on cherche à remplacer par un autre anesthésique un agent si dangereux.

Depuis que nous avons appris à connaître la narcose par l'éther, nous en sommes devenu un partisan décidé. Nous l'employons depuis trois ans dans presque toutes nos interventions chirurgicales, et je dois avouer que nous n'avons qu'à nous louer de son emploi. L'éther est, — malgré toutes les assertions contraires, — certainement moins dangereux que le chloroforme, parce qu'il agit, en premier lieu, sur le centre de la respiration et seulement, en second lieu, sur le cœur, tandis que le chloroforme affecte le cœur directement. N'en déplaise à ces messieurs de la Commission anglaise du chloroforme (de Hyderabad), les résultats obtenus par eux diffèrent tellement de ceux observés par la plupart des cliniciens que nous avons de la peine à considérer les expériences faites sur des chiens indiens comme valant les expériences faites au lit du malade. D'ailleurs, nous avons pu nous convaincre par nous-même que, si l'on veut parler de l'innocuité d'un anesthésique chez le chien, ce n'est pas le chloroforme qu'il faut sous-entendre. Au laboratoire de physiologie de M. Kronecker, nous avons chloroformé un chien avec un mélange titré d'air et de chloroforme, en montant peu à peu jusqu'au chloroforme pur; le chien a très vite succombé, malgré toutes les tentatives pour le ramener à la vie. Avec l'éther, au contraire, nous avons commencé la narcose avec une solution concentrée; le chien fut narcotisé jusqu'à l'arrêt complet de la respiration. Le cœur battant régulièrement, nous laissâmes s'écouler deux à trois minutes, puis la respiration artificielle fut employée : le chien fut ramené à la vie en peu d'instants. M. Kronecker, trouvant qu'une seule expérience n'était pas assez concluante, nous la fit répéter; le même chien fut de nouveau éthérisé jusqu'à l'arrêt complet de la respiration, nous attendîmes deux ou trois minutes, et ensuite la respiration artificielle fut employée. Le cœur battant toujours très distinctement, l'animal fut ramené à la vie pour la seconde fois sans difficulté. Nous ne croyons donc pas du tout à un mode d'action identique entre le chloroforme et l'éther; nous avons, au contraire, la conviction que ces deux agents diffèrent essentiellement l'un de l'autre, comme M. Schiff l'a déjà fait ressortir devant la Société de médecine de Florence en 1874. Aussi voyons-nous avec le plus grand plaisir l'emploi de l'éther se répandre chez nous de plus en plus.

M. Kocher a publié récemment dans le *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte* (15 septembre 1890) un procédé d'anesthésie mixte. Quoiqu'il admette que l'éther est moins dangereux, il préfère commencer la narcose avec le chloroforme et la continuer avec l'éther. C'est-à-dire qu'il endort le malade au chloroforme, et qu'une fois endormi, la narcose est maintenue par l'éther. Ce procédé, que M. Kocher emploie depuis plusieurs années, lui a donné de bons résultats. Vos lecteurs sauront probablement que ce procédé n'est pas nouveau, qu'il a été introduit pour la première fois en 1858 à l'École de

©BIU Santé

Sédillot, par un de ses internes, le docteur Bourguignon. J'ignore par quel motif il a été complètement abandonné. — Dr F. Dumont.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 novembre. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : L'arthrectomie.

M. Richelot fait une communication sur l'*arthrectomie*. (Déjà publiée.)

M. Lucas-Championnière reconnaît que l'arthrectomie peut donner d'excellents résultats. Cependant, il regarde aussi la résection comme très bonne et a eu maintes fois à se louer de l'avoir faite. Il est évident que l'arthrectomie est une intervention qui est économe, pour ainsi dire, et épargne le plus possible. Mais, est-ce bien là le but à poursuivre dans les tuberculoses articulaires et ne convient-il pas, au contraire, d'enlever le plus possible afin d'être sûr de dépasser les limites du mal?

Plusieurs fois, M. Lucas-Championnière a observé, consécutivement à l'arthrectomie, des suites longues et difficiles à soigner. Les deux opérations peuvent être regardées comme au moins aussi difficiles, et, du reste, telle que la pratique M. Richelot, l'arthrectomie est presque une résection.

Pour M. Richelot, il est peu fréquent de rencontrer des lésions des os dans les tumeurs blanches des adultes. L'orateur pense, au contraire, que l'on trouve souvent des altérations du squelette dépendant de la tuberculose.

Les deux opérations donnent des résultats identiques, car toutes deux conduisent à l'ankylose. M. Richelot a obtenu une légère flexion naturelle; ce résultat excellent est un fait de hasard. L'ankylose ne peut être regardée comme bonne que lorsque le membre est parfaitement droit; si, en même temps, les malades ont un raccourcissement de 7 à 8 centimètres, on peut espérer qu'ils ne boiteront que fort peu et auront un membre solide. L'ankylose sans raccourcissement force le malade à marcher en fauchant.

Les opérés de M. Lucas-Championnière commencent à marcher au deuxième mois et, à cinq mois, les fonctions du membre s'opèrent parfaitement. Le traitement post-opératoire est des plus simples, car on laisse le membre dans une gouttière plâtrée sans s'en occuper.

Ce que l'on peut surtout opposer à l'arthrotomie, c'est la fréquence de la tuberculose osseuse. M. Lucas-Championnière pense, avec Lannelongue, Kœnig, que, très probablement, la tumeur blanche est toujours d'origine osseuse, ou du moins que cette origine est la règle.

Le fait est surtout établi pour les enfants, mais alors il faut faire l'opération en ménageant autant que possible le cartilage épiphysaire. Après l'arthrectomie, il est très possible que les malades conservent dans leurs os des foyers tuberculeux latents qui évoluent en sourdine. Parmi les opérés de M. Richelot, il n'y en a qu'un seul, celui dont l'opération date de deux ans et demi, que l'on peut espérer devoir être exempt de récidive. Encore cela n'est-il pas certain, et a-t on vu des résections secondaires devenir nécessaires après un temps plus long?

M. Verneuil s'élève contre l'emploi du mot *arthrectomie*, qui signifie surtout résection. Letiévant, Volkmann avaient autrefois proposé des opérations incomplètes qui ne donnaient jamais que de médiocres résultats. M. Verneuil croit que l'on a exagéré la fréquence des tuberculoses osseuses. Dans un cas récent où il a fait une amputation de cuisse pour une tumeur blanche du genou, les os ne renfermaient pas de tubercules. Cette même intégrité osseuse a pu être constatée dans une tumeur blanche du coude. L'exploration méthodique des os composant la jointure malade permet souvent de

©BIU Santé

reconnaître s'ils sont douloureux et, par conséquent, malades. Du reste, tout le monde sait que la compression, la révulsion et l'immobilité employées de bonne heure réussissent à guérir bon nombre de cas de tumeurs blanches. On doit admettre, dans ces cas, ou bien qu'il n'y a pas de lésions osseuses, ou bien que ces lésions ne sont pas aussi graves qu'on l'a dit. Très souvent le mal de Pott guérit sans intervention sanglante.

M. Verneuil ne pense pas que l'on puisse avoir un raccourcissement de 7 à 8 centimètres sans boiter beaucoup. Il regarde l'ankylose avec légère flexion comme étant la meilleure. En somme, l'orateur considère comme excellente l'opération que propose M. Richelot.

Pour M. Quénu, toute la question est de savoir si, cliniquement, il est possible de reconnaître l'existence d'une tuberculose osseuse. M. Verneuil pense que oui; ce n'est pas l'avis de M. Quénu, qui regarde ce diagnostic comme très difficile, même quand le genou est ouvert.

M. Quénu a fait onze fois la résection du genou. Dans deux cas, les cartilages épiphysaires paraissent absolument intacts. Cependant, en donnant un coup de curette, il a pénétré dans un foyer osseux. Il voulait faire l'arthrectomie et a dû se résoudre à une intervention plus complète.

M. Quénu n'a pas eu de cas de mort à la suite de ses résections. Dix fois le succès a été complet et une fois on a dû faire une amputation secondaire. Sept fois, il s'agissait d'adultes de 18 à 35 ans, deux fois, d'enfants au-dessous de 4 ans.

Chez les enfants, on se préoccupe beaucoup de conserver intact le cartilage épiphysaire, l'arthrectomie le ménage sûrement, mais cela ne sert à rien s'il y a au-dessous une lésion osseuse. M. Verneuil dit que le noyau tuberculeux peut guérir tout seul, le fait est prouvé, mais il semble que, lorsqu'on a commencé une opération, il vaut mieux la faire complète que de la laisser inachevée. A la suite de l'opération, il y a de la suppuration, le cartilage se soude prématurément, des dissections l'ont prouvé à M. Quénu.

Une seule fois, l'orateur a vu une tumeur blanche sans ostéite tuberculeuse chez un adulte; elle siégeait au coude. En somme, les os sont presque toujours malades chez l'adulte et toujours chez l'enfant.

M. Berger a fait au moins 25 résections du genou. Il a cherché, dans plusieurs cas, à pratiquer l'arthrectomie, et, ayant commencé à opérer dans cette intention, il a été obligé de finir par une résection. Les tumeurs blanches s'accompagnent presque toujours de lésions osseuses, même dans les cas où on fait des résections pour des ankyloses à angle droit datant de longtemps. Quand on se décide à opérer, il vaut toujours mieux le faire largement. Il est très probable que, lorsque l'arthrectomie a été suivie de succès, le traitement non sanglant aurait donné de bons résultats. Les lésions osseuses profondes indiquent la résection quand l'opération est applicable.

M. Berger n'a pas eu de cas de mort. Un des opérés a succombé, après quelques mois, à une tuberculose pulmonaire et, dans un autre fait, il a dû se résoudre à une amputation secondaire.

A la suite de la résection, on obtient l'ankylose; or, c'est là ce que l'on doit chercher dans ces graves affections du genou. Le chirurgien n'a à se préoccuper que du raccourcissement du membre, qui devient parfois trop considérable quand on a fait une résection étendue. La conservation du cartilage épiphysaire ne met pas à l'abri de cet accident.

M. Berger pense donc qu'il faut rejeter l'arthrectomie dans les tumeurs blanches de l'adulte et que ce n'est guère que dans des cas exceptionnels que l'on pourra y avoir recours chez l'enfant.

— M. Nimier lit un rapport sur une observation de M. Kummer, privat docent à Genève, qui a vu une *tumeur d'apparence épithéliale* se développer autour d'une aiguille enfoncée dans un doigt. Le diagnostic a pu être fait à l'aide de l'aiguille aimantée. Le corps étranger était dans les tissus depuis trois ans. De l'examen histologique, il résulte que la couche interne de la tumeur était constituée par des cellules épithéliales prismatiques; il n'y avait pas de contenu sébacé. L'auteur discute la question de savoir s'il

s'agit d'un kyste épithélial résultant d'une inclusion traumatique ou d'une glande sudoripare irritée et hypertrophiée à la suite de l'action du corps étranger. Il penche pour la première interprétation, tandis que M. Nimier est plutôt partisan de la seconde.

— M. Gérard-Marchand montre une jeune fille de 17 ans à laquelle il a réséqué la tête de l'humérus par une scapulo-tnberculose. L'opération a été suivie du plus heureux résultat, car la plupart des mouvements sont possibles.

De quelques nouvelles médications.

Traitement de l'angine diphtérique par l'iodure de potassium (*Semaine médicale*, 1890, 49).

Ce traitement n'est pas absolument nouveau; Demarquay donnait dans l'angine diphtérique l'iodure de potassium par prises de 25 centigrammes à 1 gramme et l'avait trouvé plus efficace que le chlorate de potasse, médicament qu'à cette époque on employait de préférence pour le traitement des diphtériques.

Sans connaître les observations de notre illustre compatriote M. le docteur N. Zénenko (de Nijni-Novgorod), mécontent de tous les traitements qu'il avait essayés contre l'angine diphtérique, eut l'idée d'employer l'iodure de potassium dans l'espoir, que sous son influence, les pseudo-membranes diphtériques se détacheraient plus facilement et avec plus de rapidité. Cet espoir fut pleinement confirmé dans le premier cas qui se présenta, ce qui engagea notre confrère russe à poursuivre ses expériences cliniques. Aujourd'hui, il dispose d'une statistique de 21 cas d'angine diphtérique, tous traités et tous rapidement guéris par l'iodure de potassium.

La méthode définitivement adoptée par M. Zénenko, et qu'il préconise comme le meilleur traitement de l'angine diphtérique, peut être résumée ainsi qu'il suit :

On administre l'iodure de potassium aux adultes par prises de 30 à 50 centigrammes et à la quantité de 2 à 4 grammes par jour. Chez les enfants, les prises sont de 3 centigrammes et la quantité totale du médicament par jour, en centigrammes, est représentée par le chiffre qu'on obtient en multipliant le nombre des années de l'enfant par douze.

L'iodure de potassium doit être donné énergiquement jusqu'à la production de l'iodisme. Les pseudo-membranes se détachent alors, ce qui survient du deuxième au quatrième jour du traitement, au plus tard.

Au moindre symptôme de faiblesse du cœur, on prescrira immédiatement les analeptiques et un vin généreux.

Les badigeonnages et les cautérisations de la gorge doivent, d'après notre confrère russe, être absolument rejetés, leur unique effet étant d'irriter la muqueuse. Ils seront remplacés, chez l'adulte et les enfants grandets, par des pulvérisations de liquides indifférents et par des gargarismes contenant 2 à 3 p. 100 d'acide borique ou d'acide salicylique, de la glycérine et de la teinture de géranium ou de l'alcool camphré; chez les petits enfants, on fera des lavages de la gorge à l'aide de l'appareil d'Esmarch.

En outre, et M. Zénenko insiste sur ce point du traitement : on pratiquera, deux fois par jour, des frictions avec l'onguent napolitain, à la dose de 1 gr. 25 centigr. à 4 grammes. sur les ganglions cervicaux et sous-maxillaires tuméfiés.

Enfin, à la période de déclin, on prescrira la quinine comme tonique. — P. N.

FORMULAIRE

Potion contre la phthisie pulmonaire. — Bamberger.

Liqueur de Fowler.....	IV gouttes.
Extrait d'opium.....	0 gr. 05 centigr.
Looch huileux.....	200 grammes.

F. s. a. une potion, dont on prescrit une cuillerée à soupe toutes les deux heures aux

©BIU Santé

tuberculeux qui n'ont pas de fièvre. — Huile de foie de morue pour combattre l'amaigrissement. — Si la digestion est bonne, on recommande en été une cure de lait, deux à quatre verres et plus chaque jour. — La cure de raisin convient aux malades irritables qui toussent peu et n'ont pas de tendance à la diarrhée. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Bibliothèque de la Faculté.* — Au dernier Conseil académique de Paris, mardi dernier, M. Brouardel a accusé encore une situation grave et qui va tous les jours s'aggravant, par effet de l'insuffisance des crédits et des constructions nouvelles, d'un aménagement et d'une utilisation si dispendieuse et presque impossible. Ce que M. Brouardel a dit en particulier de la *Bibliothèque*, la plus riche du monde en *vieux* ouvrages (!) et de la manière dont elle est conservée, a ému le Conseil et mériterait bien d'émouvoir le Parlement. Le recteur a promis d'en entretenir le ministre. Notre doyen, pour la façon dont il défend ainsi les intérêts des étudiants, mérite les plus grands éloges. (*Progrès méd.*)

La variole en France comme cause de dépopulation. — Nous applaudissons aux reflexions suivantes du *Lyon médical :*

Plus d'une fois nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur la mortalité par la variole en France, et récemment à l'occasion d'une somme de cent mille francs votée par les Chambres pour secourir les victimes de l'épidémie variolique à la Martinique, nous exprimions le regret que la Chambre des députés, qui compte dans son sein plus de cinquante médecins, laissât dormir dans les cartons le projet de loi du docteur Liouville sur la vaccination obligatoire. Cette loi, votée il y a quinze ans, eût sauvé la vie de 200,000 Français, sans compter ceux que la petite vérole défigure ou rend infirmes.

Les documents officiels produits à la tribune académique par M. le professeur Brouardel établissent que, ces dernières années, 14,000 Français meurent encore annuellement de la variole, alors que dans l'empire allemand, avec 7 millions d'habitants de plus, elle n'en fait périr que *110*. Or si, comme en Allemagne, le projet de loi Liouville eût été voté, il y a quinze ans, la France perdrait 14,000 habitants de moins par an, soit 210,000 en quinze ans.

Croirait-on que, cent ans après la découverte de Jenner, une ville de 10,923 habitants a, en deux ans (1887 et 1888), perdu par la variole *huit cent quarante-quatre habitants*? Doutez-vous? Lisez le *Bulletin de l'Académie de médecine*, page 632.

Si les villes et villages français témoignaient à l'égard de la vaccine la même indifférence que la ville de Douarnenez et qu'une épidémie vînt à sévir dans toute la France avec la même violence, la seule maladie contre laquelle nous possédons un prophylactique certain ne ferait pas périr moins de trois millions de Français.

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

PHTHISIE, *Bronchites*, *Catarrhes*. — **L'Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie*, *chlorose*, *etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres*, *anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Fournier : Traitement de l'alopécie syphilitique. — Le stomatite mercurielle. — II. Bibliothèque : Leçons sur les maladies mentales. — III. Revue des journaux : Une petite épidémie d'œdème infectieux. — Contribution à l'étude de l'élimination du fer par l'urine. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier.

Traitement de l'alopécie syphilitique. — La stomatite mercurielle.

Messieurs,

Le traitement de l'alopécie syphilitique est des plus simples. En premier lieu, il n'y a pas de confiance à avoir dans les médicaments externes. La plupart des malades et surtout les femmes vont chez un coiffeur acheter des pommades, des lotions, des eaux capillaires diverses et ne retirent aucun bon effet de l'usage de tous ces produits. Les moyens médicaux proprement dits ne sont guère plus utiles et vos malades n'auront que peu à se louer de l'emploi des lotions excitantes au savon noir, de l'emploi de la pommade de Dupuytren ou de la pommade au turbith. Deux pratiques sont excessivement répandues et employées dans beaucoup de cas ; je veux parler du rafraîchissement ou de la rasure de la chevelure. Il est évident que lorsqu'on se fait couper fréquemment les cheveux, ils croissent ensuite avec une plus grande rapidité, mais il est évident aussi que l'on ne peut espérer agir ainsi sur les cheveux qui n'existent pas. Il n'y a pas davantage à espérer de la rasure et j'ai essayé de ces pratiques en pure perte. Vous conseillerez donc aux malades de soins d'hygiène ; ils se garderont de l'emploi du peigne fin ou de la brosse dure et les femmes éviteront les coiffures qui tiraillent les cheveux.

Le traitement mercuriel est seul suivi de succès. Cette proposition soulèverait parmi les gens du monde un véritable tollé, car s'il est pour eux un axiome, c'est l'action néfaste du mercure sur la chevelure. Aussi quand un syphilitique voit tomber ses cheveux, il ne manque pas d'en accuser le mercure et du reste cette opinion a été admise dès l'apparition du mal français. Cependant il est parfaitement démontré que le mercure n'a jamais coûté un cheveu à personne et le syphilitique ne perd ses cheveux qu'à cause de sa vérole. Je vous ai déjà cité du reste la statistique de Diday, qui, sur 60 malades qui n'avaient pas pris de mercure, a relevé 53 fois l'alopécie.

En résumé donc, en présence d'un cas d'alopécie syphilitique, ne tentez aucun traitement externe, car le traitement général suffit amplement, non seulement à guérir la chute des cheveux, mais à la modérer ou à la prévenir.

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 novembre et 4 décembre 1890.

©BIU Santé

Messieurs, je vais profiter de la présence d'une jeune femme qui est atteinte de stomatite mercurielle intense, pour vous parler de cet accident du traitement de la syphilis. Habituellement dans les livres, on traite à la ois de toutes les stomatites mercurielles, de celle des mineurs, des chapeliers, etc. Je veux au contraire laisser de côté les stomatites professionnelles et ne m'occuper que de celles qui suivent l'administration du mercure dans un but thérapeutique.

On peut admettre que toutes les fois que l'on donne le mercure, quels que soient le composé ou le mode d'administration, on court toujours le risque de voir se développer des accidents buccaux.

Cependant, les différents modes d'administration par l'estomac, la peau ou la voie sous-cutanée n'entraînent pas d'une façon égale l'apparition de la stomatite; ajoutons qu'il y a encore une question de dose, variant dans une certaine mesure suivant les malades. Tous ces points que vous aurez à traiter dans votre pratique, méritent d'être étudiés de près.

La préparation mercurielle la plus employée, celle qui a toutes les préférences, est le proto-iodure. Ce proto-iodure doit naturellement être dosé avec le plus grand soin. Aux doses de 2 à 5 centigrammes, il est généralement bien toléré, sauf dans certains où il y a une sensibilité excessive vis-à-vis du médicament. La dose courante dans nos services est de 5 centigrammes, et vous savez que les pilules de Ricord sont faites avec cette quantité du médicament et avec 1 à 2 centigrammes d'extrait thébaïque.

Même à ces doses, il est assez fréquent de voir une légère action se produire sur les gencives, action qui reste minime, du moins chez l'homme. Dans certains cas, deux pilules sont très bien supportées; toutefois, il faut bien savoir qu'on doit alors surveiller très attentivement les malades, guetter l'avertissement précurseur, la stomatite d'alarme. Pour la femme, deux pilules de Ricord sont une dose excessive, qui ne peut être administrée que très exceptionnellement; pour elle, il faut s'en tenir à une pilule et demie, soit 7 centigr. 5 de médicament. Il est cependant quelquefois nécessaire d'avoir recours à des doses supérieures, dont on a peur bien mal à propos. Vous avez pu voir dans le service, il y a deux ou trois mois, une syphilide ne pouvoir être guérie que par 15 et 20 centigrammes. Vingt, 25 centigrammes même, peuvent être nécessaires dans l'iritis. Sauf exception, ces doses sont ptyaliques; si on n'interrompt pas de temps en temps, on a une stomatite intense. Retenez donc que la dose-limite pour l'homme est 10 centigrammes et pour la femme 7 centigr. 5.

Le sublimé fait partie, comme vous le savez, des pilules de Dupuytren, de la liqueur de Van Swieten, etc. On donne, par jour, 1, 2 et même 3 centigrammes de sublimé. On dit que le bichlorure est bien toléré par la bouche, et qu'il ne provoque pas de salivation; c'est là une erreur. Ce qui fait que la salivation n'est pas observée, c'est que le sublimé entraîne très rapidement des troubles du côté de l'estomac, de l'anorexie et des douleurs vives. Pour peu qu'on élève un peu les doses, il est impossible de continuer à en administrer. De plus, les femmes le tolèrent fort mal et, à Lourcine, elles lui ont donné le surnom de *casse-poitrine*. Si 3 centigrammes de sublimé n'entraînent pas de stomatite, 4, 5 centigrammes sont suivis de l'apparition de l'accident.

Le sirop de Gibert est encore un des modes d'administration du mercure le plus fréquemment employé. On en donne deux cuillerées par jour, et à cette dose les gencives ne sont généralement pas atteintes, tandis qu'à trois

cuillerées, l'irritation buccale est fréquente. Du reste, on ne peut guère administrer une quantité plus élevée de sirop de Gibert, car cette préparation offense rapidement l'estomac.

Etudions maintenant un autre mode d'administration du mercure.

S'il y a une manière de provoquer l'apparition de la stomatite ; c'est bien l'emploi des frictions mercurielles. Avec elles, nos pères produisaient ce qu'ils appelaient la *salivation dépurative*. L'application du mercure sur la peau entraîne la stomatite presque à toutes les doses ! Cependant, si l'on a l'on a soin de surveiller attentivement les gencives, on peut faire sans grand danger des frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain, durant dix minutes, et laisser la pommade toute la nuit. Si l'on va jusqu'à 6 grammes par jour, presque infailliblement l'irritation gingivale survient ; si enfin, on atteint les quantités de 10, 15 et même 20 grammes, bien peu de de sujets résistent, et la stomatite est, pour ainsi dire, inévitable. Cette stomatite offre certains caractères particuliers. En premier lieu, elle est brusque, elle se développe très rapidement, la salivation survient d'un jour à l'autre. Ensuite, elle est plus intense, plus générale d'emblée, plus grave dans ce cas qu'après les autres modes d'administration du mercure. C'est le traitement par les frictions qui développait autrefois ces effroyables stomatites restées légendaires et qui ont causé l'horreur du mercure, horreur qui dure encore aujourd'hui.

La méthode des injections fut d'abord accueillie avec un grand enthousiasme, et on ne craignit pas de dire que ces injections n'entraînaient pas de stomatite. Cette affirmation était puérile, car le mercure ne peut abdiquer ses propriétés principales, qu'il soit administré par l'estomac ou introduit sous la peau ; d'une façon ou d'une autre, il est absorbé et a alors ses effets physiologiques. En réalité, les injections font saliver et causent quelquefois des accidents extrêmement graves et mêmes mortels. Voici, à ce propos, un fait inédit dont j'ai eu connaissance. A la suite de l'injection d'une seringue de Pravaz de mercure métallique, il se développa une effroyable stomatite qui fut gangréneuse et nécrosique. M. Hallopeau a relaté une observation recueillie ici, en 1888 ; après 5 injections d'huile grise chez une femme, une stomatite épouvantable se déclara. Il y eut des ulcérations de la langue, des joues, des gencives et des lèvres et une telle glossite que la langue pendait au dehors. La déglutition, d'abord gênée, devint impossible et on dut nourrir la malade avec des lavements de peptone. Enfin survinrent des accès de suffocation et une nuit on fut sur le point de faire la trachéotomie. La malade ne guérit qu'après avoir eu un phlegmon grave de la joue. Considérez donc comme prouvé, que la stomatite peut être la conséquence d'injections mercurielles même faites à des doses peu élevées. MM. Balzer, Lang, Terrillon ont vu le calomel, l'oxyde jaune, le sublimé entraîner la salivation. M. Terrillon, qui emploie les injections quotidiennes de 1 centigramme de sublimé, a vu la stomatite survenir le troisième ou le quatrième jour chez la plupart des malades ; de telle sorte qu'il est forcé d'espacer ses injections.

Étudions maintenant les causes adjuvantes de la stomatite. Il y a des cas où l'administration des fortes doses ne l'entraîne pas par suite d'une idiosyncrasie du malade. D'autres personnes ont une sensibilité excessive vis-à-vis du mercure, comme cela se rencontre pour d'autres médicaments, tels que la morphine, par exemple. On voit les malades avoir des vomissements, de véritables symptômes d'empoisonnement à la suite de très

©BIU Santé

faibles doses de morphine. J'ai vu une injection de 0 centigr. 5 causer des accidents effrayants et des lipothymies survenant coup sur coup. Il y a aussi des personnes qui ne peuvent, pour ainsi dire, toucher au mercure sans avoir les gencives atteintes. Très rarement le mercure donne lieu à des manifestations cutanées. Cependant, il y a des cas où il entraîne l'apparition d'une éruption que l'on peut, à cause de sa forme, appeler scarlatine mercurielle. J'ai vu un malade avoir cette éruption après la plus petite dose de mercure; elle se développa chez lui après l'administration de 1 centigramme de proto-iodure, d'une pilule de Dupuytren, de 6 milligrammes de sublimé, et même du simple attouchement d'une ulcération de la lèvre avec le nitrate acide de mercure. Inversement, j'ai vu des malades supporter, sans aucune manifestation buccale, 20, 25 et même 30 centigrammes de proto-iodure.

Le mauvais état de la bouche est une cause d'appel très puissante pour la stomatite mercurielle; il en est de même de l'irritation entretenue par le tabac et des stomatites antérieures, quelles que soient leurs causes. Les gencives sont souvent irritées par les incrustations dentaires, la présence de dents cariées ou en mauvais état, ou encore l'évolution de la dent de sagesse. L'incrustation par le tartre est surtout à surveiller de très près. Dans le plus grand nombre des cas, cette incrustation est légère et ne se voit guère qu'à la loupe; on peut à ce degré la regarder comme très fréquente. Dans certains cas, lorsque le malade n'a pas le moindre soin de ses dents, le dépôt de tartre devient solide au niveau du collet, pénètre entre la dent et la gencive, déchausse la dent et est ainsi une cause d'irritation permanente. Après un certain temps, le dépôt augmente, monte au-dessus des dents et les transforme en masses rocheuses recouvertes de tartre. En pareil cas, on ne peut guère administrer le mercure sans causer des stomatites épouvantables. L'irritation buccale peut être déterminée par une simple collerette de tartre. Une foule de gens ne se livrent qu'à des soins très rudimentaires de leur bouche, tout en croyant être suffisamment propres et on est alors étonné quand on administre du mercure, de voir la salivation se produire extrêment vite. Il suffit alors de faire nettoyer la bouche par un dentiste pour voir les accidents disparaître. Aussi quand un médecin juge convenable d'administrer le traitement mercuriel, il doit d'abord examiner la bouche de son malade; s'il aperçoit des dents en mauvais état, des chicots, il doit d'abord envoyer le patient chez son dentiste avant de commencer le traitement; très souvent, du reste, la stomatite débute autour de débris dentaires.

Il y a plus, la simple présence des dents peut être regardée comme favorisant le développement de l'inflammation buccale. Chez l'enfant nouveau-né, où l'on administre parfois des doses considérables de mercure, où l'on va jusqu'à donner, peu après la naissance, deux grammes en friction, on n'observe pas la stomatite; de même l'accident ne se produit pas chez les vieillards édentés. A Almaden, à Idria, où il y a des mines de mercure, les ouvriers perdent leurs dents de très bonne heure et évitent alors complètement la stomatite.

L'influence du sexe a aussi une grande importance. Il est certain que la femme est bien plus sensible que l'homme à l'action du mercure; ainsi que je vous l'ai déjà dit, 10 centigrammes de proto-iodure ne sont pas tolérés par une femme; la raison de cette susceptibilité est, du reste, inconnue. Les tempéraments lymphatiques ne sont guère plus exposés que les autres.

©BIU Santé

Enfin, on a beaucoup accusé le froid de produire la stomatite. Lorsque nos pères traitaient un malade par les frictions, ils le déshabillaient devant un grand feu, puis, après la friction, l'enveloppaient de couvertures, le couchaient sous des édredons et lui faisaient boire de la tisane de gayac. On défendait aussi de sortir le jour où l'on faisait une friction. Actuellement, la trace de ces idées est restée dans le peuple, qui craint beaucoup le froid lorsqu'il se traite. Aucun des faits que j'ai observés ne me permet d'admettre cette influence du froid; la stomatite n'est pas plus fréquente en hiver qu'en été, et les douches froides, les bains de mer, qui sont si utiles pour relever la constitution dans certains cas de syphilis, n'en entraînent pas le développement.

Une friction faite sur un point du derme dénudé est suivie d'une absorption très rapide des médicaments et, par conséquent, l'inflammation buccale se produit aussitôt; on pansait les plaques muqueuses vulvaires avec de la pommade mercurielle; on observait fréquemment l'accident dont nous nous occupons; il en était naturellement de même lorsqu'on faisait une friction sur une surface dénudée par un vésicatoire. Dans un cas où un enfant était atteint de trichophytie, on fit des frictions sur le cuir chevelu avec une solution de sublimé à 4 grammes pour 30; il se développa une inflammation effroyable, de la stomatite, de la diarrhée, et la malade mourut le cinquième jour.

Il y a certaines régions cutanées qui absorbent mieux que d'autres; il en est ainsi, par exemple, du scrotum, et une seule friction à ce niveau peut suffire pour entraîner la stomatite. Cette dernière est parfois la conséquence de frictions faites avec de l'onguent gris pour détruire les pediculi pubis. Vous verrez des malades venir vous demander une consultation pour une stomatite dont l'origine vous paraîtra obscure, et si vous les interrogez soigneusement, vous finirez souvent par reconnaître que la cause est une friction à la pommade mercurielle. J'ai eu occasion de soigner un homme du monde qui, étant atteint de pediculi, acheta chez un pharmacien un flacon de sublimé pour bains. Rentré chez lui à onze heures du soir, il n'eut pas la patience d'attendre le lendemain et se lotionna avec la moitié du flacon. Il se développa une éruption épouvantable, une stomatite, et les accidents allèrent jusqu'à la gangrène des téguments du scrotum et d'une partie de ceux de la verge. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Leçons sur les maladies mentales, par B. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition. — Asselin et Houzeau, 1890.

Le professeur Ball vient de publier la deuxième édition de leçons qu'il fit en 1875 et 1876 à la Faculté et qui étaient destinées à présenter aux élèves, sous une forme élémentaire, les notions de pathologie mentale les plus indispensables à la pratique de la médecine. Ces 53 leçons étudient la médecine mentale à travers les siècles, la folie en général et ses éléments morbides (illusions, hallucinations), les conceptions délirantes et les impulsions irrésistibles, l'état physique des aliénés, les lésions anatomiques de la folie, les diverses formes du délire (mélancolie, stupeur, manie), etc., les délires systématiques, les délires toxiques, la paralysie générale, enfin les considérations médico-légales qui découlent des rapports de l'aliéné avec la société.

Tout le monde s'est accordé à louer dans ces leçons la clarté et l'élégance de la forme qui caractérisent le style comme la parole du professeur Ball. — P. L. G.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Une petite épidémie d'œdème infectieux, par le docteur Cochez. (*Bulletin médical de l'Algérie*, 1890, 95.) — L'auteur a observé 9 cas d'une maladie débutant par des douleurs dans les membres et la tête, de la fièvre, et se caractérisant bientôt par un gonflement de la face, surtout marqué aux paupières, et quelquefois précoce. Cet état s'accompagnait de légers troubles digestifs, de faiblesse et se compliquait souvent d'un œdème mou des malléoles et des jambes précédé ou non de la disparition de celui de la face. La maladie avait une durée de huit à quinze jours, mais la convalescence était généralement longue. D'autres médecins d'Alger ont observé des faits analogues. L'albumine manquait dans toutes les observations, sauf une seule, et plusieurs cas ont été observés dans la même famille. — M. Cochez élimine l'impaludisme, car la quinine est restée impuissante, et plusieurs malades étaient entièrement indemnes de l'intoxication palustre ; il n'y a pas non plus à penser à la dengue ou à l'influenza. Pour l'auteur, il s'agit d'une maladie infectieuse spéciale, contagieuse, que l'on pourrait appeler *œdème infectieux*. — P. N.

Contribution à l'étude de l'élimination du fer par l'urine, par Gottbeb. (*Arch. für expr. Path. u. Pharm.*, Bd XXVI, p. 139.) — L'auteur conseille la méthode d'analyse suivante : Les cendres sont dissoutes dans HCl, additionnées de quelques gouttes d'une sol. de $ZnCl_2$ à 1 p. 100 et précipitées avec le ferro-cyanure de K, en évitant, autant que possible, un excès. Le précipité est filtré, lavé avec de l'eau acidulée et décomposé avec de la lessive de potasse chaude à 2 p. 100. L'hydrate de fer et de zinc ainsi obtenu, débarrassé complètement du ferro-cyanure de K par le lavage, est dissous dans HCl, et le fer est séparé de Zn par précipitation avec l'AzH_3. Par des dissolutions et des précipitations plusieurs fois répétées, on obtient le fer absolument débarrassé de zinc. Il est alors séché et pesé.

L'élimination du fer par l'urine de l'homme normal atteignit, en moyenne, 2,59 milligrammes sur cinq personnes sur chacune desquelles l'auteur a fait trois analyses.

L'administration du fer sous forme de citrate de fer, saccharure de carbonate de fer, ou pilules de Bland, provoqua d'une façon passagère une diminution du fer dans l'urine, qui jusqu'ici n'a pu être expliquée. Ensuite, la quantité de fer remontait à la normale, mais jamais plus haut. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 décembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté sur le rôle de la franklinisation interne dans les maladies microbiennes, par M. le docteur Boisseau du Rocher ;

2° Des plis cachetés adressés par MM. les docteurs Babès, Em. Magnan et Lazerat ;

3° Un pli cacheté sur un nouvel iodure organique applicable à la thérapeutique, adressé par M. Duroy ;

4° Un pli cacheté sur la recherche et l'extraction des alcaloïdes, envoyé par M. E. Bidet ;

5° Des lettres de MM. Pierre Mégnin et E. Weber, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire.

Election d'un membre titulaire. — Votants, 75 ; majorité, 38. MM. Dieulafoy, 49 voix élu) ; Kelsch, 19 ; Duguet, 4 ; Landouzy, 1 ; bulletins blancs, 2.

Dépopulation de la France. — M. Roussel pense que, pour combattre la diminution du nombre des naissances, il faudrait relever les mœurs et répandre le plus possible

BIU Santé

l'éducation. Si on appliquait convenablement partout la loi qui porte son nom, la mortalité des enfants du premier âge diminuerait beaucoup. Il faudrait que les assemblées départementales fussent contraintes par la loi à comprendre les dépenses nécessaires à l'inspection dans leur budget.

M. Lagneau revient sur un certain nombre de points traités par les précédents orateurs. Le phylloxéra a ruiné beaucoup d'habitants du Midi, mais, même avant son apparition, plusieurs départements de la région avaient un chiffre de naissances inférieur à celui des décès. Dans les provinces rhénanes, le partage des héritages n'a pas diminué la natalité, qui est de 42 pour 1,000 habitants; la population fait plus que doubler en soixante ans.

L'infécondité ne dépend pas de la race, car, en Normandie, la population diminue, tandis qu'elle augmente en Bretagne et dans les pays scandinaves. Il s'agit cependant, dans les deux cas, de Celtes et de Northmans.

On peut favoriser les naissances en facilitant les mariages, en abrégeant la durée du service militaire, en diminuant les emprunts, en multipliant les débouchés, etc.

Il serait possible de diminuer encore la mortalité militaire en employant des camps placés dans la campagne au lieu des casernes, en ne recevant de troupes coloniales recrutées que parmi les indigènes, etc.

Le plomb dans l'eau de Seltz. — D'après un travail de M. Moissan, toutes les eaux de Seltz renferment du plomb dans une proportion variant de 0,0009 à 0,0028 par litre; il provient du mauvais étamage des appareils et de l'alliage employé pour les tête de siphon.

M. Chatin a, il y a longtemps, fait remplacer par des tubes de verre ceux d'étain plombifère qui plongeaient dans le liquide.

Neurasthénie et franklinisation interne. — Ce nouveau procédé d'électrisation repose sur la théorie des condensateurs et les expériences de Faraday et de Matteucci. La franklinisation interne donne d'excellents résultats contre la dilatation d'estomac. Elle sert d'abord de désinfectant par l'ozone produit dans l'estomac; en second lieu, elle excite les sécrétions soit directement, soit par voie réflexe; enfin, et surtout, elle fait pénétrer au sein même des tissus l'effluve électrique, de façon à maintenir ceux-ci à leur limite de charge sous une pression électrique constante, seul moyen de rétablir l'équilibre du système nerveux, d'agir efficacement contre la neurasthénie.

La myopie chez les grands fauves. — M. Motais a constaté que les animaux des ménageries sont hypermétropes comme à l'état sauvage, quand ils sont pris après sept ou huit mois. Au contraire, ceux qui naissent en captivité deviennent myopes: il en est de même quand ils sont pris extrêmement jeunes. Cette modification de l'œil des fauves tient à ce que, dans les ménageries, ils n'ont à voir que des objets rapprochés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 décembre. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Rétrécissement généralisé du système artériel. — Traitement de la tuberculose par la méthode de Koch.*

M. Renault : Un seul travail existe en France sur le rétrécissement général du système artériel; c'est la thèse de M. Prioleau (1887), où l'on trouve huit observations puisées dans divers auteurs. L'observation VII de cette thèse est celle d'un malade que M. Renault vient présenter à la Société, en son nom et au nom de M. Gervais de Rouville, interne du service, malade déjà présenté en 1886 par M. le Dentu à la Société de chirurgie.

C'est un homme de 39 ans, qui a eu une hématurie à 5 ans, une pleurésie droite à 14 ans et une variole légère l'année suivante.

En 1883, il entra à l'hôpital Beaujon pour des douleurs très vives dans la jambe gauche, à la suite desquelles survint une gangrène de plusieurs orteils. A ce moment,

©BIU Santé

les urines contenaient du sucre, le diagnostic de gangrène diabétique fut porté. Tous les orteils tombèrent successivement et la tête des métatarsiens ne se recouvrit que très lentement d'un tissu cicatriciel.

Vers la fin de 1883, la gangrène frappait la partie externe du pied gauche. M. Le Dentu pratiqua l'amputation de la jambe au tiers supérieur (4 janvier 1884). Les lambeaux furent à leur tour atteints de gangrène, et la cicatrisation mit plus d'un an à se produire (février 1885). A ce moment des secousses se produisaient dans le moignon et la jambe droite était très faible.

Vers la fin de 1885, une coloration brune, accompagnée de refroidissement et de douleurs aiguës, apparut sur les trois premiers orteils du pied droit. La jambe entière était agitée de secousses violentes. M. Le Dentu constata, sur les trois premiers orteils, des phlyctènes à contenu noirâtre. L'ongle du gros orteil tomba. Quelque temps après, une amélioration se produisit.

Depuis cinq mois, de nouveaux accidents de gangrène se sont produits au niveau des deux orteils du pied droit. Les douleurs sont très vives et nécessitent l'emploi de la morphine. Le malade ne peut supporter qu'un pansement sec au diachylon; les pansements humides sont intolérables.

En examinant le système cardio-artériel du malade, voici ce que l'on constate :

Le pouls radial a complètement disparu; on ne sent pas davantage l'artère cubitale. L'humérale et l'axillaire battent très faiblement; les carotides et les temporales sont normales. Au membre inférieur, les pulsations de la pédieuse, des artères de la jambe, de la poplitée ont disparu; à peine peut-on sentir la fémorale dans le triangle de Scarpa. Le cœur est normal : 70 ou 80 pulsations par minute; pas de souffle, mais un léger retentissement du deuxième bruit à la base.

Les poumons sont normaux. Les dents déchaussées sont tombées; le malade se plaint d'anorexie, de dyspepsie, de nausées. Le foie et la rate ont leur volume normal.

Les urines sont normales; en 1883, elles contenaient du sucre; aucun élément anormal n'y fut retrouvé.

Depuis 1886, le malade a de la céphalalgie, des vertiges, des crises épileptiformes. La vision a considérablement baissé; les artères de la rétine doivent être rétrécies.

Ce rétrécissement des artères périphériques explique les lésions trophiques des membres inférieurs, et c'est à l'ischémie cérébrale qu'il faut attribuer les troubles épileptiformes.

Le rétrécissement du système artériel est dû à une endartérite généralisée de nature inconnue. M. Courtade, interne de M. Le Dentu en 1884, a pu constater cette endartérite sur l'artère pédieuse du membre amputé à cette époque. C'était « une endartérite proliférante probablement très ancienne, car ce tissu était parfaitement organisé. » La cause première de cette endartérite échappe complètement, car le malade n'est ni syphilitique ni éthylique.

M. Renault a ordonné l'iodure de potassium; mais l'efficacité du médicament paraît dans ce cas assez douteuse, d'autant plus que le malade n'en peut supporter que de très faibles doses.

M. Hirtz a observé il y a deux ans un fait analogue chez une femme de 35 ans. Le rétrécissement des artères tibiale et pédieuse avait été suivi de gangrène des orteils, et M. Verneuil avait fait l'amputation médio-tarsienne. Mais ce rétrécissement artériel, qui paraissait être de nature congénitale, s'accompagnait d'un spasme des parois vasculaires; aussi l'emploi du bromure de potassium fit-il rapidement disparaître les accidents persistant après l'opération chirurgicale.

M. Gilbert Ballet a vu plusieurs cas analogues. Comme dans le cas de M. Renault, tous les essais thérapeutiques restèrent infructueux. Seul le repos absolu faisait disparaître l'engourdissement et les signes d'asphyxie locale qui sont prémonitoires de la gangrène.

M. Renault : Le cas de M. Hirtz n'est pas semblable au cas présenté aujourd'hui. Dans celui-ci, en effet, le rétrécissement artériel n'est nullement congénital, c'est un rétrécissement acquis, qui ne se complique d'ailleurs d'aucun élément spasmodique.

©BIU Santé

Quant au bénéfice que le malade peut retirer d'un repos absolu, il n'est pas douteux. Mais ce malade ne peut supporter la chaleur du lit, qui amène dans les parties gangrenées des douleurs intolérables.

Traitement de la tuberculose par la méthode de Koch. — M. Ferrand vient, avec MM. Cuffer et Thibierge, présenter à la Société un résumé des observations qu'ils ont recueillies à Berlin pendant le séjour qu'ils viennent d'y faire. M. Ferrand parlera de l'action générale du remède de Koch, laissant à M. Cuffer ce qui a trait spécialement aux maladies de poitrine, et à M. Thibierge, ce qui a trait au lupus.

Le manuel opératoire est bien connu. Les médecins allemands ont abandonné la seringue de Koch et se servent d'une seringue de Pravaz, à piston d'amiante; celle-ci est plus facile à nettoyer; il faut, en effet, prendre toutes les précautions d'asepsie. On commence par injecter, sous la peau du dos de préférence, 1 à 2 milligrammes de la lymphe. Cette injection provoque, chez les malades, une réaction qui a souvent été décrite (élévation thermique, congestions locales, péri-bacillaires). Cette réaction est quelquefois très intense, et il ne faut point répéter l'injection avant la disparition complète des accidents généraux.

D'après les faits observés par M. Ferrand, en particulier dans le service de M. Sénator, l'action de la lymphe de Koch peut se résumer ainsi : C'est un agent pyrétogène, quant à ses effets généraux, et, quant à ses effets locaux, c'est un agent qui congestionne les systèmes capillaires, surtout autour des tissus occupés par le bacille tuberculeux L'action générale est surtout intense chez les tuberculeux, mais elle ne leur est pas absolument exclusive.

Les troubles provoqués chez quelques malades par la lymphe de Koch démontrent que l'action de cette substance est comparable à celle d'un poison musculaire : courbature générale, douleurs musculaires, collapsus cardiaque, dilatations capillaires; tous ces phénomènes montrent que la fibre vasculo-motrice est atteinte par le poison partout où elle se trouve.

Quelques accidents nerveux survenant chez un certain nombre de malades après l'injection (un peu de délire, fugace d'abord, puis surtout dans quelques cas, un coma plus ou moins profond) ont fait penser à quelques observateurs qu'on avait affaire à un poison du système nerveux et probablement d'action bulbaire. Mais, dans ces cas, l'intégrité relative des fonctions respiratoires n'est pas en faveur de cette action bulbaire et les accidents céphaliques peuvent s'expliquer par les troubles paralytiques des capillaires cérébraux.

Donc, congestion de certains systèmes capillaires due à une paralysie de la fibre vasomotrice, intéressant quelquefois les centres nerveux, le cœur, la musculature périphérique, tel paraît être l'effet direct de la lymphe de Koch.

Le professeur Ewald a ainsi formulé les contre-indications du médicament dans la phtisie pulmonaire :

1° Une généralisation trop étendue de la lésion tuberculeuse; 2° l'adynamie du malade; 3° la forme hémoptoïque de la maladie.

Il faut ajouter : une élévation thermique trop considérable.

Quant au caractère curatif de la lymphe de Koch, aucun des faits observés ne permet encore de l'admettre.

M. Cuffer : Après l'injection du liquide de Koch, la réaction générale n'est pas constante, tout d'abord. Quelquefois, avant l'élévation de la température, il peut se produire une véritable hypothermie; M. Cuffer a vu le thermomètre marquer 35°. Ceci peut s'expliquer par l'état du cœur qui bat faiblement, avec une gêne évidente de la systole cardiaque; en même temps, le pouls est petit, mou, dépressible. Cet état dure quelquefois un jour entier, quelquefois peu d'instants seulement, puis la fièvre s'allume.

Du côté des voies respiratoires, le début de la réaction s'annonce par une dyspnée plus ou moins forte due à de la congestion pulmonaire, et peut être aussi à un spasme des branches des artères pulmonaires. Cette réaction locale se traduit par des râles fins de congestion pulmonaire ou des frottements pleuraux plus accentués.

La réaction générale peut manquer, et la réaction locale existe seule; quelquefois

©BIU Santé

aucune des deux réactions ne se produit. Il faut donc faire quelques restrictions à la règle absolue que Koch avait formulée dans son premier rapport.

Dans quelques cas, la réaction locale ne s'est pas produite uniquement sous forme de congestion pulmonaire; les injections ont été le coup de fouet donné à la lésion tuberculeuse. Ainsi, dans le service de M. Sénator, une femme de 42 ans mourut de phtisie galopante, à forme broncho-pneumonique, dix jours après le commencement du traitement. Chez un autre malade, âgé de 41 ans, poussée de granulie au sixième jour du traitement. De même, chez une troisième malade, du service de Krause. Sur un quatrième, atteint d'un léger point de pleurésie à la base gauche, prostration extrême dès la première inoculation, avec une douleur tellement atroce au niveau du point pleurétique, que M. Sénator pensa un moment à une gangrène pulmonaire et pleurale.

Les accidents de la réaction sont donc dus soit à une congestion trop intense, soit à une accélération de la tuberculisation. De plus, il se produit des poussées congestives vers d'autres organes, le foie, le rein. On a signalé l'albuminurie, qui accélère la marche de la tuberculose, et l'urémie est possible.

On a cependant cité des résultats plus favorables : diminution des crachats et des sueurs, amélioration de l'état général et local, mais M. Cuffer n'en a pas vu un seul cas. Aussi pense-t-il que les injections doivent être faites avec une extrême prudence, que la dose à injecter doit être mesurée non seulement suivant le degré de la lésion tuberculeuse, mais aussi suivant l'état de résistance du malade. Enfin, il propose d'associer aux inoculations de lymphe un traitement dirigé contre les phénomènes congestifs.

M. Thibierge : Le lupus vulgaire est, pour l'observation des effets de la lymphe de Koch, une véritable maladie d'étude; il est, en effet, très facile de se rendre compte du mode d'action de celle-ci sur les tissus tuberculeux.

Les modifications immédiates produites sur le tissu lupique par les injections sont connues de tous. Mais, à mesure que l'on répète les injections, même en élevant progressivement la dose, la réaction locale devient de moins en moins intense. La tuméfaction et la rougeur sont de moins en moins accusées, les surfaces sécrétantes de moins en moins étendues, la sécrétion de moins en moins abondante; les squames se développent plus régulièrement, elles sont plus adhérentes et recouvrent une cicatrice ordinairement régulière et lisse. Enfin, un moment arrive où, malgré l'élévation des doses injectées, il ne se produit plus aucune réaction. On ne pourrait dire encore si cette accoutumance est temporaire ou définitive.

C'est en se basant sur cette absence de réaction qu'on a, avec plus d'enthousiasme que de sagacité clinique et d'expérience dermatologique, parlé de guérison totale du lupus.

Or, voici l'histoire de deux malades pris parmi tous ceux que M. Thibierge a examinés; on y trouve le résumé de toutes les observations qu'il a recueillies.

L'un d'eux est un homme de 24 ans, vu à la clinique du professeur Bergmann. Cet homme, atteint d'un lupus tuberculeux de la face avec envahissement du nez, destruction d'une portion des deux narines et de la sous cloison, avait reçu onze injections de la lymphe de Koch, du 8 au 27 novembre. Les trois dernières injections, faites à la dose de 2 centigrammes, n'avaient plus amené de réaction générale. Les régions malades s'étaient recouvertes d'une couche épidermique continue et lisse, et étaient le siège d'une rougeur intense. Le malade avait été présenté comme guéri, parce qu'il n'avait plus de réaction locale. Or, en tendant les téguments de façon à faire disparaître la rougeur, M. Thibierge mit en évidence de petits nodules arrondis, non saillants, de consistance molle, de coloration jaunâtre; en un mot, de petits tubercules lupiques occupant toute la surface des plaques rouges, et surtout leur périphérie.

Dans le deuxième cas, après seize injections de la lymphe, les trois dernières n'ayant plus amené ni réaction locale, ni réaction générale, et les doses ayant été portées jusqu'à 4 centigrammes, les tubercules lupiques étaient très nombreux et très visibles dans le tissu cicatriciel.

Chez tous les malades qu'il a observés, M. Thibierge a d'ailleurs pu constater la présence de ces tubercules. L'étude histologique de ces nodules n'a pas été faite, à sa connaissance du moins. Elle serait cependant, avec les inoculations expérimentales aux

animaux, d'une importance capitale. Mais les médecins allemands ont tenu à ne recourir à aucune intervention chirurgicale, afin de suivre jusqu'à leurs dernières limites les effets des injections. M. Bergmann a toutefois, dans un cas, enlevé avec la curette des végétations exubérantes de lupus. M. Thibierge n'a pu savoir si l'examen microscopique en avait été fait.

Quoi qu'il en soit, on ne peut déclarer guéris des malades dont la surface cutanée renferme des nodules. M. Thibierge se croit donc pleinement autorisé à déclarer que, par la méthode des injections du liquide de Koch, il n'existe pas encore un seul cas de guérison, même apparente.

D'ailleurs, dans le lupus, les récidives sont fréquentes, et une longue période d'observation est nécessaire.

Il ne faut pas cependant conclure des faits précédents que la méthode de Koch n'est d'aucune utilité dans le traitement du lupus. Sa merveilleuse rapidité d'action, son influence cicatrisante rendront toujours de réels services, surtout lorsque l'observation clinique et l'expérimentation thérapeutique auront établi dans quelles proportions on peut associer la méthode de Koch aux méthodes antérieures de destruction du lupus. Analogue à l'action de l'érysipèle intercurrent sur les lésions lupiques et scrofulo-tuberculeuses, l'action de la lymphe de Koch viendra aider puissamment ces méthodes thérapeutiques.

M. Thibierge énumère ensuite les accidents que peuvent produire les injections; puis, généralisant aux tubercules des viscères ce qu'il a observé pour les nodules superficiels du lupus, il conclut qu'on ne doit accueillir qu'avec une extrême réserve les faits merveilleux cités par les médecins allemands, et qu'on ne doit employer la méthode de Koch qu'avec prudence et circonspection.

M. Debove apporte à la Société les observations recueillies à Berlin par son préparateur, M. Rémond (de Metz), et qu'on peut ainsi résumer :

La réaction générale consécutive aux injections est un bon moyen de diagnostic; mais elle manque quelquefois et s'est produite, au contraire, dans des cas de lèpre, de syphilis, de scarlatine.

Au point de vue thérapeutique, il n'y a pas un seul exemple de guérison authentique. La tolérance pour le médicament veut dire non pas amélioration, mais accoutumance. Par contre, il y a eu des cas de mort par œdème pulmonaire, œdème de la glotte, collapsus cardiaque, accidents cérébraux, etc.

Il faut donc être extrêmement prudent dans l'emploi de la méthode de Koch; d'un autre côté, faire ainsi de véritables expériences sur l'homme, c'est se mettre en contradiction avec la loi française, qui interdit l'emploi des remèdes secrets.

FORMULAIRE

Potion contre la chorée. — Benedikt.

Liqueur de Fowler	2 à 3	grammes.
Eau distillée	220	—
Sirop simple	30	—

Mêlez. — Une cuillerée à soupe, trois fois par jour, contre la chorée. — S'il existe des douleurs articulaires, administrer pendant quelques jours le salicylate de soude. — Essayer du courant continu de la pile sur le trajet de la colonne vertébrale. — Eviter de faire prendre des narcotiques, et particulièrement de l'hydrate de chloral. — N. G.

COURRIER

Opinion de M. Pasteur sur la découverte de Koch. — Interrogé par un des correspondants du *Times* sur ce qu'il pensait du remède de Koch, M. Pasteur se serait exprimé ainsi :

©BIU Santé

« Jusqu'à présent, il n'y a pas une seule cure authentique, même pour le lupus. Le docteur Bergmann lui-même a vu un malade, atteint du lupus, rentrer à l'hôpital quinze jours après avoir été renvoyé comme guéri, une rechute grave étant survenue dans ce bref intervalle. Bien plus, il n'y a pas de certitude réelle dans les conséquences de ce traitement. Le remède est d'un degré de virulence inouïe, et les réactions qu'il entraîne sont terribles.

Aucun venin de serpent, administré à la même dose réduite (2 dixièmes de milligrammes), n'aurait des effets pareils. Nous avons affaire à un toxique d'une si indomptable énergie qu'il peut introduire dans l'organisme des désordres dont les conséquences ne peuvent être augurées et n'ont pas encore été étudiées.

Vous pouvez avoir vu un rapport dans les journaux médicaux d'aujourd'hui, marquant que des traces d'albuminurie et d'hématurie ont été trouvées chez un malade traité pour la tuberculose avec de très faibles doses de la lymphe. En fait, les reins sont gravement atteints par ce remède.

Il serait certes injuste de rendre le docteur Koch responsable pour des résultats aussi inopinés que celui-ci, mais que dire du gouvernement allemand, qui adopte les méthodes des marchands d'orviétan, pour garder le secret du remède, et en faire un objet de commerce sous les plus misérables prétextes? Quoi de plus anti-scientifique qu'un tel procédé, et de pire pour la réputation de ceux qui y ont recours?

Quoi qu'il advienne, vous pouvez être parfaitement certain que l'école bactériologique française n'imitera pas leur exemple. Aussi longtemps que les résultats de nos recherches ne seront pas vérifiés, nous garderons le silence. Aussitôt qu'un seul point aura été parfaitement établi, nous rapporterons le fait en détail à l'Académie de médecine. »

— Ajoutons que M. Pasteur a protesté dès le lendemain contre l'inexactitude des paroles que lui a prêtées ce journaliste, qui n'était pas correspondant du *Times*, mais d'une agence télégraphique anglaise.

Hygiène des lycées. — *Eau potable.* — M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire dans laquelle il appelle leur attention sur les dangers que peut présenter, au point de vue hygiénique, la qualité plus ou moins pure de l'eau mise comme boisson à la disposition des élèves des lycées et collèges de garçons et de jeunes filles, soit dans les réfectoires, soit dans les cours de récréation. Le ministre demande aux recteurs de lui adresser pour chacun des établissements d'enseignement secondaire de leur académie un rapport faisant connaître la provenance, la composition chimique, le mode de canalisation de l'eau dont les élèves peuvent faire usage et, s'il y a lieu, le système de filtre adopté dans chaque établissement. (*Progrès méd.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 13 décembre 1890. — *Ordre du jour :* 1. Elections pour le renouvellement du bureau : président, vice-président, secrétaires annuels, conseil d'administration. — 2. M. Perrin : Deux observations de tachycardie.

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure) population de 1,769 âmes, agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus de cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just, par Marennes (Charente-Inférieure).

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Algan-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 :

LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Ch. Abadie : Des formes graves de syphilis oculaire sénile. — Traitement. — III. Thérapeutique : Qu'est-ce que le peptonate de fer? — IV. Revue des cliniques. — V. Bibliothèque : Etude sur la croissance et son rôle en pathologie. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de médcine de Paris. — VII. Courrier. — VIII Feuilleton : Causerie. — IX. Formulaire.

BULLETIN

Le nouveau traitement de la tuberculose.

Pas un seul cas de guérison, même apparente, telle est la nouvelle que trois médecins des hôpitaux de Paris, MM. Thibierge, Ferrand et Cuffer, ont rapportée de leur voyage à Berlin, et qu'ils ont annoncée à la Société médicale des hôpitaux. M. Thibierge a examiné avec le plus grand soin tous les cas de lupus traités qu'il a pu rencontrer, et s'il a vu des améliorations évidentes, il n'a vu aucun cas de guérison. « On a beau élever les doses, même d'une façon rapide, un moment arrive où il ne se produit ni réaction générale fébrile ni réaction locale. On peut assurer, lorsqu'on est ainsi arrivé à ne plus produire aucune réaction, que la substance injectée a perdu tout pouvoir sur la lésion locale ». Alors il n'y a plus qu'à se croiser les bras. Il faut attendre pour savoir s'il n'y aura pas réapparition des accidents lupiques.

M. Ferrand a donné d'intéressants détails sur l'action générale du remède de Koch, sur les indications et contre-indications de son emploi. Notons que si l'action pyrétogène est surtout marquée chez les tuberculeux,

FEUILLETON

CAUSERIE

Je n'apprendrai rien aux lecteurs de l'*Union* en disant que l'article *Causerie médicale* est une création d'Amédée Latour, qui l'a inauguré, il est vrai, avant de fonder l'*Union* avec notre vénérable gérant M. Richelot, mais qui n'en est pas moins devenu et resté longtemps *la propriété exclusive* de notre journal, comme disent aujourd'hui les grands magasins. En effet, lorsque Jean Raimond passa de la *Gazette des hôpitaux* à l'*Union médicale* pour devenir le docteur Simplice, il n'y avait pas alors de causeries du même genre, et pendant longtemps il n'y en eut pas. Mais le genre était bon, à ce qu'il paraît, car Simplice eut des imitateurs; dans les dernières années de sa vie, il assista aux essais que firent divers journaux, la *Gazette hebdomadaire*, la *Gazette médicale*, *etc.*, pour jeter un peu de gaieté dans leurs sérieuses colonnes. Je ne sais ce qu'il en pensa, mais, toute tremblante que fût sa main, il n'en laissa pas pour cela tomber sa plume.

Aujourd'hui, tous les journaux de médecine, ou à peu près, *feuilletonnent* ou *causent*, et ceux qui trouvent ce genre trop léger *chroniquent* sans rire; le *Mercredi médical* lui-même, frère Cadet, et très cadet, de la *Gazette hebdomadaire*, est sérieux au dedans comme son grand frère, mais il jette sa gourme sur sa couverture et s'y montre tout à fait « fin de siècle ». La *Médecine moderne*, toute scientifique pendant les premiers mois

©BIU Santé

elle ne leur est pas exclusive. M. Debove a dit que M. Rémond avait observé à Berlin 14 cas de tuberculose certaine où cette réaction a manqué. Inversement, elle s'est montrée dans des cas de lèpre, de syphilis, de scarlatine. Elle s'est montrée aussi chez un malade de M. Fournier, atteint d'épithéliome de la face; chez des malades de Kaposi, atteints de lèpre, de lupus érythémateux non tuberculeux, de gomme de la peau, de sarcome du pharynx, d'angine syphilitique.

L'impression de M. Cuffer sur l'action de la lymphe de Koch dans la tuberculose des voies respiratoires n'est pas plus favorable. Des améliorations dans les cas récents, dont il a entendu parler, mais qu'il n'a pas vus, des aggravations dans certains cas, qu'il a vus, où l'injection paraît avoir donné un coup de fouet à la phtisie, qui se met à galoper.

Dimanche dernier, M. le professeur Cornil a fait dans le trop petit amphithéâtre de l'hôpital Laënnec, l'exposé de ses remarques sur les malades qu'il avait inoculés une dizaine de jours auparavant. Elles confirment ce que nous savons déjà sur l'action immédiate du remède, mais elles nous donnent, de plus, des renseignements intéressants sur certains accidents dont on n'avait pas parlé à Berlin, l'albuminurie, l'hématurie, que M. Cornil attribue à la congestion de lésions rénales antérieures par la lymphe de Koch; or, ces phénomènes durent depuis plus de huit jours, ce qui prouve leur gravité.

La lymphe paraît agir en déterminant une congestion inflammatoire susceptible de transformer les éléments atteints en tissus fibreux, ce qui est le processus habituel de la guérison des lésions tuberculeuses. Le danger de ce remède est de provoquer une réaction locale trop vive, qui pourrait aller jusqu'à la gangrène. Dans le poumon, la gangrène produit des cavernes, dans lesquelles, lorsqu'elles communiquent avec les bronches, viennent se loger les microbes de la suppuration, donnant ainsi lieu à des infections secondaires. Il faut donc essayer de modérer cette action locale, et pour cela, de donner toujours des doses faibles, 1 centimètre cube au plus, et commencer par moins. Il ne faut pas non plus, après l'injection, se borner

---

de sa vie, sérieuse comme un nouveau-né, s'est tout à coup mise à rire comme nous autres et place ses joyeusetés à l'endroit où les journaux anglais et américains mettent leurs « Editorial », tout à fait en belle place.

Je suis loin de me plaindre de voir mes confrères faire comme moi, car, en somme, si on m'imite, c'est qu'on trouve bien ce que je fais; mais, tout de même, ça me gêne un peu Les sujets de *Causerie médicale* ne sont pas très variés et, quand un de nous en a pris un, il est bien rare qu'un autre ne mette pas un pied dans le terrain conquis. Vous me direz à cela que c'est la lutte pour l'existence, et que « tant mieux pour celui qui arrive le premier »; les autres sont bien obligés d'en prendre leur parti, et de *refaire* l'article s'ils ne veulent pas rester coi. Il en est même qui trouvent plus facile de copier l'article tel quel, sans prendre la peine de le démarquer; affaire de tempérament, ou de temps... quand on est pressé.

Tout cela, pour vous dire que, quand on n'a rien de neuf à dire, on est bien obligé de répéter ce qu'ont dit les autres, quitte à le remanier pour avoir l'air d'y mettre au moins un peu d'originalité. C'est ce que je vais essayer de vous démontrer.

Je crois vous avoir dit que M. le docteur Lassar, secrétaire du Congrès international des sciences médicales tenu à Berlin au mois d'août dernier, avait tout à coup disparu. La première pensée fut que l'excès de travail auquel il avait été soumis pendant plusieurs mois pour organiser le Congrès avait altéré et même rompu l'équilibre de ses facultés mentales, et qu'on l'avait enfermé dans une maison de santé. La vérité est que, se sentant très fatigué, il avait fait comme notre Saint-Saëns avant *Ascanio*, il s'était

©BIU Santé

à l'expectation pure et simple, comme en Allemagne. M. Cuffer avait, dans sa communication, exprimé son intention d'associer aux inoculations de lymphe un traitement destiné à empêcher ou à modérer l'intensité des phénomènes congestifs. De son côté, M. Cornil pense qu'on peut obtenir de bons effets du traitement de Koch en l'associant à d'autres moyens thérapeutiques. La lymphe de Koch n'agissant pas sur les bacilles eux-mêmes, on pourrait employer, avant ou après l'injection, d'autres substances toxiques pour les bacilles; il a déjà essayé l'injection de l'huile iodoformée sous la peau; il essayera encore le peptonate de mercure, le sublimé additionné d'acide tartrique, etc.

Une question importante que M. Cornil a agitée, et dont nous avions parlé dans notre *Bulletin* de samedi dernier, est celle de la responsabilité qui incomberait aux médecins dans le service desquels surviendraient des cas de mort après les injections de la lymphe de Koch. Les poursuites sont en effet possibles, d'une part, à la requête des familles des décédés, d'autre part, à celle des pharmaciens qui pourraient réclamer contre l'emploi d'un remède qui n'a pas passé par les officines. M. Brouardel a promis de porter la question devant le conseil d'hygiène et de demander au ministre de l'intérieur un arrêté pour régulariser la situation des médecins qui se servent de la lymphe.

Dans la séance de lundi dernier, le comité d'hygiène a pris connaissance d'une note de M. Netter, en ce moment aussi à Berlin : « La découverte de Koch, a dit M. Netter, est plus précieuse par les espérances légitimes qu'elle permet de formuler que par les résultats encore acquis; elle n'est encore que dans la phase d'expérimentation. Les expériences doivent être faites avec la plus grande prudence et seulement dans les hôpitaux, où les malades sont l'objet d'une surveillance éclairée de tous les instants. »

Le comité a ensuite adopté à la presque unanimité, la proposition suivante :

« Il y a un intérêt scientifique à ce que les expériences sur la valeur du remède de Koch soient continuées en France ». M. le ministre de l'inté-

---

retiré loin de la ville sans donner son adresse, de sorte qu'il avait été porté *disparu;* reposé par quelques semaines de retraite, il était revenu comme si de rien n'était et avait pu rassurer ses amis sur l'état de sa santé et de ses facultés mentales.

On attribue à un autre motif la disparition de M. Lassar. Dès qu'il sut officiellement que l'impératrice avait l'intention de visiter l'exposition annexée au Congrès, il donna aussitôt des ordres pour faire disparaître la collection contenant des spécimens des maladies vénériennes d'aspect peu engageant. Mais, par malheur, l'impératrice, au cours de sa visite, poussée par une curiosité toute naturelle à toute fille d'Ève (paysanne ou impératrice), insista pour qu'on lui montrât la collection du docteur Lassar. Ce dernier répondit qu'il s'agissait là de sujets qui ne convenaient point à une femme, même quand cette dernière serait impératrice. Cette réponse excita la colère de la visiteuse. Un personnage officiel donna au docteur Lassar le conseil de se faire plus rare à l'avenir, invitation qui, dans une monarchie autocrate, ne saurait être dédaignée.

Je prends cette explication dans le *Mercredi médical*, mais en y corrigeant quelques coquilles que j'avais bien le droit d'enlever. Le *Mercredi* l'avait lui-même traduit de l'anglais, ou plutôt de l'américain. Ce qui vous prouve que les chroniqueurs vivent aux dépens les uns des autres.

Les preuves de ce genre abondent. Ainsi, les relations de l'opération pratiquée par M. Félizet à Mlle Demarsy, n'ont-elles pas fait le tour de la presse médicale et extra-médicale? Et M. Félizet, qui passe pour avoir l'épiderme sensible, car il a la peau fine, a dû être bien agacé de tout ce bruit. C'est, d'ailleurs, justement parce que M. Félizet a la

©BIU Santé

rieur, fort de ce vote, ne tardera donc pas à rendre l'arrêté que désire la Faculté.

De son côté, la Société de médecine légale a examiné la méthode de Koch au point de vue juridique, et une commission a été nommée pour étudier cette question complexe.

En attendant, M. Cornil a donné un sage conseil que pourront suivre tous ceux qui expérimentent dans les hôpitaux : C'est de prendre la précaution de demander aux malades s'ils veulent recevoir l'injection de Koch; s'ils sont mineurs, il faut demander l'autorisation aux parents. Le rôle du médecin, dans les circonstances présentes, n'est pas d'exciter les malades à essayer le remède.

En résumé, la découverte de M. Koch reste très importante, au point de vue de l'action élective qu'elle possède sur les lésions tuberculeuses, sinon dans tous les cas, du moins dans la grande majorité. Mais ce n'est pas la première fois qu'on se trouve en présence d'un remède exerçant une action élective sur un tissu pathologique; le mercure et l'iodure de potassium en font autant sur les tissus syphilitiques, et le sulfate de quinine sur la rate hypertrophiée des paludiques, sinon avec la même rapidité, du moins avec plus d'efficacité thérapeutique, ce qui est une compensation sérieuse.

On a émis encore sur la composition de la lymphe et sur son mode d'action, diverses hypothèses sur lesquelles nous reviendrons quand elles auront pris un peu de consistance. — L.-H. Petit.

— L'Académie de médecine a élu membres titulaires : M. le docteur Ch. Périer et M. le professeur Dieulafoy, que nous prions de vouloir bien agréer nos sincères félicitations pour cet honneur bien mérité.

Des formes graves de syphilis oculaire sénile. — Traitement,

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 14 juin 1890

Par le docteur Ch. Abadie.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, de soigner un malade âgé de

---

peau fine que tout ce bruit a été fait. Mais reprenons les choses dès le commencement.

Mlle Demarsy, une des plus jolies actrices de Paris (ce que je ne dis pas pour les lecteurs de Paris qui seraient inexcusables de ne pas l'avoir vue, mais pour ceux de province qui n'ont pas eu l'avantage...), Mlle Demarsy, dis-je, faisait une promenade en voiture, lorsque ses chevaux s'emportèrent. Il en résulta une éraflure à la joue de la belle, éraflure que M. Félizet fut appelé à soigner. Pour combler la petite perte de substance, il crut ne pouvoir rien faire de mieux que de prendre « un des plus nobles morceaux de sa modeste personne ». C'est *Le Temps* qui s'exprime ainsi par la plume d'un de ses reporters. Les deux peaux se sont bien raccordées, et Mlle Demarsy est redevenue aussi jolie qu'auparavant.

Quelle pouvait bien être la région à laquelle le chirurgien avait emprunté l'un des plus nobles morceaux de sa modeste personne ? C'est ce qui a fort intrigué tous les plumitifs qui ont exercé leur imagination et leur verve sur ce point. Les uns ont dit la fesse, sous prétexte que « fesse que doit », ajoutant un calembour à leur devergondage; les autres le pénis, et ont confirmé leur hypothèse par le fait suivant, communiqué à la *Société de chirurgie* dans une discussion sur la blépharoplastie par greffe.

Un étudiant en médecine portait à la face une petite tumeur. L'ablation exigeait une perte de substance assez vaste. Mais par bonheur, cet étudiant avait un camarade pourvu d'un phimosis et qui, plein de dévouement, se fit circoncire le même jour où l'on opéra son ami. Séance tenante, la transplantation fut faite et réussit.

© BIU Santé

67 ans qui, trois ans auparavant, avait contracté la syphilis. C'était un beau vieillard robuste vigoureux. Il avait eu un chancre presque insignifiant, quelques plaques muqueuses à la bouche, pas ou presque pas de roséole, en somme des accidents secondaires en apparence fort bénins quand ses yeux commencèrent à être atteints.

A mon premier examen, je constatai un trouble diffus de la papille et du corps vitré, un peu d'iritis, une injection péri-kératique modérée. — Je prescrivis tout d'abord le sirop de Gibert ; le malade en consomma des quantités considérables sans en retirer aucun bénéfice. J'employai alors les frictions mercurielles à haute dose qui étaient bien supportées, grâce à la bonne constitution du sujet, mais qu'il fallut pourtant interrompre de temps à autre, en raison des poussées de stomatite.

Malgré cette médication énergique longtemps prolongée, le corps vitré resta trouble, probablement que les nerfs optiques s'altérèrent également, car la diminution de la vision continua à se faire et, malgré tous mes efforts, ce malade resta à peu près aveugle.

Ce cas clinique m'avait beaucoup frappé en raison de l'insuccès de tous les traitements employés. Depuis, j'en ai observé plusieurs autres présentant avec celui-là la plus grande analogie.

Indiqués à grands traits, ils peuvent être résumés ainsi: syphilis contractée par des individus ayant dépassé la cinquantaine, accidents primitifs et secondaires tout à fait bénins ; puis deux ou trois ans après apparition de troubles oculaires graves caractérisés par des altérations des membranes profondes et des nerfs optiques, peu d'iritis. — Enfin et surtout résistance presque complète au traitement mercuriel et ioduré, quelles qu'en soient la forme et la dose.

Dans ces derniers temps, en présence d'un cas semblable et devant l'insuccès des frictions mercurielles, j'ai employé les injections sous-cutanées de bi-chlorure d'hydrargyre ; elles m'ont paru certainement beaucoup plus efficaces que toutes les autres préparations mercurielles. Néanmoins, malgré un nombre considérable d'injections, plus de 100, je n'ai pu conserver

---

Les heureux mortels qui pourront être appelés à embrasser désormais Mlle Demarsy, pour parler comme le reporter du *XIXe Siècle*, seront peut-être heureux de savoir toutes les hypothèses émises sur la source à laquelle a été pris le lambeau qui a comblé la brèche. Mais, entre nous, cela ne tire pas à conséquence ; avec un peu de coldcream et de poudre de riz, qui s'en apercevra?

Il y a vraiment des chirurgiens qui ont la guigne. Notre pauvre confrère n'était pas plutôt sorti de la joue de Mlle Demarsy, qu'il était appelé à l'autre..... face d'une autre actrice.

Comme tous nos lecteurs ne lisent peut-être pas le *Figaro*, nous ne pouvons résister à la tentation de leur raconter la petite anecdote suivante que rapporte le *Monsieur de l'orchestre* (5 décembre).

« C'était au Palais-Royal, à l'avant-dernière répétition. L'heure étant passée, et Mlle Netty n'arrivant pas, on dépêcha chez elle le concierge du Palais-Royal, et l'on apprit que cette aimable personne s'était blessée grièvement au contact d'un accessoire en porcelaine d'un usage plutôt nocturne. B.....? C.....? ou P. de c.....? — Parfaitement, c'est de ce dernier qu'il s'agit. Après le *Vase brisé*, de Sully Prudhomme, nous pourrions bien avoir celui d'Armand Silvestre.

« Donc, l'accessoire ayant pénétré dans les chairs, au lieu du..... *contraire*, on appela le docteur Félizet, lequel, après avoir soigné le visage de Mlle Demarsy, donna ses soins à... l'inverse de Mlle Netty. Mais cette fois sans risquer une parcelle de sa peau.

« Le docteur ayant condamné la patiente à huit jours de repos absolu, par une ordon-

©BIU Santé

à ces malades qu'un faible degré de vision. Les choses en étaient là lorsque j'eus occasion d'examiner un malade dans les conditions suivantes :

M. P..., 62 ans, tailleur, ne présente rien de bien important à noter dans les antécédents personnels et héréditaires. En 1883, chancre à la verge, traité simplement par des lotions avec de l'eau de noyer et cette même eau prise à l'intérieur. Le chancre ne fut pas suivi des accidents habituels, tels que : roséole, plaques muqueuses, etc. En 1884, un an après l'accident primitif, apparition dans la paume de la main et au cuir chevelu de boutons blanchâtres (probablement psoriasis palmaire). A ce moment le malade prend de l'iodure de potassium à hautes doses. En 1887, il s'aperçut que sa vue baissait rapidement et bientôt il n'y vit plus à se conduire seul. Il se présente à ma clinique le 15 septembre 1888; à l'ophthalmoscope, on constate un trouble du corps vitré probablement de nature spécifique. Traitement. — Frictions locales avec l'onguent napolitain et injections sous-cutanées de peptonate d'hydrargyre et de pilocarpine tous les deux jours. Trois mois après, on cesse la pilocarpine et on continue le peptonate avec des intervalles de quinze jours entre les séries de 10 injections. A la suite de ces injections, il y eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation, mais sans résultat final avantageux du côté de la vision; cependant on était arrivé à faire 150 injections sous-cutanées de peptonate d'hydrargyre.

L'œil gauche était bien plus mauvais que le droit; le 16 avril 1890 on fait dans l'œil gauche une injection d'une goutte de la solution de sublimé à 1/1000e; huit jours après, seconde injection dans le même œil; dès ce moment l'amélioration s'accentue et ce malade arrive bientôt à lire avec cet œil. Le 10 juin, semblable injection dans l'œil droit. Amélioration progressive et persistante.

Aujourd'hui avec des verres appropriés, le malade lit de l'œil droit le n° 5 du livre de Wecker et de l'œil gauche le n° 4.

Cette observation me paraît avoir une grande importance au point de vue clinique et thérapeutique. Il reste avéré que la syphilis contractée au-delà d'un certain âge peut déterminer des accidents oculaires d'une gravité extrême; que le traitement de choix doit surtout consister dans les injections sous-cutanées de bi-chlorure d'hydrargyre associées dans les cas particulièrement graves aux injections intra-oculaires d'une goutte de bi-chlorure à 1 p. 1000. En présence de ce résultat, il est permis de se demander si

---

nance qui n'était pas sans fondement, Mlle Alice Lavigne s'est spontanément offerte à remplacer l'intéressante victime.

« Que les auteurs, par reconnaissance, lui envoient des fleurs, et comme consolation..... le vase à Mlle Netty. »

***

Occupons-nous de choses plus sérieuses. De la mort de Jésus-Christ, par exemple. Dans le *Medical Record*, de New-York, du 15 novembre dernier, le docteur C.-P. Clark s'efforce de démontrer, dans un long article qui m'a paru très savant et dans lequel il explique la Bible à la lueur des notions médicales modernes, que Jésus-Christ n'est pas mort sur la croix. En s'appuyant sur le texte de Saint-Marc, si le Christ était mort sur la croix, il aurait trépassé au bout de cinq heures. Or, ce temps paraît trop court à M. Clark, qui cherche à expliquer autrement les phénomènes observés. D'après lui, le Christ a eu une syncope, ce qui est bien admissible, car la pénétration des clous à travers les mains et les pieds a dû être assez douloureuse pour cela; ou bien, pâle et émacié comme il l'était, il a simplement simulé la mort, en sorte que, le croyant trépassé, les soldats venus pour l'achever l'ont laissé tranquille. Il fut ensuite porté dans une tombe froide, y revint à lui, et put gagner aisément un refuge où il passa le reste de ses jours soigneusement caché à ses ennemis.

Mais voilà la suite. Cet article avait été accepté par le rédacteur en chef du journal, après lecture sommaire du manuscrit. L'article ayant fait quelque bruit, ledit rédacteur

d'autres manifestations graves de la syphilis qui résistent souvent au traitement général ne seraient pas justiciables du même mode de traitement, d'injections locales.

Quand nous faisons passer le médicament dans tout l'organisme sa dose ne peut être très élevée sous peine de détériorer la santé; d'autre part ses propriétés curatives sont amoindries, peut-être même dénaturées, quand il arrive où il doit agir après avoir été charrié dans le torrent circulatoire. Il est donc rationnel de chercher à l'introduire directement dans la région malade.

THÉRAPEUTIQUE

Qu'est-ce que le Peptonate de fer ?

Nous trouvons dans le *Journal de médecine de Paris* un article sur le fer assimilable, qui n'est pas sans causer quelque surprise.

D'après l'auteur de cet article, la préparation qui résoudrait le grand problème thérapeutique dont la solution était depuis longtemps cherchée serait le peptonate de fer tel qu'il a été découvert il y a dix ans par les recherches de Maurice Robin, recherches faites à l'instigation de M. le professeur Hayem.

Si cela était ainsi, que faudrait-il penser des préparations similaires qui ont cherché à capter la confiance des praticiens pendant ces dernières années ?

Existe-t-il plusieurs peptonates de fer ou doit-on considérer comme des imitations nuisibles ou inoffensives toutes celles qui ne portent pas le nom de M. Maurice Robin ?

La question étant d'un grand intérêt thérapeutique, nous avons chargé un de nos collaborateurs de faire quelques recherches sur ce sujet, et voici les conclusions auxquelles il est arrivé.

D'abord il n'existe pas, à proprement parler, ni pepto-fer, ni peptonate de fer, du moins ces désignations sont impropres au point de vue strict de la nomenclature chimique.

Nous avons étudié et analysé la préparation qui jouit de la faveur des praticiens et qu'on désigne sous le nom de peptonate de fer Robin. Or, ce produit dont nous examinerons plus loin les propriétés physiologiques et thérapeutiques, n'est pas un peptonate de fer, mais un pepto-glyco-fer.

---

en chef a déclaré dans un numéro postérieur que sa bonne foi a été surprise, qu'il n'avait pas lu suffisamment le travail de M. Clark qui, à première lecture, lui avait paru sérieux, mais qu'il ne l'aurait certainement pas inséré s'il l'eût examiné avec un soin suffisant; qu'enfin ce travail ne reposait sur aucune base solide et qu'il n'était pas digne de paraître dans le *Medical Record*.

Encore une version de la mort du Christ qui ne passera pas à la postérité.

∴

J'ai fini ma *Causerie*, et je n'ai pas parlé de la question à l'ordre du jour, vous savez, la lymphe de Koch. J'espère, chers lecteurs, et vous aussi, cher rédacteur en chef, que vous m'en saurez gré. Aussi, pour me récompenser.....

« Vous savez, cet ivrogne qui prend un jour la résolution de ne plus boire. Il rencontre un cabaret, et passe fièrement devant sans s'y arrêter. Quelle victoire! « Mon vieux, se dit-il, parlant à sa personne, pour te récompenser de ton courage, je vais t'offrir un verre ».

Eh bien, pour me récompenser, permettez-moi de m'offrir un verre... Mais un tout petit seulement. Je ne serai pas bien exigeant .. bon, c'est entendu... merci.

Or donc, il faut que vous sachiez que les fumistes ont pris aussi possession de la question. Ils ont interviewé M. Pasteur, lui ont demandé son opinion sur la *lymphe de Koch* et l'ont envoyée au *Times*, de Londres, qui l'a insérée toute vive comme authentique. Le

©BIU Santé

Que M. Robin nous pardonne notre critique, mais elle est fondée et nous semble, du reste, de nature à tourner à son avantage; mais n'anticipons pas.

Il faut d'abord savoir que le fer n'entre dans l'économie comme élément d'organisation que combiné à une subtance protéique nutritive. Or, ni M. Robin, ni M. Jaillet, qui ont étudié ensemble les meilleures conditions d'assimilation du fer dans l'organisme humain, ne sont arrivés à des résultats satisfaisants tant qu'ils ont suivi les sentiers battus.

Il fallait, pour réussir, trouver une combinaison, non seulement analogue aux albuminates ou toutes autres matières organiques, mais encore il était indispensable d'étudier les transformations véritables et nécessaires du fer dans l'organisation avant d'être assimilé. En un mot, il fallait savoir que le fer, après avoir subi une première transformation par les sucs gastriques de l'estomac, ne pouvait former dans l'intestin un sel soluble sans le concours de la glycérine, qui s'y trouve d'une manière constante et naturelle par suite de la saponification. Ainsi donc, par l'addition de la glycérine avec laquelle il se combine intimement, ce produit, éminemment organique, forme un sel soluble double, à la fois stable et d'une conservation inaltérable. C'était là le *clou* de la découverte.

Nous sommes heureux de constater aujourd'hui, par la polémique engagée dans le *Journal de médecine de Paris*, que c'est à M. Maurice Robin qu'en revient tout l'honneur. M. Jaillet le reconnaît, du reste, d'une manière aussi courtoise que désintéressée lorsqu'il dit qu'il n'y a qu'un seul fer parfaitement assimilable, c'est le pepto-glyco-fer découvert par M. Maurice Robin.

Nous ne demandons pas mieux que d'accepter pour cette préparation le nom de peptonate de fer que lui a donné M. Robin. Nous reconnaissons volontiers avec MM. Hayem, Huchard, Jaillet et Dujardin-Beaumetz, que ce produit est le seul qui donne des résultats constants; mais nous tenions à constater que c'est par l'addition de la glycérine que M. Robin a obtenu le merveilleux produit qui porte son nom et que le peptonate de fer, que nous prescrivons tous aujourd'hui, est un pepto-glyco-fer.

REVUE DES CLINIQUES

Un cas de cyanose névropathique, par le docteur Tourdes. — Je me propose, Messieurs, d'attirer votre attention sur un phénomème bizarre qui s'est manifesté chez un enfant

plus joli de l'histoire, c'est que l'interview est revenue à Paris, où elle a été traduite dans un journal qui a des attaches étroites avec l'Institut Pasteur. Aussi personne ne songeait-il à douter de son authenticité lorsque M. Pasteur fit paraître une rectification de laquelle il appert qu'il n'y a pas un mot de vrai dans tout cela. Qu'en dites-vous? N'est-ce pas qu'elle est jolie, celle-là, et que j'ai bien fait de vous la raconter?

Cette fois, c'est bien tout, et je ne vous en dirai pas davantage aujourd'hui.

Simplissime.

Pate contre l'hypertrophie des amygdales. — Veillard.

Iode métallique.....	1 gramme.
Talc pulv.....	2 grammes.

Miel q. s. — F. s. a. — Deux fois par jour, on touche l'amygdale hypertrophiée avec un pinceau imprégné de ce mélange. On fait rincer la bouche immédiatement après. On peut se servir dans le même but, de la glycérine iodée, de la teinture d'iode pure ou mitigée, de la solution de chlorure de zinc au dixième. Les eaux sulfureuses et arsénicales employées en inhalations sont douées d'une certaine efficacité. Si ces moyens échouent, et que l'on ne soit point décidé à pratiquer l'amygdalotomie, on peut cautériser l'amygdale hypertrophiée à l'aide du galvano-cautère, qui en amène rapidement la rétraction. — N. G.

âgé de 7 mois, très probablement sous l'influence du travail de la dentition, car il a disparu après la sortie des premières dents et ne s'est plus reproduit ensuite.

L'enfant dont il s'agit fut, sur le conseil des médecins, nourri au lait condensé pendant les trois premiers mois, mais ce mode d'alimentation ne lui réussit guère. On vit surgir des troubles digestifs : vomissements, diarrhée, coliques. Le lait condensé fut remplacé alors par du lait de vache, qui fut mieux digéré, et l'enfant paraissait se développer normalement, lorsque le 8 décembre 1888, sans cause appréciable, la main droite devint toute gonflée et de coloration bleu noirâtre. Ce phénomène disparut en deux ou trois heures, sous l'action de compresses chaudes, imbibées d'eau de Goulard et de teinture d'arnica.

Le 11, les deux mains présentent du gonflement et une coloration foncée; dans l'après-midi, les mêmes phénomènes se produisent aux pieds, mais tout rentre dans l'ordre au bout de quelques heures.

Dans la nuit du 11 au 12, l'enfant se met à tousser d'une façon assez inquiétante; les jours suivants, on ne constate rien d'anormal, si ce n'est un peu de fièvre.

Le 15, le pied gauche se tuméfie et devient noirâtre; le malade semble très abattu.

Le 16, la fièvre et l'abattement augmentent. Un médecin est appelé, qui diagnostique une broncho-pneumonie et prescrit des poudres d'antipyrine, une potion expectorante (polygala et oxyde de blanc d'antimoine), et nne emplâtre de thapsia.

Le 18, on constate du gonflement et de la cyanose des pieds et de la main droite.

Le 20, on remarque une grosse tache d'un rouge violet sur la cuisse gauche et sur la fesse droite.

Le 21, l'oreille droite est gonflée, d'un rouge foncée, et le 23, les mêmes phénomènes s'observent sur la cuisse droite.

Le 25, il se forme une tache foncée sur chaque joue.

Le 26, on me présente le malade pour la première fois. Je constate sur les joues une tache rouge-jaunâtre, offrant un certain relief, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, de dimension ovale et mesurant 4-5 centimètres dans son plus grand diamètre. L'enfant n'offre pas d'autres symptômes morbides; l'affection de poitrine a disparu, le cœur est sain; on constate de légères traces de rachitisme au thorax; les fonctions digestives ne laissent rien à désirer; pas de cris, pas d'agitation; rien à noter du côté de la circulation; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. En voyant ces taches qui ressemblaient à des ecchymoses et qui s'étaient développées spontanément, je crus tout d'abord à une diathèse hémorrhagique; mais le malade n'ayant jamais eu d'hémorrhagie par les muqueuses, et la peau ne présentant pas la moindre pétéchie, je renonçai à cette idée et je réservai mon diagnostic jusqu'au moment où j'aurais la chance de constater moi-même les phénomènes étranges qui se passaient chez cet enfant. J'engageai donc la mère à revenir aussitôt qu'elle observerait quelque chose d'anormal.

Mon attente ne fut pas de longue durée : le 4 janvier, Mme V... arrivait chez moi dare dare, portant son enfant, qui présentait justement aux extrémités inférieures ce phénomène bizarre qui nous intriguait tant.

Les deux pieds sont fortement gonflés et d'une coloration bleu noirâtre; la pression du doigt y détermine un léger enfoncement, tandis que la couleur devient plus pâle; la température est abaissée; l'enfant ne paraît pas souffrir.

La tuméfaction et la teinte cyanosée s'arrêtent juste au niveau des malléoles; là, il existe une zone circulaire plus pâle, rosée, de 1 à 1 millimètre et demi d'étendue, puis la peau redevient tout à fait normale. On dirait que les deux jambes ont été entourées, à la partie supérieure, d'un lien qui aurait exercé une forte compression et empêché la circulation du sang. Snr la cuisse gauche, il existe également une tache saillante, de couleur rouge foncé, de forme ronde, irrégulière, laissant subsister à la pression des doigts une coloration jaunâtre.

Comme l'enfant présentait certains phénomènes du côté de la bouche, qui pouvaient faire croire au travail de la dentition, je pensai qu'il devait exister une certaine relation entre ce processus et les phénomènes morbides, et j'émis un pronostic favorable; à mon avis, tous ces symptômes, qui avaient paru si inquiétants, devaient disparaître au moment de la sortie des dents. Néanmoins, je conseillai l'emploi de l'électricité à courant constant.

©BIU Santé

A partir de ce jour, la cyanose n'a plus reparu; une première incisive inférieure s'est montrée à la fin de janvier; quelque temps après, nouvelle manifestation de phénomènes pathologiques, puis percement d'une deuxième dent.

Depuis lors, l'enfant s'est toujours bien porté, l'évolution dentaire n'a plus provoqué le moindre accident.

Dans le fait que je viens de relater, la cyanose ne pouvait être imputée à une affection des organes de la respiration ou de la circulation; son intermittence, sa localisation à une main, à un pied, et à une oreille, etc., constituaient ses principaux caractères destructifs et ne permettaient pas non plus de la confondre avec la cyanose congénitale ou maladie bleue. Elle était bien certainement d'origine nerveuse : l'irritation des fibres nerveuses vaso-motrices avait pour point de départ l'excitation produite par le travail de la dentition sur les branches dentaires du trijumeau.

Il existe certainement une grande analogie, surtout au point de vue pathogénique, entre ce cas et ceux que Maurice Raynaud a décrits sous le nom de gangrène symétrique des extrémités, ou plutôt avec la première phase de cette maladie, avec l'asphyxie locale. « La gangrène symétrique, dit cet auteur, forme avec l'asphyxie locale, idiopathique, un tout indissoluble. Elle n'en est, à proprement parler, qu'une phase ultime. Toute gangrène symétrique débute par une période plus ou moins prolongée d'asphyxie locale; mais beaucoup d'asphyxies locales ne vont jamais jusqu'à la gangrène confirmée et peuvent soit disparaître avec le temps, soit rester indéfiniment stationnaires. »

Mais il y a aussi des différences qu'il importe de faire ressortir; dans l'asphyxie locale de Raynaud, la lésion est plus limitée; il existe constamment de la douleur; il y a tendance manifeste à la mortification des tissus. Dans notre cas, la tuméfaction et la coloration foncée occupaient une grande étendue : les pieds, les mains, les oreilles; la douleur était nulle ou insignifiante; il existait des taches d'un rouge sombre sur les cuisses et sur les fesses; ces taches, produites par le même mécanisme que la cyanose des extrémités, disparaissaient comme celle-ci très rapidement, laissant parfois seulement une coloration jaunâtre (ecchymose) due à un épanchement de sang.

Pour toutes ces raisons, j'ai pensé qu'il fallait distinguer les phénomènes constatés chez mon malade de ceux relevés par Maurice Raynaud, et j'ai intitulé cette observation : « Un cas de cyanose névropathique ».

BIBLIOTHÈQUE

ETUDE SUR LA CROISSANCE ET SON RÔLE EN PATHOLOGIE, par le docteur Maurice SPRINGER. Paris, F. Alcan, 1890.

Cet intéressant travail repose sur cette idée que la croissance peut se faire suivant deux types différents, suivant que l'organisme est composé d'éléments robustes, sans tare héréditaire, sans prédisposition morbide, ou que les conditions contraires se trouvent réunies. Dans ce dernier cas, la croissance, déviée de ses lois normales, devient un agent pathogène dont l'action s'étend à toute la pathologie générale de la période de développement.

Ce sont les doctrines du professeur Bouchard sur la nutrition appliquées au développement de l'individu. Les maladies de la croissance sont des déviations de la nutrition, qui est en même temps insuffisante. A l'état normal, la croissance met en œuvre tous les processus physiologiques de la nutrition qu'elle porte à leur maximum d'intensité; « mais lorsqu'elle évolue sur un terrain taré par l'hérédité ou par le milieu, ou encore par les deux causes à la fois, qu'arrive-t-il? C'est que, ne trouvant pas dans la nutrition la quantité et la qualité de matériaux dont elle a besoin pour la constitution des éléments de nouvelle formation, la croissance se fait suivant un type anormal, et, comme ses lois sont fatales, nécessaires, et dépendent de l'évolution inéluctable de l'être vivant, elle se fait quand même et comme elle peut. Il en résulte que les éléments anatomiques nouveaux sont formés à l'aide de substances anormales et que les éléments déjà formés sont appauvris au profit des éléments de nouvelle formation. Dès lors, apparaissent des

BIU Santé

troubles fonctionnels qui varient suivant les localisations. Retentissant les uns sur les autres, par suite des synergies morbides, ils augmentent encore l'état de dystrophie de l'organisme. Qu'un facteur pathogène actif survienne, la maladie éclate. »

Tel est, d'après M. Springer, le rôle de la croissance. C'est elle qui a amené le désarroi dans l'organisme en lui imposant le devoir de former des éléments nouveaux, alors qu'il suffisait à peine à entretenir les anciens.

L'auteur nous fait ensuite assister au processus intime de la croissance normale et anormale dans les organes et les tissus; l'influence des diverses causes sur ce processus, et sur la genèse des maladies, la grande préoccupation de la génération médicale actuelle. Nous parcourons ainsi toute la pathologie de l'adolescence, les maladies qui atteignent à cet âge de transition le tissu osseux, les systèmes nerveux, vasculaire, lymphatique, l'appareil digestif; les maladies infectieuses. Le rôle de la croissance dans l'étiologie de ces maladies, surtout des déviations de la croissance qui favorisent l'entrée et la localisation des agents morbides, est étudié d'une manière neuve et très originale, très attrayante, quoique un peu aride parfois, parce que nous ne sommes pas encore assez habitués à ces idées de pathologie générale. C'est une éducation à faire.

M. Springer a fait quelques expériences sur les animaux pour démontrer ses idées sur le rôle de la croissance en pathologie, et les a fait suivre de la relation d'observations dans lesquelles ce rôle est bien net. C'est en somme un travail tout personnel, sortant un peu du niveau des thèses et qui fait le plus grand honneur au professeur Bouchard qui l'a inspiré et à l'élève qui l'a exécuté. — L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 novembre 1890. — Présidence de M. Abadie.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit : Les journaux et revues habituels; — une brochure intitulée : *La dengue et la grippe*, étude des épidémies en 1889, à Smyrne, par le docteur Chasseaud, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à Smyrne (M. Rougon, rapporteur); — le *Rapport* au préfet de la Seine sur le service des enfants maltraités ou moralement abandonnés, pendant l'année 1889; — le *Rapport* sur le service des enfants assistés de la Seine, par le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique.

— M. Duroziez fait une communication sur le *pouls lent* et le *pouls fréquent*. (Sera publiée.)

M. Gillebert d'Hercourt : M. Duroziez a-t-il une explication à donner sur le mécanisme des déchirures des valvules sygmoïdes de l'aorte? Seraient-elles un effet du ressac produit par la pression de retour?

M. Duroziez : Ces déchirures ne sont pas rares dans les efforts ; quand on empêche le sang d'avancer dans les artères, il recule. Les valvules ne peuvent être déchirées pendant la systole; elles ne peuvent l'être que pendant la diastole. Il y a deux mécanismes de la déchirure : par contusion, comme je l'ai montré autrefois, et par le simple effort.

M. de Ranse : J'aurais voulu que M. Duroziez s'étendît sur l'étiologie du pouls lent. Peut-il tenir à certains états névropathiques sans lésion cardiaque? Dernièrement, j'en ai vu un cas chez une dame qui avait des syncopes fréquentes; son pouls était descendu à 50. Quant à la tachycardie, elle existe non seulement dans le goître exophthalmique type, mais aussi dans les formes frustes.

M. Duroziez : J'ai fait intervenir dans le pouls lent la digitale, ce qui prouve que c'est un phénomène nerveux. Je dirai encore que les mots *tachycardie* et *bradycardie* devraient être supprimés; *pouls lent* et *pouls fréquent* sont des expressions assez claires par elles-mêmes. Enfin, pour les recherches à faire, je répéterai ce que j'ai déjà eu mainte occa-

©BIU Santé

sion de dire : il faut éviter en clinique l'emploi des instruments compliqués; l'œil, l'oreille, la main, tels sont les instruments que l'observateur doit savoir employer; qu'il y joigne l'intelligence.

M. Perrin : Je suis heureux d'entendre M. Duroziez s'élever contre l'abus des instruments; qu'on les réserve aux études pures de physiologie normale ou pathologique, mais dans la clinique proprement dite ils sont plus nuisibles qu'utiles.

M. Abadie : Je demanderai à M. Duroziez la permission de lui présenter quelques objections sur le fond même de la question qu'il a traitée. Je crois que le mot tachycardie a été créé pour exprimer un état pathologique dans lequel l'accélération des mouvements du cœur existe sans qu'il y ait aucune lésion du cœur et aucun trouble névropathique général bien accusé. Ce ne serait donc plus une augmentation des pulsations symptomatique, mais cette augmentation serait au contraire idiopathique et constituerait à elle seule toute la maladie.

Je n'ignore pas que la névrose connue sous le nom de goître exophthalmique est bien plus vaste qu'on ne le croyait jadis, mais néanmoins, pour porter un diagnostic ferme, il faut que tout au moins deux des trois principaux symptômes soient plus ou moins accusés.

M. de Ranse : Je crois que le diagnostic peut être plus hâtif que ne le pense M. Abadie. Sans exopthalmie et sans goître, la *tachycardie* suffit pour faire reconnaître la maladie, pourvu qu'il y ait tremblement musculaire.

M. Gillebert d'Hercourt : Je ne crois pas que la triade de Basedow soit nécessaire. J'ai observé un cas de goître exophtalmique dans lequel j'assiste à l'évolution des symptômes; pendant dix-huit mois, il n'y eut que des palpitations, puis est survenue l'exophtalmie, et maintenant le goître.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

COURRIER

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le mardi 16 décembre 1890.

Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1890, par M. Féréol, secrétaire annuel;

2° Prix proposés pour 1891, 1892 et 1893;

3° Eloge de Chauffard, par M. Bergeron, secrétaire perpétuel.

Le remède de Koch au point de vue juridique. — A la même séance, le comité a voté, à la presque unanimité, la proposition suivante :

« Il y a un intérêt scientifique à ce que les expériences sur la valeur du remède de Koch soient continuées en France. »

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

GRANULES ANTIMONIAUX du docteur Papillaud. — Affections cardiaques.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Legroux : Conférences de clinique infantile. — II. Revue des cliniques. — III. Bibliothèque : Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. — IV. Thèses de Bordeaux. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Hôpital Trousseau. — Dr Legroux, professeur agrégé.

Conférences de clinique infantile (1).

Messieurs,

Je reprends aujourd'hui les conférences cliniques que je fais depuis trois ans et je vous remercie encore une fois de l'encouragement que me donne votre présence. Votre nombre me prouve que ces leçons pratiques, que ces leçons de choses pour lesquelles j'utilise les ressources d'un grand hôpital d'enfants, sont goûtées de vous : le profit que vous en tirez est pour moi la meilleure récompense du temps que j'y consacre et du surcroît de travail que cela m'impose.

Il est, Messieurs, grandement question, depuis quelque temps, de la dépopulation dans notre pays; il y a, certes, un immense danger pour la France dans la diminution de la natalité; mais soyez bien persuadés que si nous pouvions mieux conserver les enfants qui naissent, si nous pouvions, par une meilleure éducation des mères et par l'amélioration des conditions sociales de la classe ouvrière, les soustraire à toutes les causes de maladie, si enfin nous parvenions à sauver plus de malades, grâce aux progrès de la médecine moderne, la dépopulation serait moindre et l'on verrait le chiffre de la natalité se relever d'une manière satisfaisante et en peu de temps.

Les médecins l'ont bien compris; aussi ont-ils fait tous leurs efforts pour multiplier, améliorer les hôpitaux d'enfants. Les municipalités, les administrations, de riches et généreux philanthropes enfin, ont fondé des crèches, des dispensaires qui rendent d'immenses services.

Vous citerai-je les dispensaires Furtado-Heine et Ruel, celui de la Société philanthropique à la Villette et bien d'autres que je vous engage à visiter.?

De toute part aussi vous voyez grandir une noble émulation chez tous ceux qui sont à la tête des services hospitaliers et des dispensaires; dans leurs visites journalières, dans les amphithéâtres des hôpitaux, dans la presse et les sociétés médicales, les médecins rivalisent de zèle pour étendre l'enseignement de la clinique infantile et pour approfondir et combattre les causes de la mortalité de l'enfance.

Un enseignement officiel a été créé il n'y a pas bien longtemps, et un éminent professeur, savant de premier ordre, a été chargé par la Faculté de

(1) Ces conférences ont lieu dans les salles Bouvier et Archambault, à l'hôpital Trousseau, tous les mercredis à 3 heures et demie.

©BIU Santé

la chaire de clinique infantile. Est-ce à dire qu'antérieurement cette partie de notre art ait été délaissée? Certes non; car il est peu de pays qui puissent nous opposer des noms aussi nombreux et aussi célèbres que ceux de Barthez, Blache, Guersant, Roger, G. Sée, Bouchut, Archambault, Cadet de Gassicourt, J. Simon, Lannelongue, de bien d'autres encore, et de Trousseau, ce clinicien illustre dont le nom éclatant décore cet hôpital.

(Ici M. Legroux indique ce qui a été fait pour l'isolement de la diphtérie, de la rougeole, de la scarlatine et de la coqueluche. Il fait espérer que prochainement un pavillon de douteux sera édifié; il indique enfin les précautions prises à la consultation de l'hôpital pour séparer du reste des malades ceux qui, porteurs de maladies contagieuses, pourraient contaminer les autres consultants. Il montre enfin toutes les difficultés qu'il fallait aplanir et ce qu'il y aurait encore à faire pour diminuer l'extension, dans l'hôpital, des maladies infectieuses.)

Un dernier mot : ce qui frappe celui qui parcourt nos hôpitaux et les compare à ceux de l'étranger, c'est la monotonie, la nudité des salles ; c'est l'aspect morne des murs, où l'œil attristé et fixe du malade n'a rien pour le distraire et occuper machinalement son esprit peu actif. Pour les enfants, qu'un rien intéresse, on a eu soin, dans les hôpitaux de l'Angleterre, de l'Écosse, de la Hollande, du Danemark, de la Suède que j'ai visités plusieurs fois, d'égayer le séjour de la souffrance. Là où les contributions particulières, où la générosité des riches prennent la place d'une administration centrale inconnue en ces pays, cette préoccupation se traduit par des fleurs, des bouquets, par des tableaux parfois excellents, des gravures ou des photographies garnissant les murs, par des jouets, si bien que le bébé ou le jeune enfant, malade encore ou convalescent, trouve sous son regard ou sous sa main un peu de ces distractions, de ces petits riens qui réveillent sa pensée et lui donnent la joie de vivre et de revivre, choses que tout le monde aime à offrir aux enfants malades. N'ai-je pas vu à Londres des chevaux de bois dans les salles, des oiseaux en cage, des chromolithographies où les Anglais excellent, décorant les salles souvent de la manière la plus heureuse? N'y a-t-il pas à Copenhague un charmant petit hôpital d'enfants où les murs des salles sont décorés de peintures représentant des fables du bon Lafontaine? C'est peu de chose évidemment, c'est du superflu et l'administration ne peut prendre souci de semblables détails; mais il appartiendrait aux particuliers de donner ce superflu, de songer aux pauvres avec plus d'ingéniosité que par des quêtes banales, et de nous offrir pour nos petits malades les distractions des yeux et de l'esprit. Déjà un de mes clients m'a offert un commencement de musée et j'ai vu les yeux de nos petits malades briller quand j'ai fait accrocher quelques bonnes toiles sur les murs fraîchement peints de mes salles.

Voilà, Messieurs, quelle doit être l'organisation d'un hôpital d'enfants en 1890. Excusez-moi de vous l'avoir dit un peu longuement, mais j'ai cru utile, comme fait le romancier, de vous décrire l'habitation avant de vous dépeindre le héros qui doit y vivre et parfois, hélas! y mourir.

Voyons maintenant les malades que vous venez ici pour connaître, et entrons dans la clinique que je n'abandonnerai plus.

Vous trouverez dans cet hôpital la plupart des maladies décrites dans les traités de pathologie. La pathologie est une et indivisible: il n'y a pas, à proprement parler, une pathologie infantile. Chez l'enfant, les maladies provoquent les mêmes symptômes, font naître les mêmes signes, déterminent les

©BIU Santé

mêmes lésions que chez l'adulte et le vieillard. Mais enfants, adultes et vieillards constituent, toutefois, des terrains différents qui impriment aux maladies des variantes dans les expressions symptomatiques, des degrés dans l'intensité des signes, des caractères un peu spéciaux aux lésions anatomiques, si bien que celui qui se bornerait à observer une maladie chez le vieillard, par exemple, pourrait parfaitement méconnaître la même maladie chez un enfant. Aussi on est en droit de dire qu'il y a une clinique infantile comme il y a une clinique des vieillards. Ce n'est pas la maladie qui diffère, c'est l'état physiologique qui, n'étant pas le même chez l'un et chez l'autre, permet l'éclosion de certains états morbides spéciaux à chaque âge et donne aux maladies communes aux deux des aspects cliniques différents. De plus, s'il est vrai que la pathologie est une et indivisible, il est vrai aussi que quelques maladies ne s'observent que chez l'enfant, de même que d'autres n'atteignent que les vieillards. C'est donc dans un hôpital d'enfants que vous étudierez certaines maladies que vous chercheriez en vain dans d'autres établissements.

C'est aussi dans un hôpital d'enfants que vous apprendrez à reconnaître et à traiter un bon nombre de maladies qui s'offriront à vous au début de votre carrière. En effet, avec un illogisme assez peu explicable, c'est aux médecins jeunes que les familles s'adressent plus volontiers pour donner des soins à leurs enfants, et dès lors vous vous trouverez tout d'un coup obligés de montrer votre savoir dans les conditions parfois les plus difficiles ; là où souvent les plus expérimentés hésitent, vous serez tenus de vous prononcer. Si vous hésitez, on vous taxera d'ignorance et d'incapacité et votre situation en souffrira. Ayez d'abord pour principe absolu de ne vous prononcer que si vous avez réuni le faisceau de signes, indéniables pour vous, de telle ou telle maladie. Si vous n'avez pas réuni ce faisceau, si vos notions de pathologie sont quelque peu en désaccord avec ce que vous observez, si votre esprit n'est pas satisfait de votre diagnostic au premier jour, ayez le courage de déclarer que vous ignorez ce que peut avoir l'enfant, que vous le saurez demain, peut-être plus tard, et d'une façon générale ne livrez pas au public les motifs de vos hésitations : il n'y comprendrait rien et s'en ferait une arme contre vous.

Forts de vos connaissances précises en pathologie, observateurs habitués aux allures morbides de l'enfance, vous prendrez hardiment l'autorité que le médecin doit avoir et cela au plus grand avantage de vos malades.

Soyez donc convaincus de l'importance qu'il y a pour tout étudiant en médecine à se rompre aux difficultés de la clinique infantile, tant pour le diagnostic que pour le pronostic.

Ces difficultés sont nombreuses ; je vais vous en signaler quelques-unes, et à toute occasion, dans mes conférences ultérieures, je vous les ferai toucher du doigt.

Prenons d'abord le bébé, l'enfant au sein ou au biberon. Il est malade, mais ne peut dire d'où il souffre. En revanche, il crie et il faut vous habituer à discerner la valeur de son cri. Celui qui a simplement faim crie, crie encore et criera jusqu'à ce que ce qu'il réclame lui soit livré, sein ou biberon. Dès ce moment, il se tait, et il se taira encore si le repas a satisfait son appétit. Vous remarquerez que ses yeux, pendant ses cris les plus violents, sont restés secs, qu'il n'a pas versé une larme, que son visage a marqué plus d'impatience et de colère que de douleur, que ses membres supérieurs se sont agités, mais que les membres inférieurs n'ont guère

©BIU Santé

contribué aux marques d'impatience. Enfin, si l'enfant crie parce qu'il a faim, vous pourrez l'apaiser pendant quelques instants par une distraction, en le présentant à la lumière, en le berçant un peu, en le prenant dans les bras. Tout autre sera le cri de l'enfant malade, cri aigu, se répétant plus ou moins souvent, avec grimaces et larmes, que ne calment ni distractions ni mise au sein, accompagné d'agitation et de mouvements répétés de flexion et d'extension des membres inférieurs. Cet enfant, vous dira la nourrice, a des coliques — ou autre chose, devrez-vous ajouter. Cependant la nourrice aura parfois raison.

Si c'est le larynx, la gorge, les bronches qui sont atteints, le cri sera moins vibrant, moins plein, plus étouffé et plaintif; si une méningite évolue, alors le cri sera particulièrement aigu, cri de tête, hydro-encéphalique, comme l'appela Coindet.

Mais le cri serait trop souvent d'une signification indécise, et le médecin doit chercher d'autres signes qui le mettent sur la voie. Il doit examiner l'enfant de la tête aux pieds, le faire déshabiller, chercher partout s'il trouve quelque chose d'anormal, palper toutes les régions; si le scrotum est flasque, si la vulve est ridée au lieu d'être rebondie, c'est que l'enfant souffre le plus souvent dans sa nutrition; si la face interne et supérieure des cuisses est ridée, lâche, si la peau y semble trop large pour le contenu, c'est qu'il y a un amaigrissement datant déjà de plusieurs jours, et en rapport avec l'inanition, l'insuffisance alimentaire, une diarrhée persistante.

Il faut chercher partout, vous dis-je : n'ai-je pas vu, dans une famille d'un grand nom médical, un enfant qui depuis plusieurs jours avait de la fièvre, criait douloureusement sans qu'on pût savoir pourquoi, et chez lequel on découvrit, un jour qu'on s'avisa de le déshabiller complètement et de regarder partout, alors que ni l'auscultation, ni la palpation du ventre, ni l'examen des déjections ne révélaient la source du malaise, chez lequel, dis-je, on découvrit un petit abcès d'un ganglion de l'aisselle, qu'un léger coup de lancette guérit rapidement.

Les déjections devront être toujours l'objet de votre attention. Un enfant élevé au sein ou avec un biberon scrupuleusement propre, dirigé par une femme intelligente, doit avoir des selles, vous le savez, ressemblant à des œufs brouillés et n'ayant qu'une faible odeur aigrelette; ses urines doivent ne pas tacher le linge en jaune et ne donner qu'une faible odeur aromatique quand, ainsi qu'on le fait trop souvent, on sèche les couches devant le feu pour les faire servir de nouveau.

Si les déjections ne présentent pas ces caractères, il faut en inférer que la digestion est mauvaise, que l'alimentation est vicieuse. Combien de fois, chaque jour, devant un enfant amaigri, à facies ridé, pâle et souffreteux, qui a de la diarrhée, des vomissements, ne m'arrive-t-il pas de dire à la femme qui l'apporte : « Montrez le biberon! » Et alors elle sort de sa poche une bouteille avec un bouchon pourri, traversé par un tube de caoutchouc qui flotte dans un liquide d'un gris jaunâtre, une eau panée qui fermente dans un lait fromageux. J'ouvre alors le vase et l'odeur qui s'en échappe soulève les cœurs les plus solides. Cherchez donc le biberon, Messieurs, comme les agents de la Sûreté cherchent la femme dans les assassinats. Il faut faire une guerre sans trêve à l'ignorance de ces femmes malpropres, indignes d'être mères, et aux biberons soi-disant hygiéniques, ces instruments dangereux, malsains, qui devraient être assimilés aux

©BIU Santé

armes prohibées et qui causent la mort de tant d'enfants entre des mains incapables de s'en servir. (*A suivre.*)

REVUE DES CLINIQUES

Quelques points cliniques sur le pneumothorax, par M. le professeur Fazio (1). — Messieurs, je veux profiter de l'occasion qui m'est offerte par une des malades du service pour attirer votre attention sur certains points de l'histoire du pneumothorax d'origine tuberculeuse. Nous étudierons sa localisation favorite, le diagnostic physique des diverses variétés qu'il présente et l'influence bienfaisante qu'il peut quelquefois exercer comme moyen spontané d'arrêt dans la phthisie pulmonaire.

I. *Localisation.* — Le pneumothorax d'origine tuberculeuse peut se développer à droite comme à gauche, mais il est plus fréquent à gauche.

Strumpel est de cet avis. Laveran dit que le pneumothorax consécutif à la rupture d'un foyer tuberculeux siège ordinairement à gauche (deux tiers des cas), mais que celui qui dépend d'une pleurésie purulente s'observe beaucoup plus souvent à droite.

Eichorst cite une statistique de Powel prouvant que, sur 17 cas, il a trouvé le pneumothorax à gauche, 10 fois (58,9 p. 100); à droite, 5 fois (29.3); des deux côtés, 1 fois (5,9), et indistinctement, 1 fois (6,9). Sans multiplier les citations, on peut admettre que le pneumothorax est plus fréquent à gauche qu'à droite dans une proportion qui varie de 2 : 1 à 3 : 1.

Comment expliquer cette prédominance?

On peut, d'une part, se fonder sur les résultats des statistiques de Louis et Andral, d'après lesquels les lésions tuberculeuses sont plus fréquentes à gauche qu'à droite.

D'autre part, d'après Eichorst, les altérations de la phthisie ont une plus grande tendance destructive sur le poumon gauche que sur le droit, à cause de la moindre activité fonctionnelle de ce poumon.

Le pneumothorax se produit de préférence entre le troisième et le quatrième espace intercostal, entre la ligne mamillaire et la ligne axillaire, au niveau du bord inférieur du lobe supérieur ou du bord supérieur du lobe moyen à droite.

D'après moi, en voici la raison :

1° Le thorax, on le sait, se rétrécit en haut et s'élargit successivement à partir de la première côte, et présente son plus grand degré de dilatation au niveau du mamelon, qui se trouve au niveau de la quatrième côte ou du quatrième espace intercostal. Par suite, il y a une moindre expansivité de poumon en haut et une plus grande, au contraire, vers les régions médianes et latérales de la poitrine. Avec l'expansivité marche parallèlement la facilité de rupture et de lacération du poumon et de la plèvre viscérale.

2° La rupture de la caverne ou du foyer tuberculeux se produit le plus souvent à la suite d'efforts de toux violents et répétés, c'est-à-dire de fortes expirations, la glotte étant fermée. La rupture doit donc se produire plutôt dans les parties supérieures et moyennes de la poitrine que dans les parties inférieures. En effet, dans les grandes quintes de toux, une certaine quantité d'air est fortement poussée contre la glotte close et se réfléchit brusquement en arrière, s'ajoutant à la colonne d'air expirée et distendant les parties supérieures et moyennes du poumon. C'est la même cause qui amène la localisation de l'emphysème.

3° On peut encore invoquer la disposition anatomique des sillons interlobaires. Rappelons-nous que ces sillons coupent sur la ligne axillaire postérieure, selon les recherches de Luschka, l'espace compris entre la quatrième et la cinquième côte. Le sillon interlobaire droit, à partir de la ligne axillaire postérieure, se bifurque en sillon interlobaire supérieur, qui se dirige horizontalement en avant pour se terminer entre la quatrième et la cinquième côte, et en sillon interlobaire inférieur qui se termine à la septième.

(1) *France médicale*,

©BIU Santé

II. *Diagnostic physique des diverses formes de pneumothorax simple.* — On doit distinguer un pneumothorax ouvert, un pneumothorax à valvule et un pneumothorax clos.

Inspection. — Dans toutes les formes, nous pouvons trouver le thorax dilaté; mais cette dilatation varie sensiblement selon la forme spéciale à laquelle on a affaire.

Dans le pneumothorax ouvert, la dilatation anormale est minime, ou même manque complètement. Elle est plus constante et plus prononcée dans le pneumothorax à valvule et encore davantage dans le pneumothorax clos, résultat dû aux divers degrés de pression intra-thoracique.

Percussion. — On rencontre habituellement un son tympanique ou métallique, mais le degré ou le timbre du son se modifient selon la forme observée.

Dans le pneumothorax ouvert, on a un son tympanique ou métallique bien distinct; dans le pneumothorax à valvule, le tympanisme est obscur; dans le pneumothorax clos, il se perd d'ordinaire et l'on entend un son qui n'est plus purement tympanique.

Ces faits s'expliquent aisément. Dans le pneumothorax ouvert, la pression interne du thorax se maintient négative ou augmente peu, selon les expériences de Weil, qui a reconnu que la tension des parois reste à un degré normal. Dans le pneumothorax à valvule, au contraire, la pression interne augmente proportionnellement à la tension des parois thoraciques. Cet effet est plus marqué encore que dans le pneumothorax clos.

Or les conditions pour obtenir un son tympanique sont les suivantes : il est nécessaire qu'il y ait uniformité des vibrations, et, pour cela, il faut une quantité minime d'air dans l'espace sonore, de façon que les parois ne soient pas distendues et qu'il ne se produise pas d'interférence au sein de la colonne d'air vibrante. Quand ces conditions ne sont pas remplies, il se produit des interférences et le son qui en résulte s'ajoute au bruit, d'où un son qui n'est plus nettement tympanique.

La percussion peut donner un changement de hauteur du son suivant que la bouche est ouverte ou fermée, question qui a été étudiée par Wintrich. Mais ce changement ne peut exister que dans le pneumothorax ouvert. Il faut absolument, en effet, qu'il y ait perméabilité de l'orifice de communication à travers lequel doit s'échapper une certaine quantité d'air brusquement comprimé.

Auscultation. — On rencontre classiquement les phénomènes amphoriques ou métalliques. Cependant il y a quelques différences dans les diverses variétés. Dans le pneumothorax ouvert, nous observons des bruits respiratoires à caractère métallique tant dans l'inspiration que dans l'expiration; dans le pneumothorax à valvule, nous n'avons plus les bruits que dans l'inspiration; enfin, nous ne les observons plus dans le pneumothorax clos. On rencontre seulement la succussion hippocratique quand le pneumothorax se complique de la présence de liquide, quelle qu'en soit la nature.

Présence de l'acide carbonique. — Ewald a démontré que, dans le pneumothorax clos, on trouve une quantité d'acide carbonique supérieure à 10; dans le pneumothorax incomplet ou à valvule, la quantité oscille entre 5 et 10; dans le pneumothorax ouvert, il descend au-dessous de 5.

Examen manométrique. — Il s'exécute en introduisant dans la poitrine un trocart de Fraentzel et en le mettant en communication avec un manomètre. Dans le pneumothorax ouvert, on constate que la pression interne est égale ou peu supérieure à la pression externe. Au contraire, dans le pneumothorax à valvule et dans le pneumothorax clos, la pression interne est positive. Pour faire le diagnostic entre le pneumothorax à valvule et le pneumothorax clos, on peut, suivant le précepte de Weil, extraire une certaine quantité d'air et rendre ainsi la pression interne négative. Si le pneumothorax est clos, la pression négative persiste; si, au contraire, on a affaire au pneumothorax à valvule, la pression négative disparaît bientôt, parce que, à la suite de la soustraction, une nouvelle quantité d'air pénètre dans la plèvre et la pression interne devient positive.

III. *Influence du pneumothorax sur la marche de la phthisie pulmonaire.* — Il peut avoir une influence heureuse sur l'issue de la phthisie pulmonaire, dont il arrête le développement. On a donné pour raison que l'anémie du poumon consécutive au pneumothorax a une influence inhibitive sur la tuberculose. (Stockes, Neumann, Wintrich, Pollach, Hugues, Czernich, Weil, Baumler.)

©BIU Santé

Nous avons constaté plusieurs fois nous-mêmes, consécutivement à la manifestation du pneumothorax, une diminution de l'expectoration et en même temps du nombre des bacilles et de la fièvre. Dans les deux cas, il y a eu un arrêt presque complet des hémoptysies graves qui se montraient précédemment. La diminution de l'expectoration s'explique par la diminution des sécrétions et par la dessiccation du foyer tuberculeux; cette dessiccation représente à son tour une condition défavorable à la vie et à la multiplication des bacilles.

La compression et l'ischémie consécutives du parenchyme pulmonaire nous donnent encore une raison de la diminution ou de la suppression des hémorrhagies et des hémoptysies.

Toutefois il faut remarquer que ce ne peut être là qu'une compensation transitoire.

L'action bienfaisante du pneumothorax a ses limites: en définitive, c'est une nouvelle condition morbide qui vient s'ajouter aux précédentes, en menaçant directement par elle-même, et par ses complications ultérieures, la vie des malades.

BIBLIOTHÈQUE

ETUDES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LA TUBERCULOSE, publiées sous la direction de M. le professeur VERNEUIL. Tome II, fasc. II. — Paris, G. Masson, 1890.

Ce volume commence par une importante étude de M. Verneuil sur l'hybridité tuberculo-arthritique, ou combinaison de la tuberculose et de l'arthritisme chez un sujet dont les parents étaient atteints l'un d'une de ces diathèses, l'autre de l'autre. Cette combinaison paraît favorable à ceux qui la présentent, car l'arthritisme est un mauvais terrain pour l'évolution du bacille tuberculeux. Cette donnée est démontrée par de nombreuses observations.

MM. J. Héricourt et Ch. Richet ont publié des résultats déjà très encourageants sur l'immunité contre la tuberculose conférée à des lapins par la transfusion péritonéale du sang du chien. La principale conclusion est la suivante : En transfusant à un animal susceptible d'infection le sang d'un animal réfractaire à cette infection, on rend le transfusé réfractaire comme l'était le transfuseur lui-même.

La question de la transmission de la tuberculose par le lait comme aliment est encore à l'étude. M. le docteur Haroldt C. Ernst (de Boston) a publié sur ce sujet un intéressant travail, d'où il ressort que le lait de vache, atteinte de tuberculose dans n'importe quelle partie du corps, peut contenir le virus de la maladie; — que le virus est présent dans le lait avec ou sans lésion du pis; — qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait une lésion du pis pour que le lait puisse contenir le virus tuberculeux; — que, bien au contraire, le bacille de la tuberculose est présent et actif, dans une très large proportion, dans le lait des vaches affectées de tuberculose sans lésion constatable du pis.

M. Quinquaud a étudié les modifications de la nutrition chez les tuberculeux d'après les variations de l'absorption de l'oxygène et de l'exhalation de l'acide carbonique, et d'après celles de la glycose et de l'urée du sang.

Vient ensuite un important mémoire de M. Courmont sur une nouvelle tuberculose bovine, qui prendra une place honorable dans l'histoire à peine ébauchée des pseudo-tuberculoses ou des formes que peut revêtir le bacille tuberculeux.

Les sueurs des tuberculeux, qui passent pour contagieuses, sont absolument innocentes d'après des recherches expérimentales très bien faites par M. le docteur Surmont (de Lille). Au contraire, les recherches de M. Peuch (de Toulouse) démontrent que le bacille de Koch passe facilement dans le pus de séton des sujets tuberculeux. Cette donnée peut servir au diagnostic de la tuberculose bovine, en inoculant le pus de séton à des cobayes.

Les grains riziformes sont-ils des produits tuberculeux? se demande M. le docteur Cavagnis (de Venise). L'auteur croit qu'ils ne sont pas tuberculogènes primitivement. Ce sont des produits inflammatoires qui finissent par s'infiltrer de bacilles, à la longue; en d'autres termes, ce sont des lieux de moindre résistance où se localisent les bacilles.

©BIU Santé

M. Leloir a inséré dans ce fascicule deux émoires; dans l'un il étudie les altérations du système lymphatique consécutives au lupus, et dans l'autre les caractères anatomiques et cliniques qui distinguent le lupus sclérosé du lupus scléreux; le lupus sclérosé est un processus de guérison; le lupus scléreux est un processus d'évolution.

M. Tachard, médecin-major de l'hôtel des Invalides, a rapporté un bel exemple de tuberculose sénile, avec foyers multiples dans les os, dont l'un dans le maxillaire inférieur, qui s'est un jour fracturé spontanément. — M. Thiéry, un cas d'ulcération tuberculeuse de la langue guérie par l'iodoforme et l'acide lactique; — M. Clado, une note sur le traitement prolongé de la tuberculose par l'iodoforme à petites doses, traitement qui a donné de si beaux résultats à M. Verneuil, etc. M. le professeur Poncet (de Lyon), une observation de tuberculome intra-lingual; — M. Vigneron, élève du professeur Spillmann (de Nancy), a essayé, sans grand succès, de traiter la phthisie par les injections intra-pulmonaires antiseptiques.

Enfin nous mentionnons tout spécialement un mémoire de M. Reboul sur le traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses par le naphtol camphré; un autre de M. Thiéry sur les suites immédiates des opérations chez les tuberculeux; et un troisième de M. Valude sur l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du tractus uvéal. — Dr Ph. L.

THÉSES DE BORDEAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ALBUMINURIE ET DE LA NÉPHRITE INTERSTITIELLE SÉNILES, par le docteur F. CHABRELY. — Paris, O. Doin, 1890.

Nous tenons à donner à peu près *in extenso* les conclusions de ce travail qui est une des meilleures thèses soutenues à Bordeaux dans la dernière année scolaire.

Selon l'orateur, et contrairement à l'opinion généralement reçue, tous les cas de néphrite interstitielle sénile ne demeurent pas toujours exclusivement latents.

Dix fois sur 100 individus environ, la néphrite se dégage avec des caractères de netteté suffisante, ou même d'évidence véritable, et la proportion de ces cas (pris en dehors de toute affection des organes génito-urinaires) se retrouve égale dans les deux sexes.

Chez 15 individus sur 100 environ, la néphrite apparaît seulement comme probable, soit parce qu'elle se manifeste par des signes incomplets ou trop indécis, soit parce qu'elle est masquée en partie par une affection du cœur concomitante.

La néphrite demeure donc encore absolument latente dans un nombre de cas correspondant à la différence du chiffre brut de 70 p. 100, fourni par les nécropsies, et du chiffre des néphrites interstitielles mis au jour par nos statistiques. Toutefois ce chiffre de nécropsies comprenant un certain nombre de lésions peu avancées, peu susceptibles, selon toute vraisemblance, d'apporter une entrave sérieuse au fonctionnement du rein, et par conséquent de se traduire au dehors par des signes appréciables, ces lésions-là demeureront nécessairement latentes.

Les symptômes de la néphrite interstitielle sont analogues à ceux qui caractérisent la sclérose du rein chez l'adulte. Ces signes s'atténuent ou se modifient profondément en passant chez le vieillard. Mais, dégagés avec prudence des causes d'erreur qui les entourent, ils acquièrent, dans un nombre limité de cas, une valeur indéniable, qui ne permet pas de les maintenir dans le discrédit dont ils sont généralement frappés.

L'albuminurie tient le premier rang parmi ces symptômes. On sait que l'albumine urinaire n'est plus considérée que comme un témoin de la lésion rénale, qu'elle a perdu beaucoup aujourd'hui de son indépendance.

Son chiffre peut varier considérablement, sans que pour cela l'état du malade soit plus ou moins grave et c'est souvent dans les cas ou l'albumine est à peine appréciable qu'il existe en réalité les lésions les plus graves. D'une façon générale, la néphrite interstitielle du vieillard est une néphrite albumineuse, mais l'albumine s'y montre en quantité faible et en léger nuage. Toutefois l'albumine peut faire absolument défaut dans certains cas et la lésion n'en être pas moins reconnaissable aux divers autres signes de la néphrite.

©BIU Santé

L'albumine apparaît à peu près constante dans les cas évidents de néphrite. Dans certains cas même, cette albuminurie peut être le seul signe positif de la lésion du rein; mais il faut alors qu'elle apparaisse d'une façon constante et sans intermittence.

Il n'y a pas chez le vieillard d'albuminurie physiologique.

La polyurie peut être un bon signe de la néphrite interstitielle sénile; dans ces cas, la quantité des urines oscille entre 1,500 grammes et 2,000 grammes, au lieu de 1,000 grammes environ qui est le chiffre ordinaire.

La pollakiurie mérite d'être prise également en considération sérieuse et se montre avec une netteté très grande chez les vieillards non urinaires des deux sexes, qui accusent alors cinq et six mictions nocturnes, au lieu d'une ou deux mictions que l'on constate chez le vieillard sain.

La céphalalgie, les maux de rein, les hémorrhagies, les dyspnées, les crises d'asthme urémique, sont des signes précieux dans maintes circonstances. Les troubles de la vue, les hypertrophies du cœur, le bruit de galop, l'œdème des jambes, la respiration de Cheyne Stokes, sont des signes d'une valeur moindre, soit en raison de leur rareté, soit en raison des conditions cliniques complexes dans lesquelles ils se produisent.

La diarrhée est parfois un bon symptôme de néphrite interstitielle sénile et certaines diarrhées chroniques du vieillard prennent leur origine dans une lésion du rein.

Il y a des dyspnées séniles d'origine purement rénales; mais la plupart de ces dyspnées reconnaissent des causes complexes, parmi lesquelles il faut placer en bon rang l'insuffisance urinaire, le rein sénile n'éliminant plus alors suffisamment les toxines de l'économie.

Enfin, chez le vieillard atteint de néphrite interstitielle avancée, la pneumonie revêt une forme particulièrement grave, à pronostic le plus souvent fatal. Il s'agit là, selon nous, de véritables *pneumonies aggravées*. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre 1890. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des tumeurs blanches du genou. — Statistique opératoire. Péritonite tuberculeuse.

M. Kirmisson continue la discussion relative au *traitement des tumeurs blanches du genou* par l'arthrectomie ou la résection. Il pense que, chez l'enfant, il est permis de faire des opérations incomplètes et d'espérer cependant de bons résultats. Il présente à la Société un jeune enfant qui était atteint de mal de Pott de la région lombaire et d'arthrite tuberculeuse suppurée du genou. L'opération pratiquée dans la jointure a été peu étendue et M. Kirmisson, ayant trouvé un foyer tuberculeux dans l'épiphyse, s'est borné à gratter la cavité et à la cautériser au thermo-cautère. L'articulation a du être drainée pendant longtemps, mais le malade a bien guéri et, actuellement, il marche sans raccourcissement du membre. M. Kirmisson ne prétend pas que l'on puisse tirer de ce fait des conclusions applicables à l'adulte.

M. Marchand pense que les lésions tuberculeuses des os sont moins fréquentes qu'on ne l'a dit dans les tumeurs blanches de l'adulte.

Dans un cas qu'il a opéré récemment, il s'agissait d'une femme de 25 ans, qui avait une ancienne tumeur blanche du genou que l'on avait traitée par les procédés de conservation. M. Marchand essaya de réséquer la jointure, mais les lésions péri-articulaires étaient si étendues qu'il dut faire l'amputation de la cuisse. Les os examinés avec soin ne renfermaient pas de foyer tuberculeux et il ne fut possible de trouver en fait de lésion que quelques points de régression graisseuse du tissu spongieux. Dans un autre cas, où l'amputation dut aussi être faite pour une arthrite tuberculeuse suppurée du genou, le squelette était sain. Enfin, chez un enfant de 14 ans et demi, qui avait une

©BIU Santé

tumeur blanche opérée avec ankylose angulaire, M. Marchand, en faisant la résection orthopédique, trouva un tubercule osseux enkysté gros comme une noisette. Il le laissa en place.

M. Lucas-Championnière insiste sur ce point qu'il n'a jamais dit que les malades atteints de tuberculose osseuse articulaire ne pouvaient entièrement guérir que par l'ablation complète des parties altérées. Tout le monde sait que la guérison est possible lors de l'existence de lésions tuberculeuses. La question qui se pose est de savoir s'il est préférable de tout enlever. M. Lucas-Championnière le pense. Les opérations économiques ne doivent être faites chez les enfants que quand toute autre conduite est impossible.

Ollier se contentait de faire l'ablation des grosses lésions tuberculeuses; il cautérisait ensuite au thermo-cautère, puis laissait suppurer. Cette pratique est très mauvaise.

Quand une articulation est ouverte, on ne peut dire si les os sont profondément atteints et il faut bien savoir que ces lésions profondes se rencontrent dans l'immense majorité des cas.

Les réséqués du genou marchent très bien. De plus, le raccourcissement diminue assez rapidement dans certains cas chez les sujets âgés de moins de 30 ans, probablement par suite d'une sorte d'hypertrophie du col qui s'allonge.

Dans le cas d'ankylose du genou, M. Verneuil conseille de combattre le fauchage en faisant porter un talon très élevé. Il faudrait arriver à donner à ce talon une hauteur d'au moins 6 centimètres et la stabilité serait compromise. Jamais, du reste, on n'arriverait à d'aussi bons résultats qu'après la résection.

M. Richelot ne pense pas que l'ankylose avec flexion légère donne une marche plus mauvaise que le raccourcissement. Il montre une de ses malades opérée depuis deux ans et demi, qui marche bien avec un bon membre. Il convient que l'arthrectomie n'a, du reste, que des indications assez restreintes.

M. Routier a fait 18 résections du genou sur des malades âgés de 17 à 37 ans. Tous les opérés ont guéri, mais, dans un cas, il a dû recourir à une amputation secondaire. Toujours les os étaient très atteints, et souvent profondément, puisque la résection a dû parfois porter sur 10 à 15 centimètres d'os. L'arthrectomie n'a jamais semblé indiquée. Après avoir drainé pendant trois jours, M. Routier met un plâtre le quinzième jour et fait lever un peu ses malades, avec des béquilles, à partir du vingtième jour à peu près.

M. Routier a revu récemment huit de ses opérés; ils marchaient très bien.

Pour M. Quénu, il résulte de la discussion que les synovites tuberculeuses primitives sont rares. Chez l'adulte, elles sont tantôt secondaires à une tuberculose pulmonaire, tantôt primitives; ces dernières sont graves et marchent rapidement. Chez les enfants, on peut faire des résections aseptiques. Une fois l'articulation ouverte, le mieux est de prendre la curette et de creuser les os pour retirer les produits tuberculeux; il faut, chez eux, enlever le moins possible, mais ne pas laisser de lésions tuberculeuses.

— M. Pozzi communique la *statistique des opérations* qu'il a pratiquées dans les derniers cinq mois à l'hôpital de Lourcine-Pascal. Il a fait 85 opérations, dont 38 laparotomies qui ne lui ont donné que 2 morts.

Dans un de ces cas malheureux, la mort est survenue par des accidents cérébraux; la malade avait subi l'ablation difficile d'un énorme fibrome pesant 20 livres. Dans le second cas, l'opérée a succombé quarante-huit heures après l'ablation de la rate, atteinte d'hypertrophie paludéenne sans leucocythémie. La malade réclamait l'opération depuis longtemps.

Six hystérectomies vaginales ont donné une mort; un morceau de tampon d'ouate était resté dans le cul-de-sac de Douglas. Depuis cet accident, M. Pozzi emploie des pinces qui transfixent le tampon.

Vingt-six laparotomies ont été faites pour des suppurations pelviennes. Elles n'ont donné qu'une mort due à une péritonite septique; un pyosalpinx s'était rompu dans l'abdomen et l'on se contenta, malheureusement, d'un nettoyage insuffisant.

M. Pozzi recommande de faire des incisions très petites, suffisantes seulement pour

©BIU Santé

passer les doigts de la main; il faut sentir ce que l'on fait et il n'est pas besoin de voir. Si la tumeur n'est pas très grosse, la ponction préalable n'est pas nécessaire; il faut faire cette ponction si la grosseur dépasse le volume du poing. Deux fois la poche s'est rompue pendant l'énucléation.

Les adhérences avec l'appendice cœcal sont très fréquentes. Il est possible que certaines des salpingites que l'on observe chez des femmes vierges dépendent d'une infection d'origine intestinale, surtout quand c'est la trompe droite qui est la première atteinte. Une entérite grave, une fièvre typhoïde pourraient ainsi entrainer le développement d'une salpingite.

Le pédicule des trompes doit être cautérisé au thermo-cautère. Toutes les fois qu'il y a épanchement de liquides septiques, il faut drainer avec une petite mèche ou le sac de gaze iodoformée de Mikulicz. En se servant de gaze peu iodoformée et en la faisant battre, on évite le danger d'intoxication.

On doit faire la suture à triple étage de la paroi abdominale, qui donne naissance à un raphé solide et permet d'éviter l'éventration.

En dix-huit mois, M. Pozzi a fait neuf hystérectomies à pédicule extra-péritonéal avec deux morts.

— M. Routier présente une jeune fille de 20 ans à laquelle il a fait la laparotomie pour une péritonite tuberculeuse. La séreuse a été nettoyée avec de la gaze iodoformée. La malade a engraissé de neuf livres depuis deux mois qu'a été faite l'opération.

M. Terrillon rappelle qu'il a présenté une opérée semblable qui avait engraissé de vingt-cinq livres.

M. Terrier pense qu'il serait très important dans des cas de ce genre de faire des inoculations et des examens histologiques. Dans un fait qui lui est personnel, l'examen microscopique et des inoculations ont conduit à des résultats positifs; la malade est en bonne voie de guérison.

M. Schwartz avait cru à la guérison dans une opération qu'il avait eu occasion de pratiquer, mais actuellement le liquide se reproduit.

— M. Routier montre un malade auquel il a pratiqué la *résection des deux hanches* pour une double ankylose osseuse d'origine rhumatismale. Il y avait en même temps ankylose du rachis, ce qui mettait le patient dans une position pénible. Actuellement l'opéré peut s'asseoir et il marche avec des béquilles.

MM. Quénu et Kirmisson font remarquer qu'on aurait pu faire soit la double ostéotomie sous-trochantérienne, soit d'un côté cette ostéotomie et de l'autre la résection.

M. Routier pense que l'ostéotomie aurait donné de moins bons résultats. Il a opéré les deux côtés successivement et a fait la seconde opération identique à la première parce qu'il avait obtenu ce qu'il désirait.

— M. Schmitt lit une observation de *kyste dermoïde sublingual* pris pour une grenouillette sous-hyoïdienne. La tumeur s'est développée en vingt jours; cependant elle était très probablement d'origine congénitale.

— M. Schwartz présente un malade auquel il a enlevé un lupus de la région frontale datant de dix ans; l'autoplastie par la méthode italienne a été suivie de succès.

— M. Quénu montre une *pince* pour résection intestinale. Sur la face interne des mors se trouve une gouttière où l'on place des tubes de caoutchouc pleins d'air qui obturent l'intestin sans le contusionner.

FORMULAIRE

Eau dentrifice antiscorbutique. — Bamberger.

Alcoolat de cochlearia..... 50 grammes.

©BIU Santé

Teinture de ratanhia ..... 20 grammes.
Eau distillée ..... 200 —

Mêlez pour une eau dentrifice recommandée contre la gingivite des personnes atteintes de scorbut. — Alimentation appropriée à l'état du malade, préparations amères à base de quinquina, exercice au grand air. — Supprimer le plus tôt possible les influences nocives qui ont provoqué l'apparition du scorbut. — N. G.

COURRIER

Le remède de Koch au Conseil municipal de Paris. — A l'une des dernières séances du Conseil municipal de Paris, un membre de cette assemblée a proposé la résolution suivante :

« Le Conseil invite l'administration à interdire dans nos hôpitaux toute nouvelle expérience faite avec des médicaments de composition inconnue. »

Cette résolution a été repoussée par 47 voix contre 7.

— Le concours pour la place de chirurgien-major de la Charité (de Lyon) vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Aug. Pollosson.

— Le concours pour l'internat de l'asile des aliénés de Bron vient de se terminer par la nomination de M. Devay, comme interne titulaire, et de M. Viallon, comme interne suppléant.

Disparition du choléra en Espagne. — M. H. Monod a annoncé au comité consultatif d'hygiène publique qu'à partir du 10 décembre le service extraordinaire d'inspection à la frontière sera supprimé. Ainsi l'expérience est faite. En 1890, il a été possible, par des mesures de surveillance rigoureuses, d'empêcher l'importation du choléra d'Espagne en France et de la mer Rouge en Egypte. Le choléra est entré une fois en France à Lunel, mais il a été étouffé dans son premier foyer.

Femmes médecins. — Il vient de se fonder en Russie, le 15 novembre dernier, sous l'inspiration de Mme Rodstwennajaschenjaskaja une Société médicale de doctoresses. A la première assemblée générale, on comptait 55 membres. Mme le docteur Schabanowa a été nommée présidente. Le capital de la nouvelle Société s'élève déjà à plus de 25,000 francs.

Nominations. — *Bibliothèque de Saint-Calais.* — Le Comité d'inspection et d'achats de livres près la Bibliothèque de Saint-Calais est constitué ainsi qu'il suit : M. Coursimault, premier adjoint, naturaliste; M. Paté, antiquaire; M. Chabrol, pharmacien; M. Salmon, pharmacien et naturaliste; M. Hardy, chimiste naturaliste.

Sanatorium maritime de Banyuls-sur-Mer. — M. Chauchard vient de donner une rente annuelle de 10,000 francs au Sanatorium maritime de Banyuls-sur-Mer, où sont soignés des enfants scrofuleux et lymphatiques. Cet établissement appartient à l'Œuvre nationale des hôpitaux marins.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chavanne (de Mirecourt) et Dumarest père (de Hauteville).

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

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Legroux : Conférences de clinique infantile. — II. Bibliothèque : Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles. — III. Revue des journaux : Traitement de la phthisie pulmonaire par le chloroforme. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Hôpital Trousseau. — Dr Legroux, professeur agrégé.

Conférences de clinique infantile (1).

D'autres fois, votre attention se fixera sur la nourrice dont la santé est défectueuse, dont le lait est indigeste pour l'enfant et vous aviserez à en chercher un meilleur. J'aurai l'occasion d'étudier avec vous la manière de choisir une nourrice et d'apprécier les qualités de son lait. Si, enfin, les conditions sociales de vos clients ne leur permettent pas de se donner le luxe d'une nourrice, si la mère ne peut allaiter son enfant, ce qui est toujours regrettable, alors ne ménagez pas vos paroles, expliquez avec détail ce que doit être un biberon. Le meilleur est le plus simple : une bouteille de 125 à 150 grammes, dont le goulot est coiffé d'une tétine de caoutchouc facile à laver et à retourner dans l'eau bouillante, vaut mieux que le plus savant des appareils. De plus, l'emploi du lait stérilisé, comme on en trouve aujourd'hui d'excellent à Paris, de provenance normande, suisse ou anglaise, sera toujours plus sûr que les laits inconnus que l'on débite dans les boutiques. Ce lait stérilisé, qui peut se conserver longtemps à la cave, comme on le fait du bordeaux ou du bourgogne, est appelé à rendre de grands services. — J'ai pu me rendre compte, comme beaucoup de mes collègues, que certaines diarrhées lui doivent leur guérison.

Les urines ont leur importance. Un jour, une mère amène son bébé à la consultation de l'hôpital, disant : « Je ne sais ce qu'a cet enfant; ses urines font tache sur le parquet et elles sont blanches; de plus, il crie et ne veut pas téter. » Par habitude, je vais de suite à la bouche et je découvre de suite une stomatite aphteuse. La langue couverte de petites ulcérations ne pouvait, sans souffrance, exercer la succion, et les urines concentrées par la fièvre et le rationnement volontaire du lait avaient pris les caractères qui, dès l'abord, avaient étonné la mère.

Enfin, Messieurs, vous devez étudier la manière dont l'enfant dort et vous garder de l'éveiller dès que vous arrivez pour l'examiner. Les qualités du sommeil, le mode respiratoire pendant ce moment, vous donneront des indications précieuses.

Au fur et à mesure que nous examinerons ensemble nos plus jeunes

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

©BIU Santé

malades, je vous donnerai les indications qui devront vous guider dans votre diagnostic.

D'autre part, si vous avez affaire à des enfants plus âgés, de 3, 5, 6, 10 ans, il y a d'autres considérations utiles à vous exposer.

Si, très souvent, vous pouvez vous aider de renseignements fournis par les parents de l'enfant; si, souvent aussi, vous êtes en face d'un jeune garçon ou d'une fillette de précoce intelligence dont les réponses lucides seront pour vous d'utiles jalons dans vos explorations, combien de fois serez-vous obligés de rejeter comme sans valeur les observations d'une mère rendue folle par l'inquiétude ou d'une intelligence médiocre! Combien de fois tiendrez-vous pour nulles les réponses du malade, comme entachées d'erreur ou d'exagération! L'enfant n'a pas la notion de durée; pour lui, le temps ne compte pas, et cependant, pour nous, le temps a une valeur considérable dans l'appréciation d'un ensemble morbide. Vos questions devront être présentées sous plusieurs formes, et votre ingéniosité dans l'interrogatoire confirmera la véracité du sujet et donnera la valeur réelle des réponses reçues. « As-tu faim? » disais-je à une de mes petites malades âgée de 11 ans 1/2. — « Non », me répondit-elle. Vous venez de l'entendre; si je me borne à cela, j'en conclus que cette enfant a de l'anorexie. Mais, considérant l'heure qu'il est, je réfléchis que le dîner a été servi depuis une demi-heure. « Alors tu viens de manger? » lui dis-je. — « Oui », répond l'enfant. — « Avec appétit? » — « Oh! oui! » exclame-t-elle. — Ce que je vous dis là paraîtra peut-être bien terre-à-terre à beaucoup d'entre vous, mais je vous assure que ces détails bien futiles sont cependant l'expression anecdotique de ce que nous voyons chaque jour. Il nous faut avoir vécu longtemps avec les enfants pour savoir mettre à leur portée notre langage; il faut varier nos interrogatoires, comme un juge d'instruction vis-à-vis d'un accusé qui cherche à tromper ou est ahuri par l'appareil et la solennité de la justice.

Vous devrez, Messieurs, apporter dans vos enquêtes et votre examen une inaltérable patience, je dirai presque une bonté de commande... accompagnée d'une bonbonnière (le sucre est ici une arme de conquérant); vous devrez rarement faire usage d'une brusquerie calculée; vous saurez attendre la bonne volonté du personnage et gagner sa confiance, sans quoi votre diagnostic sera souvent compromis. Réservez pour la fin de votre enquête l'examen de la gorge, à moins que les signes observés et les déclarations du malade ne vous invitent à commencer par là; réservez cet examen pour la fin parce que trop souvent il y aura lutte, lutte désespérée de la part du sujet, qui après cela se refusera à toute autre exploration.

La gorge est, en effet, l'un des points que vous devrez toujours, et toujours, examiner. Je vous montrerai comment vous devez procéder suivant l'âge du malade. Un diagnostic n'est pas complet chez l'enfant quand la gorge n'a pas été vue. Trousseau avait coutume de dire que la gorge et l'oreille étaient les endroits qui réservaient le plus de surprises aux médecins chez les enfants. Que d'exemples j'aurais à vous citer à cet égard! Les otites simulant la méningite, les abcès rétropharyngiens qu'une exploration digitale permet de reconnaître, les angines diphtéritiques méconnues, les débuts pharyngés de la rougeole, de la scarlatine, etc.

Si, en abordant un enfant malade, vous devez toujours penser à la possibilité d'une angine, de l'otite, des fièvres éruptives, il est encore bien d'autres maladies que votre esprit averti doit se préoccuper d'éliminer succes-

BIU Santé

sivement : ici ce sont les affections vermineuses, là ce sera l'épilepsie larvée ou non ; d'autres fois, devant certaines éruptions, vous aurez à discuter la syphilis héréditaire ou *acquise*, car hélas! la syphilis chez nos enfants fin de siècle n'attend pas le nombre des années !

J'aurais, Messieurs, si je voulais rester plus longtemps dans ces généralités dont vous reconnaîtrez chemin faisant le bien fondé, à vous montrer le pourquoi et le comment de la fréquence des maladies infectieuses de l'enfance, l'extrême importance de la tuberculose sous toutes ses formes, la multitude des bactériopathies dans lesquelles les associations de microbes sont si communes. Dans sa misère sociale et physiologique, l'organisme infantile devient un véritable fumier où tout champignon pousse et j'ai coutume de dire de certains petits bébés couverts de plaies d'impétigo, ayant en même temps de la vulvite, des tournioles, de la broncho-pneumonie, de la diarrhée et de la conjonctivite purulente, que ce sont des enfants *moisis*, chez lesquels les microbes pyogènes, streptocoques, staphylocoques, aureus, albus, citreus, pneumocoques, s'implantent avec une déplorable fertilité au point d'acquérir, parfois, une virulence qui peut entraîner les pleurésies, les endocardites, les méningites, les osteo-myélites les plus graves.

J'aurais à vous dire aussi que nous aurons à observer ici les maladies de la nutrition sous ses formes multiples, les troubles nombreux du système nerveux; mais je préfère aujourd'hui, pour vous laisser un souvenir plus précis de cette première conférence, vous choisir, dans les malades de nos salles, trois cas intéressants.

La première malade que je veux vous faire voir est une fillette de 13 ans, qui offre un type complet de syphilis héréditaire tardive, ayant porté sur les os, avec des tibias en lame de sabre, sur le voile du palais, les dents, le vomer, la vue et l'ouïe et aussi sur les viscères, car le foie est énorme et nous trouvons une albuminurie intense.

La seconde enfant de 11 ans et demi vous montrera les conséquences prolongées d'une endocardite infectieuse, qui nous a fait assister un matin à la production, sous nos yeux, par transport embolique, d'une hémiplégie droite avec aphasie de courte durée, et au même moment d'une hémiplégie gauche persistante et dont vous allez voir les contractures de dégénérescence dans le membre supérieur.

La troisième enfin est une fillette entrée hier matin dans le service avec une fièvre intense 40,2, que je vais interroger et examiner devant vous et qui me paraît, d'après l'aspect extérieur et les renseignements que je dois à mon interne distingué, M. Baumgarten, atteinte d'une dothiénenterie au septième jour. C'est d'ailleurs, en ce moment, un état infectieux très commun chez les enfants de ce faubourg. MM. les ingénieurs de la Ville pourraient peut-être nous livrer la clef de ce secret ; mais, vu l'état sanitaire de la population depuis trois mois, ils devraient plus utilement déposer la clef de leurs robinets avec leur démission, s'il est vrai qu'ils peuvent impunément et sans prévenir qui que ce soit livrer à leur gré les eaux pures des sources ou l'eau empoisonnée de la Seine et de la Marne aux habitants de Paris.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE INFANTILES (2e édition, revue et augmentée), par le docteur DESCROIZILLES, médecin de l'Hôpital-des-Enfants. 1 vol. petit in-8°, en deux parties. — Lecrosnier et Balé, 1890.

En présentant une seconde fois au public médical l'ouvrage qu'il avait fait paraître, il y a six ans, sous le titre de Manuel, l'auteur l'a considérablement amplifié, et n'a rien négligé pour le mettre complètement au niveau de la science contemporaine. Son format actuel est plus grand que celui de la première édition, à laquelle près de trois cents pages ont été ajoutées; de plus, le livre est fractionné, pour la commodité du lecteur, ce qui constitue un grand progrès, en deux parties totalement distinctes, que l'on peut faire relier séparément. M. Descroizilles a accordé à l'historique et à la bibliographie une place beaucoup plus importante que précédemment; mais il a cherché surtout, comme il l'avait déjà fait, à développer longuement la symptomatologie, l'étiologie et particulièrement la thérapeutique des maladies qu'il a passées en revue. Il n'a pas oublié les découvertes microbiologiques modernes qui se rattachent aux différents états infectieux, dont le rôle est devenu si grand en pathologie infantile, et l'on trouvera ces découvertes exposées, en toute circonstance, avec autant de détails qu'il était possible de le faire dans une œuvre de cette nature. La neuro-pathologie, qui forme aujourd'hui deux sections au lieu d'une, est également beaucoup plus développée que primitivement.

M. Descroizilles a modifié ou transformé un grand nombre d'articles; nous mentionnerons entre autres ceux dans lesquels il étudie la scrofule, la tuberculose, la diphthérie, les paralysies diphthéritiques, la lèpre, les affections parasitaires du cuir chevelu, les stomatites simples et ulcéro-membraneuses, le goître, l'asthme, la coqueluche, le croup, l'angine diphthéritique, le melæna, la cirrhose, la leucorrhée, la sclérose cérébrale, l'hystérie, la paralysie pseudo-hypertrophique, le rachitisme, la rage. On lira aussi avec fruit de nouveaux chapitres qui concernent des questions à peine connues, il y a cinq ou six ans, et que des travaux très récents ont mieux mises en lumière. Dans cette seconde catégorie on peut citer les intoxications par l'acide phénique, le venin de vipère, l'alcoolisme, le saturnisme, la sclérose en plaques, l'atrophie musculaire, la maladie de Friedreich, le tabès infantile, la méningite chronique, l'hémiplégie spasmodique, la gangrène des extrémités, la polyurie, l'occlusion intestinale, la stomatite exfoliatrice, les abcès multiples et la paralysie des nouveau-nés. Enfin un certain nombre de formules nouvelles figurent dans le mémento thérapeutique qui contient actuellement près de sept cents prescriptions.

Ces additions importantes légitiment le titre que M. Descroizilles a cru devoir substituer à celui qu'il avait anciennement adopté. Ainsi remanié, son livre est un résumé fort substantiel qui fournira d'utiles renseignements, sous une forme claire et concise, à tous ceux que la médecine de l'enfance intéresse. La première édition avait reçu des médecins un très bienveillant accueil; on peut être à peu près certain que celle-ci aura le même sort.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la phthisie pulmonaire par le chloroforme. — Le *New-York Medical Record*, du 1er novembre 1890, nous apprend que le docteur Potter, s'appuyant sur des expériences qui lui sont personnelles, croit avoir découvert le moyen de guérir la tuberculose. Ce moyen consiste dans l'inhalation presque continue du chloroforme. Par ces inhalations, affirme-t-il, le bacille est détruit dans les poumons. Il administre les inhalations méthodiquement, tous les jours, avec un appareil approprié et en prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter toute crainte d'intoxication. Il n'est point nécessaire de produire l'anesthésie; bien au contraire, en évitant de porter jusque-là l'action du chloroforme, il maintient les inhalations pendant plusieurs heures, chaque jour.

BIU Santé

Ce traitement peut être suivi pendant longtemps sans danger, et, dans l'opinion de l'auteur, serait plus certain que le traitement du docteur Koch. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 décembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Séance publique annuelle de distribution des prix pour l'année 1890.

Avant-hier a eu lieu la séance publique annuelle de distribution des prix de l'Académie de médecine pour l'année 1890.

M. Féréol, secrétaire annuel, a lu le rapport général sur les prix décernés en 1890, et M. le Président a indiqué les prix proposés pour 1891, 1892 et 1893.

— M. Bergeron, secrétaire perpétuel, a lu l'éloge de Chauffard. Nous ne pouvons résister au désir de citer les premières lignes de ce remarquable discours, interrompu à différentes reprises par des applaudissements unanimes.

« Aussitôt qu'apparaît une doctrine nouvelle, dans quelque ordre que ce soit des manifestations de l'intelligence humaine, qu'elle soit issue d'une conception purement théorique ou déduite de la connaissance de faits ignorés ou mal observés jusque-là, on peut être certain de voir les esprits se diviser immédiatement en deux camps complètement opposés.

« Dans l'un s'agitent, en épuisant les formules de l'admiration, les partisans enthousiastes de l'idée nouvelle; dans l'autre se replient, en regardant le passé, les défenseurs respectueux, mais exclusifs, de la tradition, —capables, de part et d'autre, de compromettre ou de retarder la réalisation d'un progrès, ceux-ci par leur résistance, ceux-là par l'excès même de leur enthousiasme. Mais, entre ces deux extrêmes, il y a toute une phalange d'esprits sages qui, en face de la doctrine naissante, se réservent, se recueillent, prêts, pour la plupart, à marcher en avant, mais sans hâte, sans abandonner de suite les principes qui les ont guidés jusqu'alors, et, en résumé, attendant prudemment que les idées nouvelles aient fait leurs preuves.

« C'est toujours la lutte, sans cesse renaissante, de l'esprit ancien et de l'esprit moderne, lutte qui sera éternelle, parce qu'elle naît de deux sentiments profonds de l'humanité pensante : le respect de la tradition, parce qu'elle représente la somme des vérités acquises dans la suite des siècles, par le travail ininterrompu de l'esprit humain; l'amour, le besoin du progrès, parce qu'il est la loi imprescriptible à laquelle certaines races humaines obéissent et obéiront toujours invinciblement. »

Prix de l'Académie pour 1890.

Prix de l'Académie : 1,000 fr. (annuel). — Question : « Des pelades ». — Trois concurrents se sont présentés.

Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

L'Académie accorde à titre d'encouragement : 1° 800 fr. à M. le docteur Germaix, médecin-major au 132e de ligne, à Reims (Marne), auteur du mémoire ayant pour devise : « Grammatici certant »; 2° 200 fr. à M. le docteur Clémenceau de la Loquerie, de Fontenay-le-Comte (Vendée), pour son mémoire portant cette épigraphe : « Dans les pelades, tout est étrange, extraordinaire, irrégulier ».

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) : 800 fr. (annuel). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine. — Six ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie.

Le prix, de la valeur de 500 fr., est décerné à M. le docteur Moura (de Paris), pour ses mémoires sur l' « Anatomie et la physiologie du larynx ».

L'Académie accorde en outre : 1° Un encouragement de 300 fr. à M. le docteur Loisel,

©BIU Santé

de Tergnier (Aisne), auteur d'un mémoire sur « La climatologie et la pathologie de Sainte-Marie de Madagascar » ; 2° Une mention honorable à M. le docteur Laffite (de Paris), pour son travail sur « Le mal de Bright et les néphrites » ; 3° Une mention honorable à M. le docteur Dezautière, médecin des mines, à la Machine (Nièvre), pour son ouvrage sur « Les maladies contagieuses » et ses « Recherches sur les leucorrhées ».

Prix Amussat : 800 fr. (bisannuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Un seul candidat s'est présenté.

Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Barbier : 2,200 fr. (annuel). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. — L'Académie a reçu deux ouvrages pour ce concours.

Le prix n'est pas décerné.

Prix Henri Buignet : 1,500 fr. (annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Six concurrents se sont présentés.

L'Académie décerne le prix à M. Œchsner de Coninck, maître de conférences à la Faculté des sciences de Montpellier, pour ses « Recherches sur les bases pyridiques, sur les bases quinoléiques et sur les ptomaïnes ».

Des mentions honorables sont en outre accordées à M. J. Gaube (du Gers), domicilié à Paris, pour ses « Fragments de chimie biologique animale et végétale » ; à M. le docteur Jays (de Lyon), pour son « Essai sur la mécanique de la coque oculaire ».

Prix Capuron : 1,000 fr. (annuel). — Question : « De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier ». — Cinq mémoires ont été soumis au concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Joseph Schuhl, chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy, auteur du mémoire portant cette devise : « Si desint vires, tamen est laudanda voluntas ».

Prix Civrieux : 900 fr. (annuel). — Question : « Des névrites ». — Un seul mémoire a concouru; il avait pour devise : « Il arrive beaucoup de choses entre la bouche et le verre ».

L'Académie décerne le prix à l'auteur de ce travail, M. le docteur L. Droz, de Le Locle (Suisse).

Prix Daudet : 1,000 fr. (annuel). — Question : « De la leucémie ». — Trois mémoires, sur ce sujet, ont été soumis au jugement de l'Académie.

Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 500 fr. au mémoire portant cette devise : « La vie de l'enfant n'est pas un état normal, mais une suite d'efforts pour y arriver » (Hufeland). L'auteur de ce travail est M. le docteur Darolles, de Provins (Seine-et-Marne); 2° 500 fr. au mémoire ayant pour épigraphe : « Hâtez-vous lentement et sans perdre courage » (Boileau). Mémoire ayant pour auteurs M. le docteur Hector Cristiani (de Genève) et Mme Anna Klasson, docteur en médecine à Kiew (Russie).

Prix Desportes : 1,300 fr. (annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — L'Académie a reçu sept ouvrages pour ce concours.

Un prix de 1,000 fr. est décerné à M. le docteur de Brun, médecin sanitaire à Beyrouth, pour son « Etude sur l'action thérapeutique du sulfate de cinchonidine ». Un encouragement de 300 fr. est, en outre, accordé à M. le docteur A. Rigolet (de Paris), pour son « Etude expérimentale sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chlorhydrate de cocaïne ».

Prix Falret : 1,000 fr. (bisannuel). — Question : « Des folies diathésiques ». — Deux mémoires ont concouru.

©BIU Santé

L'Académie décerne le prix au mémoire portant cette devise : « La diathèse nous reste, et nous y tenons ». Les auteurs de ce travail sont MM. les docteurs H. Mabille et E. Lallement, médecins de l'asile d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure).

Concours Vulfranc-Gerdy. — Le legs Vulfranc-Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie a versé, en 1890, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 2,000 fr. à M. Gauly pour son Rapport sur les eaux minérales de Salies-de-Béarn, en 1889, et sa Mission, en 1890, à Bagnères-de-Bigorre; 2,000 fr. à M. Gresset, pour son Rapport sur les eaux minérales de Miers, en 1889, et sa Mission, en 1890, à Salins (Jura); 1,500 fr. à M. Matton, pour sa Mission à Saint-Nectaire en 1890; 1,500 fr. à M. Cathelineau, pour sa Mission à Saint-Nectaire en 1890.

MM. les docteurs Boutarel et Lamarque, lauréats de l'Académie (prix d'hydrologie) ont reçu chacun une récompense de 500 fr. pour leur dernier Rapport sur Dax et Hammam-Rhira.

Prix Ernest Godard : 1,000 fr. (annuel). — Au meilleur travail sur la pathologie interne. — Neuf ouvrages ont été soumis au concours.

L'Académie décerne : 1° Un prix de la valeur de 700 fr. à MM. les docteurs Kelsch et Kiener, professeur au Val-de-Grâce, pour leur « Traité des maladies des pays chauds »; 2° une récompense de 300 fr. à M. le docteur Julien Besançon (de Paris), pour son ouvrage intitulé : « D'une néphrite liée à l'aphasie artérielle »; 3° mention honorable à M. le docteur de Brun, médecin sanitaire à Beyrouth, pour son mémoire « Sur la fièvre rouge en Syrie »; 4° mention honorable à M. le docteur Eonnet, d'Auray (Morbihan), pour son mémoire intitulé : « Alcoolisme chez les jeunes femmes riches et bien élevées de nos campagnes de Bretagne »; 5° mention honorable à M. le docteur Favié, médecin-major, pour son « Mémoire sur les complications des oreillons dans l'armée ».

Prix Herpin (de Metz) : 1,200 fr. (quadriennal). — Question : « Traitement abortif de l'anthrax ». — Quatre concurrents se sont présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur J.-A. Huguenard, médecin-major au 6e hussards, à Bordeaux, pour son mémoire portant cette épigraphe : « Vitam impendere vero » ; — Une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur Paul Godin, médecin-major de deuxième classe au 112e de ligne, à Antibes. Épigraphe du mémoire : « Quand on a commencé, finir est de rigueur ».

Prix de l'hygiène de l'enfance : 1,200 fr. (annuel). — Question : « De l'éducation des organes des sens, de la vue et de l'ouïe dans la première et la deuxième enfance ». — L'Académie a reçu trois mémoires à ce sujet.

Le prix n'est pas décerné.

Deux récompenses sont accordées : 1° 800 fr. à M. le docteur Liégard, d'Issy-sur-Seine, auteur d'un mémoire portant pour épigraphe : « Exercer les sens, ce n'est pas seulement en faire usage. C'est apprendre à bien juger par eux » (J.-J. Rousseau); 2° 400 fr. à M. le docteur Th. Cotelle, d'Angers (Maine-et-Loire), pour son mémoire ayant la devise suivante : « Les sens sont des espèces d'instruments dont il faut apprendre à se servir » (Buffon).

Prix Laborie : 5,000 fr. (annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie. — Cinq ouvrages ont été présentés pour ce concours.

L'Académie décerne un prix de 4,000 fr. à M. le docteur Jonnesco, de Paris, pour son ouvrage intitulé : « Hernies internes rétro-péritonéales »; — Un encouragement de 1,000 fr. est en outre accordé à M. le docteur Delbet, de Paris, pour son travail ayant pour titre : « Du traitement des anévrysmes externes ».

Prix Laval : 1,000 fr. (annuel). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Le prix est décerné à M. Morestin, interne à l'hôpital Tenon.

©BIU Santé

Prix Lefèvre : 1,800 fr. (triennal). — Question : « De la mélancolie ». — Quatre mémoires ont concouru.

L'Académie partage le prix entre les auteurs suivants : 1° M. le docteur J. Ramadier, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise), pour son mémoire portant cette devise :

Mais ce champ ne se peut tellement moissonner
Que les derniers venus n'y trouvent à glaner.

2° M. le docteur Nicoulau, médecin adjoint de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure). Épigraphe du mémoire : « La mélancolie n'est pas la folie ».

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) : 2,600 fr. (annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille. — L'Académie a reçu quatre ouvrages pour ce concours.

Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 1,600 fr. à M. le docteur Netter, de Paris, pour ses « Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës, — Sur la méningite, — Sur les abcès sous-périostiques, — Sur les altérations de l'oreille moyenne chez les enfants », etc.; 2° 1,000 fr. à M. L. Goguillot, professeur à l'Institution des sourds-muets, de Paris, pour son ouvrage intitulé : « Comment on fait parler les sourds-muets ».

Prix Adolphe Monbinne : 1,500 fr. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 fr. destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire ». — Cinq concurrents se sont présentés.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° 1,000 fr. à M. le docteur Paul Loye, de Paris, pour son mémoire sur « L'enseignement de la médecine légale en Allemagne et en Autriche-Hongrie »; 2° 500 fr. à M. le docteur Félix Lagrange, professeur à la Faculté de Bordeaux, pour son travail sur « La pathologie des Européens à Hué (Annam) ».

Prix Orfila : 2,000 fr. (bisannuel). — Question : « Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale? » — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce prix; la même question sera remise au concours en 1892.

Prix Oulmont : 1,000 fr. (annuel). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie).

M. Rieffel, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

Prix Portal : 800 fr. (annuel). — Question : « Du mal perforant ». — Deux concurrents se sont présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur H. Bernard, médecin à la Ruche, Dinard-les-Bains (Ille-et-Vilaine), auteur du mémoire portant cette devise : « Il faut que le médecin apprenne à penser anatomiquement, physiologiquement, pathogéniquement » (Charcot, Lépine, Bouchard).

Prix Pourat : 1,200 fr. (annuel). — Question : « Déterminer par des expériences précises s'il existe un ou plusieurs centres respiratoires. » — Un seul mémoire a été adressé à l'Académie; il portait la devise suivante :

Diaphragma, musculus unus!
Sane omnium fama celeberrimus (Spigelius).

Le prix est décerné à l'auteur de ce travail, M. le docteur H. Girard, de Genève (Suisse).

Prix Saint-Lager : 1,500 fr. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1,500 fr. pour la fondation d'un prix d'une pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

©BIU Santé

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Il n'y a pas de concurrent. Le même sujet sera mis au concours pour 1893.

Prix Perron : 3,800 fr. (quinquennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine. — Dix ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie.

Un prix de 1,000 fr. est décerné à M. le docteur Roussy (de Paris), pour ses « Recherches expérimentales sur la pathogénie de la fièvre ».

L'Académie partage par parties égales entre les trois candidats suivants le reste du prix, soit 2,800 fr., et leur accorde à chacun le titre de lauréat : 1° M. le docteur Gréhant (de Paris), pour ses « Recherches de physiologie et d'hygiène sur l'oxyde de carbone et sur l'acide cyanhydrique » ; 2° M. Gautrelet (de Paris), pour son ouvrage « Urines. Application de l'analyse urologique à la séméiologie médicale »; 3° M. le docteur Raphaël Blanchard (de Paris), pour son « Traité de zoologie médicale ».

Des mentions honorables sont, en outre, accordées à : M. le docteur Duponchel, professeur au Val-de-Grâce, pour son « Traité de médecine légale militaire »; M. le docteur Boinet, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, et M. Rœser, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Versailles, pour leur mémoire en collaboration intitulé : « Recherches cliniques, microbiennes et expérimentales sur la bactériothérapie ».

Prix Saint-Paul : 25,000 fr. — M. et Mme Victor de Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 fr. pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la « diphthérie ».

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense. — Vingt-deux concurrents se sont présentés. Le prix de 25,000 fr. n'est pas décerné.

L'Académie accorde : 1° Un prix d'encouragement, de la valeur de 2,000 fr., à M. le docteur Gaucher, de Paris, pour ses différents travaux sur le « Traitement de l'angine diphthéritique; 2° une mention honorable, avec une somme de 300 fr., à M. le docteur Gilbert, de Genève (Suisse), pour son mémoire sur le « Traitement de la diphthérie et du croup ».

Prix Stanski : 1,800 fr. (bisannuel). — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du règlement.) — Deux mémoires ont concouru.

L'Académie partage le prix entre M. le docteur Frédéric Bordas (de Paris), auteur d'un mémoire portant la devise suivante : « Segnius irritant animos demissa per aurem Quam quæ sunt oculis submissa fidelibus et quæ Ipse sibi tradit spectator », et M. le docteur Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son « Essai de classification des maladies contagieuses ».

Prix Vernois : 700 fr. (annuel). — Ce prix, qui est annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. — Treize concurrents se sont présentés.

L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 250 fr. à M. le docteur A.-J. Martin (de Paris), pour son ouvrage intitulé : « Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements »; 2° 250 fr. à MM. les docteurs H. Polin, médecin-major de 2e classe au 21e régiment de dragons, et H. Labit, médecin-major de 2e classe au 85e régiment d'infanterie, pour leur « Etude sur les empoisonnements alimentaires (microbes et ptomaïnes) »; 3° 200 fr. à M. le docteur Fernand Lagrange (de Limoges), auteur d'un travail ayant pour titre : « Physiologie des exercices

©BIU Santé

du corps »; une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur Ravenez, médecin-major à l'Ecole de cavalerie de Saumur, pour son travail intitulé : « La vie du soldat au point de vue de l'hygiène ». (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 décembre. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Paralysie des deux nerfs moteurs oculaires communs d'origine hystéro-traumatique.*

M. Debove présente un malade âgé de 35 ans qui, depuis deux ans, est atteint d'un double strabisme externe dû à une paralysie des nerfs moteurs oculaires communs.

Il y a deux ans, en effet, ce malade, palefrenier de son état, reçut au-dessus de l'œil droit un coup de pied de cheval. Il perdit connaissance pendant une heure et demie. Au bout de quatre jours il était cependant complètement remis; la plaie s'était cicatrisée. Un mois après il s'aperçut que la peau de son front était insensible; quelques jours plus tard, il constatait que ses yeux étaient déviés en dehors. Depuis ce moment le strabisme ne s'est pas modifié. De plus, les mouvements d'adduction, d'élévation et d'abaissement du globe oculaire sont nuls. Le releveur de la paupière n'est pas paralysé. Les troubles de l'accommodation sont assez profonds; les pupilles, en effet, égales et légèrement rétrécies, ne réagissent pas à la lumière.

En même temps le champ visuel est, des deux côtés, considérablement diminué; de plus, l'anesthésie s'étend sur toute la partie supérieure de la face.

On a donc affaire à une paralysie du moteur oculaire commun d'origine hystéro-traumatique. Il n'y a pas de dyschromatopsie, pas de troubles de l'audition, de l'odorat ni du goût; mais il y a de l'anesthésie du pharynx.

Ce qui vient encore confirmer le diagnostic d'hystérie, c'est une monoplégie incomplète du membre supérieur droit, survenue il y a deux mois et demi, sans cause appréciable; cette monoplégie fut précédée de douleurs dans l'épaule droite, qui durèrent pendant trois ou quatre jours; elle a persisté jusqu'à présent sans aucune modification. Toute la peau de l'épaule est insensible. On peut donc considérer cette monoplégie comme un nouvel accident hystérique survenu deux ans après un traumatisme qui aurait produit une paralysie des moteurs oculaires communs. Il semblerait par conséquent que le traumatisme, qui a éveillé l'hystérie, peut encore exercer une action après un temps considérable.

M. Babinsky : L'hypothèse de paralysie hystéro-traumatique, émise par M. Debove, est très vraisemblable. Cependant c'est la première fois que l'on signale une telle paralysie portant sur les nerfs moteurs oculaires communs; de plus ce n'est pas une paralysie légère, variable, disparaissant et se reproduisant; enfin rien ne prouve qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence et que la paralysie des nerfs de la troisième paire chez ce malade ne relève pas d'une autre cause que l'hystéro-traumatisme.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat du 30 octobre au 19 novembre 1890

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 30 octobre 1890. — N° 1. M. Willem Francken : Etude sur les bains de mer du littoral hollandais. (Président, M. Brouardel.) — N° 2. M. Wirbel (Charles) : De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale. (Président, M. Duplay.)

Le 5 novembre. — N° 3. M. Diamantberger (M.-S.) : Du rhumatisme noueux (polyarthrite déformante) chez les enfants. (Président, M. Grancher.) — N° 4. M. Lafon (Gilbert) : Des luxations sus-acromiales de la clavicule; traitement par la suture métal-

©SIU Santé

lique (Président, M. Tillaux.) — N° 5. M. Albespy (Daniel) : Considérations sur les complications articulaires de la grippe pendant la dernière épidémie. (Président, M. Tillaux.)

Le 6. — N° 6. M. Poirier (L.-M.) : Sur un syndrome hystérique simulant la pachyméningite cervicale hypertrophique. (Président, M. Proust.) — N° 7. M. Mathis (E.) : Du traitement de la péritonite tuberculeuse. (Président, M. Debove.)

Le 10. — N° 8. M. Bourgogne (Eugène) : De l'arthrectomie appliquée au traitement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse chronique suppurée chez l'enfant. (Président, M. Lannelongue.)

Le 12. — N° 9. M. Briquet : De l'état du cœur gauche dans les lésions mitrales. (Président, M. Potain.) — N° 10. M. Tournadour (Fernand) : De l'ostéomyélite de la colonne vertébrale (pathogénie et traitement chirurgical). (Président, M. Tillaux.)

Le 13. — N° 11. M. Rossignol : De l'intoxication iodoformique à la suite de pansements iodoformés ou de l'usage prolongé de l'iodoforme à l'intérieur. (Président, M. Peter.) — N° 12. M. Moret (Henri) : Contribution à l'étude du mutisme des aliénés. (Président, M. Ball.) — N° 18 (*). M. Pfender (Albert) : Etiologie des luxations congénitales de la hanche. (Président, M. Duplay.) — N° 14. M. Klein (Alexandre) : Contribution à l'étude de la climatothérapie en France. (Président, M. Proust.)

Le 15. — N° 15. M. Colin (Henri) : Essai sur l'état mental des hystériques. (Président, M. Charcot.) — N° 16. M. Livoff (S.) : Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau (symptômes et diagnostic avec la paralysie générale). (Président, M. Charcot.) — N° 17. M. Roubinowitch (J.) : Hystérie mâle et dégénérescence. (Président, M. Charcot.) — N° 18. M. Gilchrist (A.-W.) : Traitement de la grossesse extra-utérine. (Président, M. Pinard.)

Le 19. — N° 19. M. Hénault (Joseph) : Le bain froid contre la pneumonie grave. (Président, M. Potain.) — N° 20. M. Daraignez (Jules) : Essai sur la pathogénie de l'ictère émotif. (Président, M. Potain.)

FORMULAIRE

MIXTURE POUR INHALATIONS CONTRE LA COQUELUCHE. — Wilde.

Chloroforme	30 grammes.
Ether sulfurique pur	60 —
Essence de térébenthine rectifiée	10 —

Mêlez. — On verse une cuillerée à thé de cette mixture sur une compresse que l'on tient, jusqu'à la crise, près de la bouche des enfants atteints de coqueluche. — N. G.

COURRIER

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Legs Mathieu Bourceret.* — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs que lui a fait le sieur Mathieu Bourceret, par un testament en date du 10 décembre 1885. Le produit de cette libéralité sera placé en rentes 3 p. 100 sur l'Etat français, avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages de la fondation d'un prix annuel, dit prix Mathieu Bourceret, qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur la circulation du sang.

LE CHOLÉRA EN ESPAGNE ET EN SYRIE. — M. le docteur Proust rend compte de la situation sanitaire à l'étranger. Le choléra semble s'éteindre en Espagne. Du côté de la Syrie la situation est toujours grave. L'extension de l'épidémie cholérique vers le nord par Adana et Sivas menace la mer Noire du côté de Samsoum. Dans le midi l'épidémie se rapproche toujours de Damas, de Beyrouth et du Liban. Le vilayet d'Adana est compromis par le port de Mersine, où l'on a constaté un décès cholérique le 16 courant. Enfin Tripoli et Latakieh sont menacés. Il y a eu à Constantinople, le 13 novembre, sur l'ordre

©BIU Santé

du sultan, une séance extraordinaire du conseil de santé, en vue de renforcer les mesures de prophylaxie contre la marche du choléra en Syrie.

Concours de médecins du bureau de bienfaisance. — Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le lundi 16 février 1891.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de onze heures à quatre heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 17 janvier, à quatre heures inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

— Le prochain Congrès allemand de médecine interne aura lieu du 6 au 9 avril, à Wiesbaden. Le président sera M. le professeur Leyden (Berlin).

Congrès français de chirurgie 1891. — Le Congrès se réunira à Paris à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Guyon, du lundi 30 mars au samedi 4 avril inclusivement.

Les communications devront être adressées à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général, chez M. Alcan, éditeur du Congrès, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Comité du Congrès français de chirurgie a mis à l'ordre du jour de la cinquième session les questions suivantes :

1° Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée).

2° Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.

3° Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.

La séance d'inauguration aura lieu le lundi 30 mars, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Poste médical. — Clientèle à prendre de suite, après décès, près Paris; rapport, 14,000 francs; fixe, 500 francs. — S'adresser à M. le docteur Pellier, 89, rue Turbigo, Paris.

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure), population de 1,769 âmes agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just, par Marennes (Charente-Inférieure).

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Revue des cliniques. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Thèses de doctorat. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

Pendant qu'on s'évertuait à trouver des propriétés antituberculeuses à la lymphe de Koch, on oubliait, et moi tout le premier, les faits intéressants publiés il y a deux ans par M. Morel-Lavallée dans les *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose* et relatifs au traitement du lupus par les injections d'huile de vaseline iodoformée. M. Morel-Lavallée a cru bon, et il a eu entièrement raison, de rappeler ces faits dans un court article inséré dans le *Bulletin médical* du 14 décembre dernier.

La substance médicamenteuse employée, dont notre confrère n'a fait nul mystère, était une solution d'huile de vaseline iodoformée à 1 p. 100, dont on injectait *à distance*, comme dans la méthode de Koch, deux grammes par jour. Son action locale sur le tissu lupeux, visible parfois au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, était très manifeste au bout de cinq à six jours. Les injections étaient toujours faites, pour le lupus de la face, entre les deux omoplates ou aux fesses. Ces injections ont été pratiquées à la clinique de l'hôpital Saint-Louis, sous la direction du professeur Fournier. Leur authenticité est donc indiscutable.

Seulement M. Morel-Lavallée ne s'était pas leurré de l'espoir qu'il avait

FEUILLETON

CAUSERIE

De la nécessité d'instituer des cours payants dans les laboratoires, les cliniques, etc.

Une fois n'est pas coutume : je puis bien me permettre, pour une fois, de causer sérieusement, ne serait-ce que pour prouver que j'en suis capable, le cas échéant. Cela me sera d'autant plus facile que je pourrai m'inspirer de deux personnes sérieuses qui ont déjà traité le même sujet, je veux dire le sujet que je vais traiter, M. le professeur Cornil, dans le *Journal des connaissances médicales*, et M. le docteur Ricard, dans la *Gazette des hôpitaux*. Mon mérite en sera diminué d'autant; mais qu'importe, si la cause est juste, et si je puis contribuer, si peu que ce soit, à la faire progresser?

Il s'agit de l'organisation des cours libres, payés par les élèves : grosse question qui, lorsqu'elle sera résolue en France, servira beaucoup, j'en suis sûr, les intérêts les plus légitimes des élèves en médecine.

La question est déjà, d'ailleurs, résolue à l'étranger, en particulier en Allemagne et en Autriche. Les professeurs de Faculté ne dédaignent pas d'augmenter leurs appointements au moyen des rétributions qu'ils exigent des étudiants pour certains cours, et les étudiants, qui pourraient trouver en France un enseignement gratuit, aiment mieux aller payer à l'étranger pour s'instruire, parce que notre enseignement ne répond plus

©BIU Santé

trouvé un moyen de guérir par lui seul le lupus. Il avait donné ce traitement comme un palliatif — rien de plus, comme un modificateur rapide et sérieux, comme un adjuvant puissant au traitement chirurgical qu'il devait, dans sa pensée, précéder et préparer. Les résultats publiés n'avaient d'ailleurs que deux mois de date, et les expériences n'ont pas été poussées plus loin. Mais nous savons qu'elles vont être reprises dans le service de M. E. Besnier.

Les effets des injections de vaseline iodoformée étaient absolument contraires à ceux de la lymphe de Koch. La modification imprimée au lupus était essentiellement décongestive et tendait à le faire évoluer vers l'organisation fibreuse, son mode normal de guérison. Pas de retentissement à grand fracas sur l'organisme. De plus, l'introduction dans celui-ci de l'iodoforme ne pouvait avoir qu'une action tonique sur le terrain tuberculeux : c'est là une chose jugée. Actuellement, il ne s'opère pas un seul tuberculeux dans le service du professeur Verneuil, et dans bien d'autres, sans avoir subi un traitement préparatoire par l'iodoforme *intus et extra*.

Il s'agit donc là, en résumé, d'essais de thérapeutique de la tuberculose locale au moyen d'injections médicamenteuses à distance, et ayant donné des résultats au moins aussi satisfaisants, au point de vue clinique, que ceux que l'on connaît actuellement de la lymphe de Koch. Ils valent donc bien la peine d'être repris et d'être poussés aussi loin que possible.

— Le corps médical des hôpitaux de Lyon va faire des expériences avec la lymphe de Koch d'après une méthode qui a été adoptée à la suite d'une proposition de M. Gailleton et qui paraît présenter de grands avantages.

Les expériences auxquelles on va se livrer seront en quelque sorte collectives, afin que chacun y apporte sa part de collaboration et de contrôle, et que les résultats obtenus soient consignés dans un mémoire unique. Il a donc été décidé que chaque hôpital, Hôtel-Dieu, Charité, Antiquaille et Croix-Rousse, formerait un groupe, et que les médecins et chirurgiens de chacun de ces établissements se réuniraient pour examiner les malades à inoculer et préciser le diagnostic des malades présentés. Il a paru que l'in-

---

aux besoins actuels. Ce sont surtout les exercices pratiques qui laissent à désirer. Et cependant, on sait bien, en haut lieu, ce qu'il y aurait à faire ; car on n'a qu'à voir ce que M. le professeur Cornil a fait, et si bien fait, pour les exercices pratiques d'anatomie pathologique et de bactériologie, M. le professeur Farabeuf pour l'anatomie normale, et M. le professeur Brouardel pour la médecine légale. Mais cela ne suffit pas; il faudrait faire la même chose pour les exercices cliniques : la chirurgie et la médecine, le diagnostic surtout, ne peuvent bien s'apprendre qu'au lit des malades; mais comment s'y instruire? Chaque chef de service, actuellement, est-il professeur de clinique, de fait sinon de droit? Il suffit de poser la question pour y répondre sans hésiter une seconde, et négativement. Comment remédier à cet état de choses?

M. Cornil a indiqué le moyen.

Après avoir étudié et approuvé, dans ses grandes lignes, le nouveau projet de loi relatif à la constitution des Universités, notre éminent maître demande qu'on ajoute à ce projet, comme constituant une réforme attendue, pratique et nécessaire, l'article suivant :

« Des cours particuliers, payés directement par les élèves aux professeurs et aux auxiliaires de l'enseignement, pourront être établis dans les locaux, laboratoires et cliniques des Facultés, après avis des conseils des Facultés et du Conseil universitaire.

« Le projet du gouvernement s'est largement inspiré de la constitution des Universités étrangères, et cependant il a laissé de côté l'usage qui assure à ces Universités leur force et leur vie, c'est-à-dire la rétribution directe des professeurs par les élèves. »

©BIU Santé

titution de cette grande commission de recherches donnerait des résultats plus frappants et plus précis que l'affirmation d'expérimentateurs isolés.

Cela ne vaut-il pas mieux que la publication de résultats prématurés? Mais qui empêche d'en faire autant à Paris?

— Nous nous contentons pour aujourd'hui d'enregistrer la nouvelle suivante, qui nous paraît grosse de conséquences utiles :

« Dans sa dernière séance, la Société médicale des hôpitaux a décidé que MM. E. Besnier et Vidal auraient dorénavant un assistant nommé au concours. Un médecin du bureau central aura le droit de choisir cette place d'assistant. »

Nous reviendrons prochainement sur cette importante question.

— Mardi dernier, l'Académie de médecine a tenu sa séance solennelle annuelle.

Les comptes rendus des travaux de l'année par M. Féréol, la lecture de la longue liste des prix décernés, l'*Éloge* du professeur Chauffard par M. Bergeron, secrétaire perpétuel, ont été les attraits de cette réunion, à laquelle ont assisté... tous ceux qui ont pu pénétrer dans la salle, toujours trop petite à cette occasion.

L'*Éloge* de Chauffard a été fort goûté et fort applaudi, comme il le méritait. Il était impossible de mieux mettre en relief les éminentes qualités de l'ancien professeur de pathologie générale que l'a fait M. Bergeron. *Erat hic locus*, car c'était surtout à l'Académie que ces qualités s'étaient montrées, en particulier dans les discussions où le vitalisme était en jeu : à propos des maladies infectieuses et épidémiques, du choléra, de la fièvre puerpérale, de la fièvre typhoïde, de la variole, de l'infection purulente.

L'élévation de pensées, l'élégance de la parole, qui faisaient le fond des discours de M. Chauffard et qui n'avaient d'égale que la profondeur de ses convictions, ont été retracées de main de maître par son éloquent panégyriste.

Pour sa famille, pour ses amis, M. Chauffard est mort trop tôt; pour lui-même, peut-être est-il parti juste quand il le fallait. Encore quelques mois,

---

Mais, dira-t-on, pour pouvoir généraliser la mesure prise par M. Cornil, et étendre à toutes les cliniques ce qu'il a fait à l'Hôtel-Dieu, il faudra une organisation nouvelle des laboratoires dans les cliniques, dans les hôpitaux, une mise de fonds considérable, etc. Rassurez-vous. Tout cela a été fait; il existe dans les hôpitaux des laboratoires parfaitement organisés, à moins toutefois que les fonds attribués à cette organisation n'aient été employés, ce qu'il me paraît impossible de croire, à tout autre chose. Car, depuis sept ans, savez-vous ce qu'on a inscrit dans ce but au budget de l'Assistance publique de Paris? Sept cent mille francs! On a dû faire bien des choses pour cette somme et, sans vouloir critiquer ni rien ni personne, je crois que les services rendus sont loin d'être en rapport avec cette somme élevée.

Pour que ces laboratoires fussent utilisés à l'instruction des élèves, il faudrait que ceux qui en ont la disposition fussent payés pour leur donner des leçons; toute peine mérite salaire; les chefs de laboratoire se servent des locaux, des appareils, des réactifs, etc., pour faire les recherches qui leur sont demandées par les chefs de service. Ils ne sont payés que pour cela, et encore bien peu! Donc ils ne peuvent faire que cela. Cependant, les recherches et les préparations faites, il serait bien facile aux préparateurs de passer à l'état de démonstrateurs, de faire à quinze ou vingt élèves une leçon, pièces en main, sur ce qu'ils ont trouvé d'intéressant. Mais quoi? Il faut vivre et le temps qu'ils pourraient consacrer utilement aux élèves est pris par un autre service rétribué.

Conclusion : il faut s'arranger de façon que les chefs de laboratoire, les chefs de

©BIU Santé

quelques années à peine et les doctrines microbiennes, qui avaient déjà si fort ébranlé l'édifice vitaliste, allaient lui donner une poussée contre laquelle il lui était bien difficile de résister. La mort a épargné à son vaillant défenseur le chagrin d'assister à sa ruine. Quelle heureuse fin pour cet homme de bien! — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

Des collyres en général. Usages, abus et inconvénients, par H. Truc (1). — Messieurs, vous m'entendez souvent déplorer les nombreux abus de certains collyres, vous indiquer leurs sérieux inconvénients et, bien qu'ils soient en honneur dans vos livres pour le traitement des inflammations blépharіques, conjonctivales ou kératiques, vous engager généralement à les proscrire de votre thérapeutique oculaire.

Il me paraît utile de revenir sur ce point et d'y insister; je le fais d'autant plus volontiers que plusieurs chirurgiens ont soutenu récemment ces idées et appuyé de leur expérience cette manière de voir.

En même temps que je vous signalerai les inconvénients des collyres en général et de quelques-uns en particulier, je vous donnerai brièvement quelques indications sur ceux qui me paraissent avantageux.

Les collyres, vous le savez, sont des topiques oculaires ou mieux conjonctivaux. On les divise en collyres secs, mous, liquides et gazeux.

Les collyres secs sont des poudres comme le sucre, le calomel, l'alun, le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, l'iodoforme, etc., que l'on insuffle dans l'œil.

Les collyres mous sont des pommades à base de cérat, d'axonge, de glycérine, de vaseline, de lanoline, que l'on applique avec des pinceaux, une tige de bois, un rouleau de papier, un bâton de verre, etc.

Les collyres liquides sont des solutions que l'on instille sur la conjonctive directement avec le flacon, un compte-gouttes ou un tube quelconque.

Les collyres gazeux enfin sont des produits volatils, baume de Fiarovanti, ammoniaque, etc., que l'on dirige sur les yeux; abandonnés, on les remplace avantageuse-

(1) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1890, n° 49.

clinique, et je vais même plus haut, les agrégés et, si besoin est, les professeurs, puissent consacrer plus de temps à l'instruction des élèves, et pour ce les autoriser à se faire payer par ceux-ci.

Voilà, certes, une réforme qui ne se fera pas toute seule, mais qu'il ne faut pas se lasser de demander, parce qu'elle est juste. Sans doute, on rencontrera des obstacles, mais on peut les tourner, sinon les surmonter. Ceux qui voudront le faire pourront d'ailleurs s'inspirer de l'exemple de M. le professeur Cornil qui, ne pouvant vaincre la routine en l'attaquant directement, est néanmoins arrivé à son but par une voie détournée. Voici à quelle occasion.

« Il y a quatre ans, raconte M. Cornil, j'avais entretenu M. Béclard, doyen de la Faculté, de l'utilité qu'il y aurait à organiser un cours démonstratif de bactériologie à la nouvelle École pratique, afin d'initier un certain nombre de jeunes docteurs français ou étrangers et d'internes des hôpitaux aux méthodes de cette science nouvelle, et de le confier à mon préparateur, M. le docteur Chantemesse. Une salle spacieuse, pouvant contenir une quinzaine d'élèves, était disposée à cet effet. Comme il n'existait pas de budget ni pour l'installation, ni pour l'entretien de ce laboratoire, je proposai au doyen, à titre d'essai, de faire payer aux élèves une rétribution pour chaque cours démonstratif, chacun de ces cours devant durer six semaines. Béclard approuva fort mon idée, qui devait aboutir à doter notre école d'un enseignement nouveau aussi utile qu'élevé, et il m'engagea à porter la question devant l'assemblée des professeurs en lui demandant son approbation.

BIU Santé

ment par des douches de vapeurs phéniquées, sublimées, boriquées, surtout chaudes, dont vous me voyez faire un si fréquent usage dans les conjonctivites, les kératites, les iritis, etc.

Les poudres sont généralement inutiles ou nuisibles. L'acétate de plomb est employé avec fruit sur les conjonctivites palpébrales trachomateuses par les oculistes belges; mais il expose à des leucomes fâcheux et peut être remplacé par des scarifications, le raclage, etc.; le sucre, l'os de seiche, excitent inutilement les cornées leucomateuses; quant au calomel, il est simplement dangereux, soit qu'il se transforme en bichlorure de mercure (ce qui n'est pas démontré même après ingestion d'iodure), soit qu'il forme des filaments qui irritent fâcheusement les culs-de-sac conjonctivaux.

Les pommades sont plus utiles, surtout à base de vaseline. Nous usons assez largement de la pommade au précipité jaune dans certaines lésions blépharіques, conjonctivales ou kératiques phlycténulaires des jeunes lymphatiques.

Nous employons aussi parfois, suivant le cas, l'iodoforme, le mercure dans la syphilis, le cuivre chez les granuleux, etc.; il s'agit alors de topiques plus ou moins spécifiques. Enfin, chez les enfants, comme excipient des myotiques, des mydriatiques ou de quelques antiseptiques, les corps gras constituent des agents plus commodes et plus sûrs que les liquides.

En dehors de quelques poudres et pommades, les collyres actuels sont ordinairement de simples solutions dans de l'eau simple, des eaux distillées ou des pommades. On peut les diviser en collyres caustiques ou astringents, antiseptiques, mydriatiques et myotiques. Examinons-les successivement.

Caustiques et astringents. — L'acide chromique, le nitrate d'argent sont caustiques.

L'acide chromique n'est utile que dans certaines granulations, dures, scléreuses, pour les décortiquer en quelque sorte et permettre l'action des astringents cupriques. Encore sera-t-il remplacé avantageusement par le scarificateur, et vous pourrez le délaisser.

Le nitrate d'argent vous rendra d'éminents services dans l'ophthalmie blennorrhagique ou blennorrhéique, purulente simple ou même dans certaines formes catarrhales. Vous devez l'employer alors à la dose de 1/30e à 1/20e, l'appliquer vous-même et directement avec un pinceau sur les parties de la conjonctive malade, les culs-de-sac surtout, et ménager la cornée, en neutralisant, s'il y a lieu, au sel marin, l'excès du caustique.

Vous pourrez même, pour glaner les microbes, y ajouter une instillation à 0,10/10e. Cette application sera faite deux et même trois fois par jour dans l'ophthalmie blennor-

---

« Là, après avoir exposé l'objet de ma demande, au lieu des félicitations que j'attendais en toute naïveté, je me suis trouvé en butte aux oppositions les moins fondées.

« Devant des arguments, approuvés d'ailleurs par la quasi-totalité du petit nombre des professeurs présents, je n'avais qu'à m'incliner, et je retirai ma proposition. »

Le conseil des professeurs était réfractaire, on le voit, à cette réforme, comme on le dit réfractaire à bien d'autres. Attendons la fin de l'anecdote; elle est piquante et instructive.

« Mais, après la séance du conseil, *Béclard me conseilla de ne pas tenir compte de ce qui venait d'être dit* et d'organiser à mon gré l'enseignement pratique de la bactériologie.

« Fort de son appui moral et de celui de M. Liard, dont l'esprit est si largement ouvert à tous les progrès, j'allai de l'avant et nous ouvrîmes non seulement des cours privés de bactériologie pratique, confiés à MM. Chantemesse et Widal, mais aussi un cours démonstratif d'histologie pathologique, confié à un savant d'une rare compétence, M. Gombault, conservateur du musée Dupuytren. Ce dernier garde pendant trois mois ses élèves et leur apprend toutes les méthodes de l'histologie pathologique.

« Béclard avait mis une seule condition à l'établissement de ces deux séries de cours marchant parallèlement et recommençant successivement à des époques réglées; c'est que les recettes et les dépenses lui seraient communiquées, ce qui a été fait. M. Brouardel, qui a hérité de son prédécesseur au décanat du même bon vouloir à l'égard de toute amélioration en faveur des études, est également au courant de nos recettes et dépenses. Ainsi, dans le laboratoire de bactériologie, la moyenne des recettes annuelles des quatre dernières années fournies par les élèves est de 3,000 francs par an, dont la

©BIU Santé

rhagique ou des nouveau-nés; une fois seulement dans les ophthalmies purulentes simples ou catarrhales aiguës.

Crédé a généralisé cette méthode comme traitement préventif ou prophylactique de l'ophthalmie *neo-natorum*. Il suffit, après toilette oculaire, d'un attouchement ou d'une instillation de la solution au 1/30e.

Les sulfates de zinc et de cuivre, les précipités rouge, jaune et blanc, l'alun, sont surtout astringents.

En dehors du précipité jaune spécifique dans les ophthalmies phlycténulaires, ce sont de simples excitants, de prétendus substitutifs, qui ne semblent vraiment utiles que dans certaines conjonctivites catarrhales, chroniques et torpides.

Les inconvénients des astringents sont nombreux. Douloureux, excitants, ils deviennent parfois la source de sérieuses complications.

Comme le remarque Rolland, la douleur ne serait pas un grand inconvénient pour les malades; car, pour beaucoup d'entre eux, elle est la mesure de l'efficacité thérapeutique; mais les complications peuvent être graves Ce sont des incrustations calcaires de la cornée, des eschares, des colorations fâcheuses, de la conjonctivite, etc.

L'acétate de plomb, les sulfates. le nitrate, etc., sont particulièrement en cause.

Rolland cite, chez un jeune homme de 18 ans, une plaie traumatique de la cornée, pansée par un pharmacien avec une solution d'extrait de saturne; deux jours après, la cornée était comme de la craie, et l'on dut la décaper avec le couteau de Græfe.

Brière relate le fait de deux capitaines de la marine qui, atteints d'ophthalmie, usèrent d'un collyre à l'eau blanche et produisirent sur leur cornée un épais dépôt de carbonate plombique.

J'ai vu moi-même plusieurs cas d'incrustation cornéenne par le sous-acétate de plomb.

Manouvrier a observé un cas d'intoxication saturnine par l'usage longtemps continué du sous-acétate de plomb en collyre et de l'eau blanche en fermentation.

Enfin j'ai rencontré plusieurs conjonctivites grises, ardoisées, presque noires sous l'influence trop prolongée des cautérisations au nitrate d'argent.

Mydriatiques. — L'atropine calme la douleur, diminue les sécrétions, empêche ou rompt les adhérences iriennes, supprime ou diminue l'accommodation; à ces divers titres, elle rend journellement de signalés services. Je l'unis volontiers à la cocaïne.

Malgré ses avantages, l'atropine, prescrite légèrement, peut avoir de sérieux inconvénients. Augmentant la tension oculaire, elle peut provoquer la rupture d'une cornée profondément ulcérée ou une attaque glaucomateuse chez les sujets prédisposés; elle

---

moitié passe en frais *d'entretien du laboratoire, qui a été outillé et entretenu depuis sans qu'on ait rien demandé au budget de l'Etat.*

« Pour ce qui est de la qualité et du zèle des élèves qui suivent ces leçons pratiques de MM. Gombault, Chantemesse et Widal, on peut dire qu'ils ne laissent rien à désirer. Parmi eux se trouvent surtout des internes, des docteurs étrangers se destinant au professorat, des médecins de l'armée et de la marine, souvent même des médecins des hôpitaux de Paris et des professeurs étrangers.

« Si l'on pouvait aujourd'hui mettre en doute l'utilité de pareils cours particuliers, il suffirait de montrer la liste des hommes qui les ont suivis pour faire voir qu'ils sont la pépinière des jeunes savants qui se préparent, par un labeur pratique, aux concours des hôpitaux et à l'enseignement des Facultés de médecine

« Des cours pratiques et payants analogues ont été établis depuis à l'Institut Pasteur et professés par MM. Roux, Yersin, etc.

« Ce qui précède me paraît démontrer qu'il est de toute nécessité de constituer partout, dans les laboratoires, dans les cliniques générales et spéciales, des enseignements privés pratiques, rapides, intensifs, confiés le plus souvent à des jeunes gens, à des auxiliaires de l'enseignement, s'adressant à des élèves spéciaux, surtout aux docteurs français et étrangers; il importe de laisser à cet égard toute liberté aux initiatives sous l'approbation du Conseil de l'Université. Il serait illogique de fermer aux professeurs agrégés et titulaires l'accès de cet enseignement qu'ils donneraient parallèlement à leurs cours publics, s'ils le jugeaient opportun.

©BIU Santé

entraînerait à la longue de l'hyperémie conjonctivale et même, chez les enfants, un peu d'intoxication.

La duboisine a des effets analogues, l'homatropine est moins redoutable, la cocaïne est presque anodine.

Duboisine et atropine sont des mydriatiques forts, à effet prolongé; homatropine et cocaïne, des mydriatiques faibles, d'action passagère. Les premiers sont surtout des agents de traitement et les derniers des agents d'examen.

Myotiques. — L'ésérine et la pilocarpine diminuent la tension oculaire, excitent l'accommodation, resserrent la pupille, etc. Ces myotiques peuvent aussi amener du spasme accommodatif et favoriser, dans les iritis, des synéchies postérieures et l'atrésie pupillaire.

La pilocarpine est moins active, mais mieux tolérée que l'ésérine; elle crée même fréquemment des conjonctivites avec hypertrophie folliculeuse considérable. J'ai observé récemment un cas dans lequel l'emploi continu de l'ésérine avait produit, au bout de six mois, une violente inflammation.

La cocaïne, unie à la pilocarpine et surtout à l'ésérine, favorise leur action myotique; elle met, comme on l'a dit, la pupille à la merci de l'ésérine.

Antiseptiques. — Le sublimé, l'acide phénique, l'acide borique, etc., peuvent être utiles en instillations dans certaines conjonctivites infectieuses, mais leur action est nécessairement minime. Il est bon toutefois de les joindre à dose faible aux agents myotiques ou mydriatiques.

J'ajoute volontiers, dans la pratique, pour aseptiser les collyres et empêcher leur altération rapide, 1 milligramme de sublimé ou 5 centigrammes d'acide borique pour 10 grammes de solution à la cocaïne, l'atropine, l'ésérine; il ne paraît y avoir, en l'espèce, aucune incompatibilité; il est même prudent de laver avant de s'en servir les flacons et compte-gouttes en usage pour l'administration des collyres avec la liqueur de Van Swieten.

Toutefois les antiseptiques provoquent de l'irritation, de la douleur, et, malgré leurs avantages spéciaux, ne sauraient être prescrits sans aucune indication formelle.

En somme, si les collyres en général offrent ordinairement de notables avantages, ils présentent aussi de sérieux inconvénients.

C'est donc affaire d'indications et de contre-indications.

Les mydriatiques comme l'atropine et la duboisine conviennent aux iritis, aux crampes accommodatrices; ils sont dangereux chez les adultes et les vieillards prédisposés au

---

« Nous croyons, dit M. Cornil en terminant, avoir justifié pleinement la nécessité de l'article additionnel que nous présentons. »

Pour ma part, il y a longtemps que je suis converti à ces idées, aussi la justification de M. Cornil était-elle superflue; mais ceux à qui elle s'adresse, c'est-à-dire nos législateurs, ont tout à apprendre à cet égard, et il ne faut pas craindre de la leur répéter. C'est pourquoi j'ai pensé qu'on ne pouvait pas mieux employer l'encre et le papier de l'*Union* qu'à reproduire le document si intéressant et si instructif que l'on vient de lire.

M. Ricard craint que, malgré l'autorité dont M. Cornil jouit à juste titre près de ses collègues de la Faculté, de la Chambre et du Sénat, cette petite réforme, si simple, si pratique, si ardemment souhaitée par ceux qui ont souci de notre enseignement, reste toujours à l'état de projet, parce que ce qu'elle demande n'est pas dans les habitudes universitaires. Je suis moins timoré que lui. L'exemple donné par les collaborateurs de M. Cornil est de ceux qui ne peuvent pas rester stériles; les excellents résultats qu'ils ont obtenus plaident pour eux, et ils trouveront certainement des imitateurs dans le cas où, ce que je ne puis croire, les Chambres refuseraient d'adopter l'article additionnel proposé par M. Cornil. Il y a en ce moment à la Faculté bon nombre de jeunes professeurs, d'agrégés, de chefs de laboratoire, qu'il ne faudrait pas pousser bien fort pour les faire entrer dans la voie ouverte par le laboratoire d'histologie pathologique, et je serais bien étonné s'ils ne trouvaient pas auprès de MM. Liard et Brouardel le même appui que leurs prédécesseurs. L'idée est bonne, juste, utile; tôt ou tard, elle sera adoptée, et je ne crois pas qu'on attende l'autre siècle pour cela.

SIMPLISSIME.

©BIU Santé

glaucome; ils doivent céder le pas à l'homatropine dans les cas où l'on désire une dilatation faible ou passagère de la pupille.

Les myotiques sont utiles dans les excès de tension, dans la paralysie accommodatrice, comme antagonistes des mydriatiques, mais ils peuvent entraîner de l'atrésie pupillaire; l'ésérine, à la longue, provoque une vive hyperémie conjonctivale avec hypertrophie folliculeuse.

La cocaïne a l'avantage d'être un calmant fidèle et de produire rarement des désordres cornéens ou conjonctivaux.

Les antiseptiques sont utiles comme adjuvants d'une thérapeutique plus désinfectante, plus active, ou comme conservateurs des solutions médicamenteuses, mais ils irritent la conjonctive.

Les caustiques sont précieux, mais ils doivent être maniés avec prudence.

Quant aux astringents, en dehors des conjonctivites chroniques ou torpides sans lésions kératiques ou iriennes, ils sont ordinairement superflus et souvent nuisibles. Dans les inflammations conjonctivales, on doit leur préférer presque toujours les calmants, les lotions ou les douches chaudes, dont l'action est plus sûre, plus rapide et plus agréable.

Vous le voyez, Messieurs, l'emploi des collyres commande de sérieuses réserves et beaucoup de circonspection.

La thérapeutique oculaire, comme la thérapeutique générale, doit s'inspirer des indications causales, générales ou locales; car certaines conjonctivites, kératites, etc., sont produites ou entretenues par des corps étrangers, les poussières, les rétrécissements lacrymaux, un vice de réfraction, des infections extérieures, des troubles diathésiques, etc.; elle doit mettre en œuvre des moyens optiques, chirurgicaux ou généraux.

Cette thérapeutique n'est donc pas, comme on semble parfois le croire, l'art d'administrer les collyres. Ceux-ci sont de simples agents topiques; ils ne conviennent pas plus à toutes les ophthalmies que les cautères ou les vésicatoires à toutes les affections thoraciques; ils doivent être prescrits avec discernement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix de l'Académie pour 1890 (1).

Services des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1888:

1° *Médaille d'or.* — M. le docteur Grimaud, médecin inspecteur à Barèges.

2° *Rappel de médaille d'or.* — M. le docteur Caulet, médecin inspecteur à Saint-Sauveur.

3° *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Bouloumié, médecin consultant à Vittel; Chiais, médecin consultant à Evian; Onimus, médecin à Nice; Percepied, médecin consultant au Mont-Dore; Rodet, médecin consultant à Vittel.

4° *Rappels de médaille d'argent.* — MM. les docteurs Bordes-Pagès, médecin consultant à Aulus; Challan, médecin à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Poncet, médecin consultant à Vichy; Royer, médecin inspecteur à Challes.

5° *Médailles de bronze.* — MM. les docteurs Bordet, médecin consultant à Evian; Chauvet, médecin consultant à Royat; Delastre, médecin consultant à Brides-Salins; Duhourcau, médecin consultant à Cauterets; Guinier, médecin consultant à Cauterets; Isnard, médecin inspecteur à Saint-Amand (Nord); Morice, médecin consultant à Néris; Mutin, médecin de l'hôpital militaire de Bourbonne.

6° *Rappel de médaille de bronze.* — M. le docteur Bovet, médecin inspecteur à Pougues.

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

©BIU Santé

Service des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1889 :

1° *Médailles d'or.* — MM. les docteurs Aubert, médecin-major de 1re classe au 23e régiment d'infanterie; Senut, médecin-major de 1re classe.

2° *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Bidon, médecin des hôpitaux de Marseille; Albert Boucher, médecin-major de 2e classe au 147e régiment d'infanterie à Verdun; Brunon (de Rouen); Carlier, médecin-major de 2e classe au 74e régiment d'infanterie; Collardot (d'Alger); Frilet, médecin-major de 2e classe; Kelsch, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce; Schoull, médecin-major de 2e classe, et E. Gruson, médecin aide-major de 1re classe; Vaysse, de Quillan (Aude).

3° *Rappels de médailles d'argent.* — MM. les docteurs Chabenat (de La Châtre); Darolles (de Provins); Farges, professeur de clinique médicale à l'Ecole d'Angers; Fiessinger, d'Oyonnax (Ain); Hébert, d'Audierne (Finistère); Lacaze (de Montauban); Le Roy des Barres, de Saint-Denis (Seine); Longet, médecin de l'hôpital militaire de Givet; F. Poncet (de Cluny), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Vichy; Sollaud, médecin de 1re classe de la marine; Torthe, médecin-major de 2e classe au 9e de ligne.

4° *Médailles de bronze.* — MM. les docteurs Baudoin et Klein, médecins-majors de 1re classe; Gondouin, d'Argentan (Orne); Labit, médecin-major de 2e classe; M. Lajoux, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Reims, et M. le docteur Eugène Doyen (de Reims); MM. les docteurs E. Laurent, médecin-major de 1re classe; Marcos Arruda, inspecteur de l'hygiène de San-Paulo (Brésil); Masson, médecin-major de 2e classe au 11e bataillon d'artillerie de forteresse à Lyon; Montané, médecin-major de 1re classe, et Duponchel, médecin-major de 2e classe; Mozer, médecin-major de 2e classe; Mussat, médecin-major de 1re classe; M. J.-L. Plonquet, médecin à Ay (Marne); MM. les docteurs Rayer, des Andelys (Eure); H.-L. Robert, médecin-major de 2e classe; Rouveyrolis (d'Aniane).

5° *Rappels de médailles de bronze.* — MM. les docteurs Cavaillon (de Carpentras), médecin des épidémies; Huguenard, médecin-major; M. Jenot, médecin des épidémies à Dercy (Aisne); MM. les docteurs Penant (de Vervins), médecin des épidémies; Tartière, médecin-major de 2e classe.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2,000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux mémoires ou travaux en dehors de la question de prix :

1° *Médaille d'or.* — M. le docteur Ledé (de Paris).

2° *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Rouvier, professeur à l'Ecole de médecine de Beyrouth.

3° *Rappels de médailles de vermeil.* — M. le docteur Blache, inspecteur des enfants protégés à Paris; M. Jenot, médecin à Dercy (Aisne); M. le docteur Sutils, de La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne).

4° *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Bournet, d'Amplepuis (Rhône); Denizet, de Château-Landon (Seine-et-Marne); Mazade, inspecteur des Bouches-du-Rhône; M. Rollet, inspecteur des enfants assistés et protégés du département de l'Ain.

5° *Rappels de médailles d'argent.* — M. le docteur Carassus, de Milly (Seine-et-Oise); MM. Delage, inspecteur du département de la Gironde; Thiébaut, inspecteur du département de la Meuse; Sourd, inspecteur du département de la Nièvre.

6° *Médaille de bronze.* — M. Carlier, inspecteur des enfants assistés et protégés du Pas-de-Calais.

7° *Rappels de médailles de bronze.* — MM. Audoin, inspecteur du département de la Savoie; Bodard, à Tours (Indre-et-Loire); Burlet, inspecteur du département de la Drôme.

Service de la vaccine. — *Prix et médailles accordés à MM. les médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1889.*

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

©BIU Santé

1° Un prix de 1,500 fr. à partager également entre MM. les docteurs Ernest Blaise, Paul Gouzien et Martial Hublé.

2° *Quatre médailles d'or.* — MM. les docteurs Amat, médecin-major de 2e classe au 81e régiment d'infanterie, à Rodez (Aveyron); Dicquemare, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Constantine (Algérie); Octave Dupard, médecin aide-major de 1re classe au 3e régiment de spahis, à Souk-Ahras, département de Constantine (Algérie); Adrien Schmit, médecin-major au 20e escadron du train des équipages, à Versailles (Seine-et-Oise).

3° *Cent médailles d'argent.* — M. Adhéran (Annonay); Mme Allaire (La Roche-sur-Yon); MM. Arragon (Henri) (Algérie); Aucopt (Doyet); Aymé (Requista); Baillet (Bordeaux); Barmy (Saint-Guillem-le-Désert); Mlle Bauduin (Vannes); Mme veuve Belloque (Pontivy); MM. Bérard (Angoulême); Berjoan (Clément) (Vinça); Berthier (Châteaudun); Mme Bisson (Marie-Adrienne) (Lisieux); MM. Blé (La Roche-sur-Yon); Boixo (Jean) (Prades); Bompard (Embrun); Mmes Bonnot (Narbonne); Bories (Louise) (Mazamet); MM. Bouchard (Saumur); Bouteloup (Orléansville); Brou-Duclaud (Jules-Emile) (Cochinchine); Carlier (Rouen); Carpentier-Méricourt (Ier arrondissement de Paris); Carton (Souk-el-Arba); Cassan (Vincent) (Banyuls-sur-Mer); Caudesaigues (Puylaroque); Cayre (Requista); Chabaud (Jaujac); Charier (Léon) (Constantine); Charier (Thouars); Chonnaux-Dubisson (Villers-Bocage); Ciaudo (Joseph) (Nice); Collin (Lucien) (Paris); Courrent (P.) (Tuchan); Courtault (Ourouër); Courtois (E.) (Marseille); Crimail (Nantes); Mme veuve Damemme (Saint-Lô); MM. Delamare (Paul-Marcel) (Châtellerault); de Welling (Rouen); Dornier (V.) camp de Châlons); Duvernet (VIIe arrondissement de Paris); Edelmann (H.) (Pantin); Famechon (La Flèche); Frouin (Saint-Nicolas); Mlle Gassin (Héloïse) (Toulon); Mmes Gaucher (Vierzon); Gauthier (Bourges); MM. Gellie (Bordeaux); Genoud (Thonon); Gerbault (Auxonne); Guyot (Andelot); Huguenard (Bordeaux); Jacquot (Montataire); Jaubert (Michelet); Jay (R.) (XIe arrondissement de Paris); Joly (Edmond) (Neufchâtel); Mmes Josso (Pontivy); Lafitte (Clotilde) (Salies-de-Béarn); MM. Lagarde (Montauban); Laisney (Edouard Emile) (Coutances); Lardier (P.) (Rambervillers); Launay (Le Havre); Laurent (E.) (Versailles); Mmes Le Bloas (Rostrenen); Le Corre (Antony); M. Le Gad (Le Havre); Mme Léger (Charost); MM. Lieutaud (Angers); Liron (Alger); Lœvel (Fontenay-le-Comte); Maltrait (Saint-Bonnet-le-Château); Mangenot (XIIIe arrondissement de Paris); Mareschal (Henri) (Angers); Marfan (Castelnaudary); Mme Masset (Bondy); MM. Massina (François) (Boulou); Maze (Le Havre); Moinet (Epinal); Mouchet (Sens); Mlle Naizin (Vannes); Mmes Odelin (Rostrenen); Pagot, née Charbonneau (Saint-Hilaire de Riez); MM. Pascalis (G.) (IIe arrondissement de Paris); Pernet (Victor-Joseph-Léon) (Rambervillers); Perronnet (Cherchell); Plonquet (J.-L.) (Ay); Pourquier (Montpellier); Putel (Neuilly-sur-Seine); Raoult (Rostrenen); Rivet (Tarbes); Romain (Valence); Soulages (Decazeville); Mme Tarraube (Marthe) (Tonneins); MM. Thelliez (Hénin-Liétard); Tourneux (Thiel); Vaysse (Quillan); Mme Veyssier (Chambon); M. Viéron (Tarbes); Mlle Vincent (Marie) (Pradelles).

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 20 AU 30 NOVEMBRE 1890.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 20 nov. — N° 21. M. Schoofs (Emmanuel) : Contribution à l'étude de la propagation de la fièvre typhoïde par les eaux potables. (Président, M. Brouardel.) — N° 22. M. Mottin (Albert) : Simulation et dissimulation des maladies dans la marine. (Président, M. Laboulbène.) — N° 23. M. Marinescu (Michel) : La polyadénite périphérique chez les enfants tuberculeux. Étude clinique, histologique et expérimentale. (Président, M. Cornil.) — N° 24. M. Hermann (Al.) Sténoses de l'œsophage d'origine syphilitique. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 25. M. Elmassian (Agop) : Contribution à l'étude de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. (Président, M. Duplay.) — N° 26. M. Garnier :

©BIU Santé

Étude sur les kystes poplités. (Président, M. Duplay.) — N° 27. M. Flament (Ch.-Aug.) : De l'amputation des doigts dans la continuité des métacarpiens. (Président, M. Duplay.)

Le 26. — N° 28. M. Neveu-Dérotrie (Victor) : De l'hystérie consécutive à l'intoxication par la morphine. (Président, M. Potain.) — N° 29. M. Bourcart (Arthur) : Des bains de mer en hiver dans le traitement de la scrofule. (Président, M. Potain.) — N° 30. M. Guérin (Gustave) : Traitement de la scarlatine et de la rougeole malignes par les bains froids. (Président, M. Straus.) — N° 31. M. Laborie (Louis) : Du rôle de la lymphangite dans les affections des organes génitaux de la femme. — De son traitement par le drainage et l'antisepsie utérine. (Président, M. Pinard.) — N° 32. M. Vigouroux (Abel) : Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance (rétention d'urine). (Président, M. Pinard.)

Le 27. — N° 33. M. Rocher (Victor) : De l'emploi du sublimé et de la péritomie dans l'ophthalmie granuleuse. (Président, M. Panas.) — N° 24. M. Mandroux (J.-H.) : Contribution à l'étude du coryza caséeux. (Président, M. Duplay.) — N° 35. M. Vaucaire (René) : Etude sur Habicot, sur l'anatomie et la chirurgie de son temps. (Président, M. Peter.) — N° 36. M. Palhier (A.) : Contribution à l'étude anatomo-pathologique du cœur dans la phthisie chronique. (Président, M. Debove.) — N° 37. M. Simonot (Paul) : Contribution à l'étude du traitement chirurgical des pseudarthroses et du cal vicieux du fémur. (Président, M. Le Dentu.) — N° 38. M. Surel (Gustave) : Contribution à l'étude de la réunion immédiate dans le traitement de la fistule anale. (Président, M. Le Dentu.) — N° 39. M. Thiébault (Jules) : Contribution à l'étude des myxomes du larynx. (Président, M. Le Dentu.)

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE L'ASTHME. — Dieulafoy.

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme.
Eau distillée.....	20 grammes.

Faites dissoudre. — Au début de l'accès d'asthme, on badigeonne les fosses nasales avec cette solution, en pénétrant aussi profondément que possible; ou bien on l'emploie en pulvérisations. En outre, le malade fume des feuilles de datura et du papier nitré. — Lorsque l'accès a atteint son maximum d'intensité, on injecte sous la peau, d'abord la moitié de la seringue de Pravaz, puis un quart d'heure plus tard, si c'est nécessaire, une seconde dose semblable de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 10 centigr.
Eau distillée.....	10 grammes.

Quant à la diathèse générale, on la combat à l'aide de l'iodure de potassium, de la belladone et de l'arsenic donnés alternativement. — N. G.

COURRIER

Dans sa dernière séance, le conseil de la Faculté de médecine de Paris a décidé de modifier le système d'examen actuellement en vigueur. Les élèves, distribués par séries de dix, subiraient isolément leur examen devant chacun des juges. Ceux-ci marqueraient les notes par des boules blanche, rouge ou noire. La note finale serait donnée d'après la moyenne des boules obtenues. Cette décision est soumise à l'approbation ministérielle.

— M. le docteur Chénieux, médecin adjoint au lycée de Limoges, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Thouvenet, démissionnaire.

M. le docteur Raymond, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, est nommé médecin adjoint au lycée de Limoges, en remplacement de M. Chénieux, promu titulaire.

©BIU Santé

Tuberculose et influenza. — La récente épidémie de grippe paraît avoir été suivie de l'éclosion et de l'aggravation d'un grand nombre de cas de tuberculose.

Le Comité de l'œuvre de la tuberculose, estimant qu'il serait utile à la science d'être renseigné aussi exactement que possible sur ce point important, prie tous les médecins de vouloir bien lui faire parvenir les résultats de leur pratique sur les questions suivantes :

1° Avez-vous observé des cas de ce genre ?

2° Combien ?

3° Dans quelles conditions sont survenus ces cas (âge, sexe, rapidité, terminaison, etc.)?

4° Si c'est possible, rapporter en détail les cas les plus démonstratifs.

Les documents fournis à cet égard seront utilisés et publiés par les soins du Comité dans les *Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose.*

Prière de vouloir bien les envoyer, avant le 1er mars 1891, à M. le docteur L.-H. Petit, secrétaire général de l'œuvre, chargé de la publication, 11, rue Monge, à Paris.

— La Société d'hygiène de l'enfance de Paris met au concours l'étude des questions suivantes :

1° Nourriture complémentaire de l'enfant pendant l'allaitement; préparation au sevrage.

2° Hygiène et salubrité de l'école.

3° Hygiène des enfants employés dans les ateliers de fleurs et de plumes.

Les concurrents sont invités à envoyer leurs manuscrits, avant le 1er mai 1891 : soit à M. le docteur Chassaing, député de Paris, président, 207, rue Saint-Antoine;

Soit à M. le docteur Toussaint, inspecteur des enfants en nourrice, secrétaire général, 7, rue d'Enghien, à Argenteuil (Seine-et-Oise), chez lesquels ils pourront obtenir tous les renseignements relatifs au présent concours.

Les manuscrits sous pli cacheté devront porter une épigramme reproduite dans une enveloppe également cachetée, renfermant l'adresse de l'auteur.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 9 mars 1891, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — 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.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsie. — Anorexie. — Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales, par le professeur Simon Duplay. 1 vol. in-18 de 168 pages, avec 36 figures dans le texte. — Prix : 2 francs.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Asselin et Houzeau, éditeurs, 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 :

LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. POTAIN : La chlorose. — II. La méthode de Koch dans les hôpitaux de Paris. — III. REVUE DES CLINIQUES. — IV. BIBLIOTHÈQUE : L'affaire Gouffé. — Essai sur la prophylaxie de la tuberculose et la substitution de la chèvre à la génisse comme sujet vaccinifère. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur POTAIN.

De la chlorose.

Messieurs,

Il y a en ce moment, couchée au n° 2 de la salle Piorry, une jeune femme atteinte de chlorose; le diagnostic de la maladie se pose très facilement, les signes en étant absolument caractéristiques. Cependant, et je vous l'ai déjà dit, il faut se méfier des diagnostics à distance; ils sont souvent dangereux, en ce sens que, quand on croit avoir reconnu une maladie, on ne cherche pas plus loin, et que l'on ne découvre pas des lésions qui sont très importantes pour le pronostic et le traitement.

Il y a déjà bien des années, j'ai eu à traiter avec M. Malassez une jeune fille qui avait tous les attributs de la chlorose; elle resta fort longtemps dans le service sans que l'on pût découvrir rien de particulier; mais il fallait considérer sa chlorose comme suspecte, par cela même qu'elle résistait au traitement. Au bout d'une dizaine d'années, elle fut atteinte d'une tuberculose pulmonaire très rapide qui l'emporta en quelques mois.

Une autre jeune fille, que je vis vers la même époque, paraissait aussi être atteinte de chlorose pure; cependant, lorsqu'elle fut venue quelque temps après à l'hôpital Necker, je constatai l'existence d'un rétrécissement mitral pur dont dépendait l'apparence chlorotique; la malade succomba aux fatigues d'une grossesse et d'un accouchement.

La chlorose peut encore masquer des maladies d'un pronostic immédiat plus grave. J'ai eu dernièrement à donner mes soins à une jeune fille qu'on traitait comme chlorotique dans son pays, que l'on suralimentait et à qui l'on faisait faire un exercice exagéré qui l'épuisait complètement. La fréquence du pouls était si excessive que, dès mon premier examen, je mis le thermomètre dans l'aisselle : il marqua 41 degrés, température que l'on n'a jamais observée dans la chlorose simple. Bien que j'aie constaté l'existence de souffles vasculaires, de l'oppression, des battements de cœur que l'on rencontre ordinairement dans la chlorose; bien qu'il n'y eût du côté de la poitrine qu'un léger degré d'emphysème, je fis les plus grandes réserves sur le pronostic, car je penchais vers l'existence d'une granulie aiguë. L'événement me donna raison, et la jeune fille succomba en quelques semaines à cette maladie.

Tous ces faits, Messieurs, vous montrent qu'il ne faut pas conclure trop rapidement lorsque nous constatons des signes évidents de chlorose et que

©BIU Santé

nous devons étudier les malades avec le plus grand soin avant d'admettre que leur état anémique n'est pas la conséquence d'une maladie quelconque. Comme, d'autre part, certaines complications, telles que l'hystérie par exemple, se cachent quelquefois derrière la chlorose, nous devons parfaitement connaître les principaux signes de la maladie et ne poser notre diagnostic, je le répète encore, qu'après un examen complet.

L'aspect extérieur des chlorotiques est très frappant. Elles ont la peau du visage pâle, décolorée, blafarde ; souvent la teinte est jaune verdâtre, rappelant celle de la cire vieillie. Sur ce fond blafard et blême se plaque quelquefois une rougeur très vive des joues ou des pommettes. Si, dans ces cas, on examine les parties de la peau avoisinant le nez, on retrouve la pâleur caractéristique. Chez certaines malades, le visage est un peu bouffi, un peu infiltré.

Les chlorotiques ont l'air triste et leur œil est languissant. Presque toutes répugnent au mouvement et, bien qu'elles soient capables d'un grand effort très court, il leur est impossible de faire un travail physique durant quelque temps.

L'activité intellectuelle est amoindrie, de même que l'activité physique, et l'intelligence devient paresseuse. Un grand nombre de jeunes filles qui travaillaient facilement ne peuvent plus continuer leurs études d'une façon régulière, dès qu'elles sont devenues malades. Elles ont des douleurs de tête, des névralgies diverses, faciale, intercostale ou cervico-brachiale, que Woillez a parfaitement décrites. Beaucoup se plaignent de douleurs musculaires disséminées; chez quelques-unes, il y a des analgésies comparables à celles que l'on observe dans l'hystérie et, à ce propos, il faut vous garder de conclure à l'existence de cette grande névrose, lorsque vous constatez une analgésie chez une chlorotique. Enfin, elles ont des vertiges et des étourdissements qui surviennent extrêmement facilement. Pour beaucoup, soutenir une petite conversation, rester à table, est un travail trop fatigant.

L'anhélation est un des symptômes les plus pénibles dont souffrent les chlorotiques. Elle se produit parfois au moindre mouvement et s'accompagne très souvent de palpitations, de battements de cœur. Les palpitations revêtent deux formes : tantôt le choc cardiaque contre la paroi thoracique est douloureux sans qu'il y ait de modification dans les battements; tantôt il y a exagération de ces battements, qui sont extrêmement accélérés. La tachycardie est très fréquente.

Les palpitations des chlorotiques ont une grande importance en séméiologie, parce que, surtout autrefois, on croyait qu'il y avait chez elles une vraie maladie du cœur. La violence de l'impulsion cardiaque faisait croire à l'existence d'une hypertrophie, que l'on combattait par les vésicatoires, les cautères et les saignées, traitement qui, naturellement, entraînait l'aggravation de la chlorose. Comme cette aggravation était précédée d'une amélioration momentanée, les saignées étaient renouvelées, et cela d'autant plus fréquemment que, pendant tout le temps où la doctrine de Broussais fut en honneur, on regardait les phénomènes dyspeptiques, si fréquents chez les chlorotiques, comme dépendant d'une gastrite. La pratique des saignées se généralisa tellement que, à un certain moment, la chlorose devint pour ainsi dire endémique en Europe. Actuellement, elle est beaucoup plus rare.

Les phénomènes dyspeptiques sont extrêmement communs chez les chlo-

©BIU Santé

rotiques, et, naturellement, ils contribuent à l'aggravation de la maladie. Un grand nombre de malades ont du dégoût pour les aliments, de la flatulence, de la dilatation gastrique ; d'autres ont du pica, ou même de la boulimie. Les gastralgies intenses sont communes et il y a quelquefois des vomissements très fréquents qui ont la plus fâcheuse influence sur la marche de la maladie. De toutes les conséquences de la dyspepsie des chlorotiques, la plus constante est la constipation qu'on attribue communément et à tort au fer.

Les urines sont pâles, décolorées et d'autant plus abondantes que les malades boivent souvent beaucoup. Les règles deviennent irrégulières et diminuent dans un grand nombre de cas ; en même temps, on note la décoloration du sang. Chez d'autres jeunes filles, on observe des ménorrhagies, et c'est là une chose très fâcheuse, car chaque époque fait perdre ce que l'on avait gagné dans l'intervalle.

Il est certain que, tantôt c'est la dyspepsie qui domine, tantôt les phénomènes cardiaques, mais il s'agit dans tous les cas de la même affection, et il n'y a pas lieu, à mon avis, de décrire séparément ces diverses formes.

Ainsi que je vous l'ai déjà dit, certaines chlorotiques ont une apparence très spéciale, par suite des couleurs qui éclatent sur leurs joues. Ces malades ont l'œil vif, la face rubiconde, des mouvements désordonnés, des palpitations intenses. Bouillaud reconnut chez elles l'existence des souffles vasculaires et les rangea parmi les chlorotiques.

Dans la chlorose, l'apyrexie est la règle. Il y a cependant, très exceptionnellement, de la fièvre qui survient en dehors de toute complication. J'ai eu à soigner une jeune fille russe qui, outre de l'affaiblissement extrême, de la dyspepsie, de la pâleur, des souffles vasculaires, etc., avait 39°5 dans l'aisselle ; bien que l'auscultation fût absolument négative, il me sembla prudent de réserver le pronostic ; cependant, la malade guérit au bout de quelque temps sous l'influence du traitement habituel de la chlorose. M. Mollière (de Lyon) et d'autres ont décrit les chloroses fébriles ; la température peut monter jusque 39°8, mais le plus généralement oscille entre 37°8 et 38°8. On a vu cette élévation thermique se prolonger pendant quatre mois et demi. M. Hayem n'a vu que deux cas de chlorose fébrile, et il attribue le plus généralement la fièvre à une complication ou à de la fatigue. Il me paraît cependant évident que les chlorotiques peuvent avoir, pendant assez longtemps, une élévation de leur température centrale sans raison apparente ; peut-être la fièvre est-elle sous la dépendance indirecte de la constipation qui favorise la résorption des alcaloïdes de la putréfaction intestinale.

Le pouls des chlorotiques est très fréquent ; il est mou, dépressible, quoique présentant parfois une grande amplitude ; le dicrotisme est très accusé.

Je vous ai déjà dit que le cœur présentait souvent des battements très fréquents. Sachez bien qu'à l'auscultation la règle est l'absence de bruits anormaux. Cependant un certain nombre de malades ont des souffles dont la nature a été très discutée, qui ont prêté à de nombreuses confusions et qui, du reste, ne sont pas particuliers à la chlorose, bien qu'on les appelle souffles anémiques. Ma conviction est qu'il s'agit là de souffles extra-cardiaques. Habituellement, on décrit le souffle chlorotique comme s'entendant à la base, au premier temps, comme étant doux et se propageant dans les vaisseaux du cou. Malheureusement, cette description est presque toujours fausse et ce n'est que très rarement que l'on rencontre dans la chlorose un souffle ayant ces caractères. En effet, tantôt le souffle a son maxi-

©BIU Santé

mum dans la région moyenne, au troisième espace intercostal gauche, un peu en dedans du mamelon ; tantôt il siège un peu au-dessus de la pointe; tantôt enfin, comme Constantin Paul l'a montré, on le rencontre au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire. Personnellement, je vous le répète, je crois que le bruit n'a pas son origine dans les vaisseaux, mais résulte de l'action du cœur sur les poumons. Le siège du souffle est variable parce que le point où le cœur comprime le poumon est variable aussi. Fréquemment, on le rencontre dans le troisième espace, parce que c'est là où la compression s'exerce le plus souvent. Le souffle est doux, superficiel, médio-systolique; quand on ausculte, on entend d'abord le premier temps, puis un petit silence, ensuite le souffle, de nouveau un silence et enfin le deuxième bruit. Un souffle intra-cardiaque, au contraire, commence toujours à un moment de la révolution cardiaque où le sang passe d'une cavité dans une autre. Ces souffles sont peu utiles pour le diagnostic parce qu'ils peuvent exister parfaitement en dehors de la chlorose.

Les souffles veineux appartiennent bien davantage à la maladie. Lorsqu'on incline la tête des malades de côté, on sent facilement un frémissement en mettant le doigt au-dessus de la clavicule.

Le meilleur moyen de constater le frémissement veineux consiste à placer, sur le trajet de la jugulaire interne ou de la jugulaire externe, deux doigts, l'un supérieur, qui comprime légèrement le vaisseau, l'autre inférieur, simplement en contact avec la peau. Le doigt supérieur rétrécit le vaisseau, et il se produit ainsi une veine fluide qui vibre sous le doigt placé plus bas. D'autres conseillent d'appliquer le pouce sur le trajet de la veine en l'inclinant, pour que son bord supérieur comprime davantage. La disposition anatomique de la jugulaire interne favorise la production d'un souffle parce qu'à sa partie inférieure elle se dilate facilement et que, plus bas, au niveau de la valvule terminale, le vaisseau est épaissi et plus rétréci. Mais comme le bulbe est plus ou moins élevé, suivant les individus, il vaut mieux produire le souffle artificiellement afin d'être sûr de constater son existence.

Le stéthoscope placé sur le trajet du vaisseau permet d'entendre un souffle doux, qui parfois cependant devient assez aigu, sibilant même, et a reçu de Laënnec le nom de *bruit de diable*. L'intensité du bruit n'est pas proportionnelle au degré de la maladie et, en général, un souffle sibilant est plus en rapport avec la chlorose qu'un souffle ronflant. Il faut, en effet, bien savoir que les souffles vasculaires n'indiquent pas forcément l'existence de la chlorose.

Lorsque, expérimentalement, on fait passer dans un tube du sérum sans globules, les vibrations se produisent facilement; quand on charge ce sérum de globules, ces vibrations diminuent et, enfin, elles s'effacent quand la proportion des hématies est suffisante. Le souffle dépend à la fois de la quantité des globules contenus dans le sang, de la rapidité du cours de ce sang et, enfin, de l'existence d'un rétrécissement sur son parcours, chaque facteur pouvant varier individuellement. Le timbre du souffle est en rapport avec le nombre des globules contenus dans le sang et il devient plus élevé quand le liquide est moins abondant en globules. La vitesse du courant sanguin a évidemment de l'importance dans la production du souffle ; mais cet accroissement de vitesse peut s'observer dans des circonstances variées, au début de la fièvre typhoïde, par exemple; dans ce cas, le timbre du bruit est grave, parce qu'il n'y a pas de déglobulisation.

©BIU Santé

Souvent, dans la chlorose, les veines présentent des battements accentués que j'ai décrits il y a déjà longtemps. Il se produit d'abord un soulèvement progressif qui dépend de l'accumulation du sang dans la veine, puis un soulèvement brusque dû à la systole auriculaire; enfin, un léger ressaut dépendant de la systole ventriculaire; ensuite se produit un premier affaissement causé par la diastole auriculaire et un deuxième affaissement causé par la diastole ventriculaire. Tous ces phénomènes s'observent bien plus facilement chez les chlorotiques que chez les gens sains, parce que le sang circule beaucoup plus vite chez elles à travers les capillaires, l'abaissement du nombre des globules diminuant les résistances périphériques.

(*A suivre.*)

La méthode de Koch dans les hôpitaux de Paris.

La méthode de Koch est actuellement expérimentée d'une façon régulière dans un certain nombre d'hôpitaux de Paris.

Notre confrère, M. L.-H. Petit, a déjà résumé une partie des conférentes faites à Laënnec par M. le professeur Cornil. Aussi n'insisterons-nous que sur la dernière de ces leçons dans laquelle sont étudiées *la réaction de température et les variations de l'oxyhémoglobine après les injections.*

Au moment des premières injections, il s'était, comme on l'a vu, produit chez certains malades de l'albuminurie avec ou sans hématurie. Ces accidents ont été passagers. D'autre part, ils ont manqué chez une femme qui souffrait d'une pyélo-néphrite calculeuse datant déjà de longtemps. Aussi M. Cornil pense-t-il qu'il ne faudrait pas trop redouter l'emploi de la méthode de Koch dans des cas où le rein serait malade.

Vingt-cinq malades ont pu être suivis régulièrement pendant dix-huit jours et on leur a pris, toutes les deux heures le jour et toutes les trois heures la nuit, la température centrale. Lorsqu'on étudie les variations de cette température dans un cas de lupus sans complication pyrétogène, on remarque que la chaleur fébrile s'accroît très vite; après six à douze heures, le thermomètre monte à 39°5. Très rapidement alors la température descend et atteint quelquefois la normale en trois ou quatre heures. Elle remonte ensuite pour redescendre une deuxième fois et souvent, après la défervescence, il y a des irrégularités thermiques pendant quelques jours. Dans d'autres cas, la marche présente trois ascensions, une par jour; enfin chez certains malades la température ne s'élève qu'une fois et plus tardivement, de six à huit heures après l'injection; la descente est également rapide, mais moins régulière.

Il y a des malades qui réagissent d'une façon absolument anormale. M. Cornil a cité l'observation d'une petite fille qui eut de l'hypothermie après l'injection, tout en ayant une réaction locale très vive du côté de son lupus.

La température centrale ne monta qu'à partir du second jour et, jusqu'au quatrième, il y eut trois ascensions, dont la dernière fut la plus forte.

M. Cornil conclut de ce fait qu'il ne faut pas répéter rapidement les injections, même quand on n'observe pas d'abord de réaction.

Les recherches sur les variations de l'oxyhémoglobine ont été faites par M. Hénocque. Il en résulte qu'il y a habituellement une diminution de cette substance; quelquefois on constate son augmentation, quelquefois aussi il n'y a que peu ou pas de vaccinations. La diminution se produit de un à trois jours après les injections et augmente quand on répète ces dernières.

Dans la conférence qu'il a faite dimanche dernier, M. Cornil a donné les résultats de l'examen histologique des tuberculoses cutanées et du lupus traités par la méthode de Koch. La réaction entraînerait la migration, à la surface de la peau, d'un grand nombre de globules blancs contenus dans un plasma abondant. Il se forme alors des croûtes qui renferment une grande quantité de bacilles.

En résumé, M. Cornil se montre partisan du traitement de Koch dans le lupus, tout

©BIU Santé

en le regardant comme contre-indiqué si les malades ont des manifestations tuberculeuses très marquées.

Dans les cas de tuberculose laryngée localisée, le traitement peut être utile, mais il faut surveiller le larynx de très près et intervenir chirurgicalement dès que l'indication se pose.

Les tuberculoses des os et des articulations sont tantôt améliorées, tantôt aggravées.

C'est dans le traitement de la tuberculose pulmonaire que l'on a obtenu le moins de résultats. La méthode est contre-indiquée dans la phthisie granuleuse aiguë, dans la phthisie aiguë pneumonique, dans les tuberculoses anciennes fébriles et avec cavernes, dans les tuberculoses limitées et éteintes ; les injections provoqueraient facilement les hémoptysies, provoqueraient aussi les épanchements dans les tuberculoses pleurales. Ce ne serait que dans les tuberculoses peu ou pas fébriles, à marche lente, sans réaction locale accentuée, que l'on pourrait espérer quelque chose de la méthode de Koch.

Autant dire que le traitement de la tuberculose pulmonaire est encore à trouver.

REVUE DES CLINIQUES

Sur le cancer du sein. Variétés et origines, par M. le professeur DURET (1). — Messieurs, nous allons opérer, ce matin, une malade atteinte d'un cancer au sein, d'un caractère spécial.

La variété soumise à notre examen est le *cancer central, pénétrant du sein.*

Le mamelon est rétracté dans une fossette, d'où rayonnent un certain nombre de tractus saillants.

En le palpant, on trouve qu'il repose sur une base indurée et on y constate la réunion ou soudure de tous les canaux galactophores dans une gangue commune. Sur une coupe verticale, on y verrait une masse blanc grisâtre ayant la forme d'une pyramide à base thoracique et à sommet situé dans le mamelon. C'est ce qui a fait donner à cette affection le nom cité plus haut.

Pour terminer l'histoire de notre malade, disons que le mamelon n'est pas ulcéré, qu'il existe des adhérences profondes et quelques ganglions dans l'aisselle.

Je veux maintenant vous faire l'historique du cancer du sein. Il faut remonter à Velpeau. Les dénominations, données par cet auteur, persistent dans une certaine mesure, parce qu'elles ont un sens clinique et que ce caractère a le pas sur les recherches microscopiques.

Velpeau et les auteurs de l'époque comprenaient : 1° les cancers durs ou squirrhes; 2° les cancers encéphaloïdes ou mous.

I. — Dans le cancer dur, on avait le squirrhe ligneux, essentiellement composé de tractus fibreux sans beaucoup de suc cancéreux; en second lieu, le squirrhe lardacé, présentant une proportion à peu près égale de tissu fibreux et de tissu cancéreux.

Cliniquement, le cancer ligneux comprenait : *a*) le squirrhe globuleux on en masse, dans lequel le sein durci est comparable à un hémisphère d'ivoire; *b*) le squirrhe atrophique présentant un noyau dur, entouré de tractus fibreux, déprimant la glande mammaire.

Ces deux variétés s'observent chez les femmes âgées et ont une évolution lente, d'où la règle des anciens chirurgiens de ne pas toucher à la tumeur. Elle a aujourd'hui, en raison des progrès de l'antisepsie, perdu de son caractère absolu.

c) Comme dernière variété, il y a aussi des squirrhes en cuirasse, débutant par la glande mammaire, envahissant rapidement tout le sein, puis la peau et la région prœsternale recouvrant l'autre sein et même la paroi abdominale.

On constate, çà et là, à la surface, la présence de petits noyaux néoplasiques, qui occupent la peau, suivant le trajet des lymphatiques (véritables graines du cancer). J'ai

(1) *Journal des sciences médicales de Lille*, 1890, 49.

©BIU Santé

connu une jeune fille de 28 ans, qu'on avait dissuadée d'une opération, dont le thorax tout entier était revêtu d'une cuirasse de ce genre, où il était resserré comme dans un étau. Elle succomba après d'atroces douleurs.

II. — L'encéphaloïde est un cancer mou. Il se présente sous forme d'une masse molle, volumineuse, en tête de brioche, surajoutée au sein, à marche rapide, envahissant la peau, la déprimant en différents points par des adhérences, et lui donnant cet aspect particulier qu'on a désigné sous le nom de peau d'orange. Peu à peu le tégument pâlit, s'arborise, puis s'ulcère, mais les bords de l'ulcération sont comme usés et végétants.

La tumeur peut progresser vers les parties profondes, gagner les espaces intercostaux, les côtes, la plèvre, et donner lieu à une pleurésie cancéreuse ; par la voie des lymphatiques, elle infecte les ganglions dans l'aisselle et dans les creux sus et sous-claviculaires.

En dernier lieu, il se fait une généralisation du néoplasme. La colonne vertébrale est souvent envahie ; on voit survenir parfois une paraplégie, avec douleurs atroces sur le trajet des intercostaux et des sciatiques (paraplégie douloureuse des cancéreux).

Dans ces circonstances, les corps vertébraux s'effondrent et écrasent les nerfs rachidiens, ou les gaines lamelleuses de ceux-ci sont pénétrées et les tubes nerveux comprimés par la substance néoplasique.

Telle est la synthèse des notions que l'on possédait naguère sur l'importante question du cancer du sein : c'est ce qu'on pourrait appeler la phase ancienne.

Avec Malassez, professeur au Collège de France, et Deffaux (thèse de Paris), survint la seconde phase : phase de l'épithéliome ou tumeur épithéliale, et du carcinome ou tumeur constituée par les alvéoles renfermant des cellules multiformes, atypiques.

Le carcinome n'est qu'une transformation de l'épithéliome. Pour distinguer ces deux variétés, Malassez s'appuie sur les faits suivants : dans les petits épithéliomes, entre autres l'épithéliome alvéolaire ou canaliculaire de Waldeyer, on trouve d'abord un petit nodule ou cylindre correspondant à un canal galactophore, à surface extérieure encore libre et mobile.

Au microscope, on constate alors que les acini sont devenus plus gros et que leurs cellules, plus volumineuses, laissent à peine une petite lumière : ce sont des cellules épithéliales typiques qui les comblent.

Bientôt ces cellules perdent leurs caractères, deviennent cubiques, polygonales, distendent et déforment les acini et les canalicules galactophores ; elles déchirent et traversent leur membrane anhiste, et se répandent dans les lacunes lymphatiques et dans les espaces conjonctifs voisins. Là, elles deviennent atypiques, multiformes, et dilatent ces espaces en tous sens, de manière à constituer en définitive des alvéoles cancéreuses. Ainsi l'épithéliome ne serait que le premier degré du carcinome. Le cancer du sein serait constitué par deux variétés histologiques : l'épithéliome typique et l'épithéliome atypique ou carcinome proprement dit.

Bien que les investigations des micrographes nous montrent justement l'identité de la nature des cancers du sein, nous croyons utile de conserver, au moins provisoirement, certaines divisions ou distinctions cliniques.

Au point de vue de la pratique chirurgicale, nous admettons comme nécessaires trois formes principales ou variétés de cancers du sein : 1° le cancer lobulaire ou lobaire ; 2° le cancer central ou des gros canaux galactophores ; 3° le cancer total.

Dans ces trois cas, la disposition topographique de la tumeur est différente. Dans le cancer lobulaire, un des lobules du sein est seul envahi par la néoplasie : petite tumeur, dure, bosselée, ayant le volume d'une noisette ou d'une noix, relativement mobile, située à la périphérie de la glande ou à une certaine distance du centre et simulant assez bien ce qu'on désignait autrefois sous le nom d'adénome, si ce n'est la dureté ; quelquefois elle se continue comme par un pédicule ou cordon plein qu'on peut suivre un peu et qui n'est autre que le canal galactophore correspondant, envahi par les cellules épithéliales (épithéliome canaliculaire de Waldeyer). Plusieurs lobules contigus envahis simultanément ou par propagation constituent le cancer lobaire. La tumeur est plus grosse, plus diffuse, plus difficilement isolable par le palper, à sa périphérie ; car la gangue cancéreuse a soudé en une masse plusieurs lobules ; à la surface, la peau devient adhérente par de fins tractus cancéreux et présente, quand on essaye de la plisser, de petites

©BIU Santé

dépressions qui la font comparer à de la peau d'orange. A cette période, souvent il y a des adhérences profondes à l'aponévrose, au muscle pectoral, et envahissement de quelques ganglions du creux axillaire.

Le cancer central ou pénétrant est celui que présente notre malade. Il siège dans les gros canaux galactophores du centre de la glande qui convergent vers le mamelon.

Dans le cancer total, toute la glande est envahie et forme une masse néoplasique unique.

Sans m'étendre sur l'étiologie ancienne : âge, hérédité, traumatisme (je dirai que je ne rejette pas tout à fait cette dernière cause), j'arrive maintenant à une forme spéciale du cancer : le cancer d'origine parasitaire.

Dans cette variété de tumeur, on a cherché et trouvé des parasites. Les premières recherches en ce sens ont été faites en 1874, dans la maladie de Paget, caractérisée d'abord par de l'eczéma rebelle, puis par la rétraction du mamelon.

Deux auteurs américains, Tuin et Butlin, reprirent cette étude et établirent l'existence d'une dermatite papillaire maligne, donnant naissance à un cancer du sein par propagation des lésions aux canaux galactophores et aux acini.

D'autres auteurs ont prétendu que l'affection cutanée n'était qu'un symptôme du cancer du sein.

Tout récemment (1889), de nouvelles recherches ont été entreprises par Darier, chef du laboratoire de clinique à l'hôpital Saint-Louis, puis par Malassez, Wickham et Albarran.

Darier a démontré qu'il existait, dans la peau du sein cancéreux, un parasite dont la prolifération donnait naissance au cancer. C'est une coccidie, une psorospermie. On trouve une cellule volumineuse, dont le milieu est occupé par un noyau très considérable, renfermant des granulations. Tout autour se trouve une capsule très apparente. Balbiani confirma les idées de Darier sur la nature et l'espèce du parasite observé.

Il est démontré aujourd'hui qu'on trouve des coccidies dans les croûtes impétigineuses du mamelon.

Ces coccidies se développent en grand nombre dans le réseau de Malpighi, au voisinage des plaques d'eczéma. Sous l'influence de cet état parasitaire, les croûtes tombent et on observe des ulcérations. Ainsi est constituée une dermatite papillaire qui dure souvent plusieurs années. Plus tard, un ou deux canaux galactophores sont envahis, deviennent durs. On y retrouve les cellules épithéliales renfermant aussi des coccidies, ainsi que dans les lobules et les acini correspondants.

Celles-ci, ayant pénétré par les canaux, irritent les cellules et donnent naissance au cancer.

L'eczéma est curable et, quand on le guérit, on prévient le cancer. C'est à Wickham que revient l'honneur de la démonstration positive de cause à effet, entre l'eczéma psorospermique et l'épithélioma. Il a trouvé les psorospermies dans l'eczéma et dans les masses cancéreuses.

Il s'est fait des inoculations personnelles de ces parasites; il en a fait aussi aux animaux, mais sans succès. Mais il a pu isoler et cultiver, dans le sable humide, la psorospermie (1889-1890).

On a trouvé des psorospermies dans certaines autres tumeurs, surtout dans les tumeurs des mâchoires. Chez le cheval et chez l'homme, il existe une maladie : l'actinomycose, constituée par des tumeurs dues précisément à un parasite connu dans le cancer du sein, l'actinomycète.

Ces recherches positives expliquent la tendance des histologistes contemporains à regarder le cancer comme une maladie d'origine parasitaire.

On connaît certainement, aujourd'hui, deux variétés de parasites capables d'engendrer des tumeurs de nature cancéreuse : la psorospermie et l'actinomycète.

(A suivre.)

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

L'affaire Gouffé. — Acte d'accusation. — Rapport de MM. les docteurs Paul Bernard, Lacassagne, Brouardel, Mottet et Ballet. — Documents divers, par A. Lacassagne. — Lyon et Paris, G. Masson, 1891.

La brochure que vient de publier le docteur Lacassagne, sur l'affaire Gouffé, contient, avec l'acte d'accusation, tous les documents relatifs à cette cause criminelle désormais célèbre plutôt par les démonstrations apportées par la science que par les conditions de perpétration du crime lui-même. Il est, en effet, curieux de voir ce problème de l'identité d'un cadavre résolu avec une rigueur et une précision presque mathématiques. C'est ce qui ressort de la lecture des rapports du docteur Lacassagne. Vient ensuite le travail de MM. Brouardel, Mottet et Ballet, dans lequel la question de la suggestion criminelle est posée et l'examen de l'état mental de Gabrielle Bompard magistralement traité.

Ajoutons que la publication est accompagnée de nombreuses photogravures représentant les inculpés, les lésions du squelette de Gouffé et une longue lettre de Gabrielle Bompard, véritable régal pour les graphologues.

Essai sur la prophylaxie de la tuberculose et la substitution de la chèvre a la génisse comme sujet vaccinifère, par MM. G. Bertin et Jules Picq. — Nantes, Mellinet, 1890.

Les résultats obtenus par les auteurs sont antérieurs à ceux que M. Hervieux a communiqués à l'Académie.

Pour MM. Bertin et Picq, la chèvre, animal réfractaire à la tuberculose spontanée et même à la tuberculose inoculée par injection sous-cutanée, doit être substituée à la génisse, laquelle peut parfois être tuberculeuse, malgré son état apparent de santé. La chèvre pourrait même rendre réfractaires à la tuberculose, développée expérimentalement, certains animaux susceptibles de contracter facilement cette tuberculose par voie d'infection.

L'inoculation de la chèvre avec du vaccin de génisse ou du vaccin humain donne un produit qui évolue exactement de la même manière que le vaccin de génisse.

Il est évident que la généralisation de l'usage de la chèvre comme animal vaccinifère ferait disparaître une des causes possibles de la tuberculose, et l'on ne saurait trop féliciter les auteurs de leurs efforts en ce sens. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 décembre 1890. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des pyosalpingites. — Occlusion intestinale dans les tumeurs abdominales. — Désarticulation de l'épaule. — Traitement du bec-de-lièvre.

M. Pozzi revient sur le traitement des salpingites suppurées par la laparotomie. On a dit qu'il fallait s'abstenir d'opérer quand il y avait de la fièvre et des phénomènes généraux. Dans plusieurs cas l'opération a au contraire fait disparaître la fièvre. Du reste, dans la grande majorité des cas, cette fièvre est due non au pyosalpinx, mais à la métro-péritonite aiguë qui l'accompagne et se greffe sur les phénomènes antérieurs.

M. Pozzi a opéré des malades qui, sans fièvre, avaient les autres symptômes de la péritonite aiguë. Il a trouvé, en effet, du liquide et des fausses membranes. Ces dernières, en recouvrant les intestins qu'elles immobilisaient, avaient donné lieu à du pseudo-étranglement. La castration avec lavage et drainage du péritoine fut suivie de succès.

Dans un autre cas, la malade souffrait de symptômes péritonitiques qui étaient apparus à la suite d'une perforation de l'utérus faite dans un curettage. L'état général était

©BIU Santé

des plus graves; cependant la guérison a suivi la laparotomie et l'enlèvement de poches remplies de pus.

On peut conclure de ces observations qu'il est légitime d'intervenir même quand l'inflammation péritonéale s'est développée.

On a proposé depuis longtemps d'ouvrir les pyosalpinx par le cul-de-sac postérieur du vagin ou en faisant une laparotomie sous-péritonéale. La première de ces opérations est presque forcément incomplète : les récidives sont la règle et on est forcé, le plus souvent, de faire ultérieurement une laparotomie. M. Pozzi a actuellement, dans ses salles, une femme dont l'abcès, résultant de la suppuration de la trompe, a été ouvert il y a quelques années par le vagin; depuis ce temps elle est restée malade, souffre actuellement beaucoup et a probablement encore des abcès pelviens. D'autre part, la laparotomie sous-péritonéale ne doit être faite que très exceptionnellement, dans des cas très graves; car elle expose à laisser des résidus inflammatoires et même des collections purulentes.

— M. Routier lit un rapport sur une observation de M. Ricard relative à un *kyste dermoïde de la région ovarienne droite*. Lorsque M. Ricard vit la malade, elle présentait depuis cinq jours des phénomènes d'étranglement : arrêt complet des gaz et des matières, vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre. L'examen ne permit pas de poser de diagnostic ferme, et on fit la laparotomie. On tomba alors sur une tumeur blanchâtre, d'aspect nacré, qui comprimait l'intestin et était reliée à l'utérus par un pédicule. La tumeur fut enlevée avec difficulté et, après avoir présenté des phénomènes graves, la malade guérie.

L'incision de la masse montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde renfermant de la matière sébacée sans poils; l'ovaire était intact et compris dans des adhérences.

M. Ricard ne peut expliquer les phénomènes d'étranglement; car il n'y avait ni péritonite, ni torsion du pédicule. Peut-être l'intestin était-il enserré dans une poche formée par des adhérences et ouverte au moment de la laparotomie.

Cette observation prouve que la laparotomie est indiquée dans les cas douteux.

M. Berger insiste sur ce point que le diagnostic des causes de l'étranglement dans les tumeurs abdominales est souvent très difficile; il est parfois impossible à poser, même quand on a fait la laparotomie.

Dernièrement, on apportait dans son service une femme présentant une hernie ombilicale et ayant les symptômes habituels de l'étranglement. Cependant il remarqua que la hernie était peu tendue et peu douloureuse. Après avoir ouvert le ventre, M. Berger trouva que l'intestin était tordu sur lui-même et qu'il y avait des brides péritonéales. La torsion une fois défaite, des gaz passèrent immédiatement dans le bout inférieur et il fut impossible de découvrir la bride apparente au commencement de l'opération. La malade succomba en vingt-quatre heures à un collapsus et à des phénomènes pulmonaires. A l'autopsie on trouva qu'il y avait un fibrome utérin volumineux d'où partaient deux brides fibreuses allant rejoindre le mésentère.

Un certain nombre d'observations du même genre ont déjà été recueillies. Celle que vient de rapporter M. Berger prouve que, même quand le ventre est ouvert, un obstacle qui entraîne un étranglement n'est pas toujours facile à découvrir.

Pour M. Bouilly, quand des phénomènes d'étranglement apparaissent chez un malade porteur d'une tumeur intra-abdominale, il y a de la péritonite dans la majorité des cas. Il est fort rare que ce soit la compression exercée par la tumeur qui cause les accidents, car les intestins s'habituent très facilement au développement de la production morbide. Cette péritonite est très fréquente dans les fibromes utérins.

M. Routier a fait plusieurs fois la laparotomie chez des sujets ayant des symptômes d'étranglement. Il lui a été deux fois impossible de trouver la cause des phénomènes. Dans un autre cas, une malade ayant une hernie ombilicale paraissant étranglée, mais peu tendue, il ouvrit le ventre. La hernie renfermait de l'intestin et de l'épiploon, mais ces organes étaient sains. La mort survint le lendemain et l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer inopérable du gros intestin.

— M. Segond fait un rapport sur une communication de M. Félizet, relative à un nou-

©BIU Santé

veau procédé de *désarticulation de l'épaule*. On fait la désarticulation après avoir taillé un lambeau externe contournant la base de l'épaule au niveau des insertions inférieures du deltoïde ; il s'agit d'une raquette à queue se prolongeant sous l'aisselle dans la direction de l'artère axillaire. Ce procédé a été quatre fois, avec succès, employé par l'auteur.

Un moule en plâtre, que présente M. Segond, montre que la cicatrice est cachée contre la paroi thoracique et que les parties molles protègent bien le moignon.

L'opération s'exécute en différents temps. Dans le premier temps, on fait l'incision et la ligature de l'axillaire ; le vaisseau est isolé au-dessous de l'origine des circonflexes et sectionné entre deux ligatures ; on trace ensuite la raquette.

Dans le deuxième temps, on accroche le lambeau musculo-cutané et on le dirige de bas en haut en rasant le squelette de manière à découvrir l'articulation.

Le dernier temps comprend la désarticulation qui est faite par le procédé claissque en ayant soin de couper bas la capsule articulaire.

On place un drain à la partie inférieure, à la queue de la raquette.

Le résultat opératoire est excellent, mais M. Segond ne regarde pas le procédé de M. Félizet comme supérieur à la raquette à manche externe de MM. Verneuil et Farabeuf. Ce dernier est même d'une exécution plus facile. Dans les deux, les appareils de prothèse se placent bien.

M. Félizet a employé son procédé dans deux cas de traumatisme et deux cas de tumeurs blanches.

M. Quénu pense que le procédé de M. Félizet sera très rarement applicable. Les désarticulations de l'épaule sont faites soit pour des tumeurs, soit pour des affections tuberculeuses. Dans le premier cas, le volume de la production morbide sera un obstacle ; dans le second cas, il sera difficile de découvrir suffisamment les surfaces articulaires.

— M. Brun fait un rapport sur une observation de M. Boursier (de Bordeaux) relative à l'emploi du *cathétérisme rétrograde*. Le malade, âgé de 53 ans, avait fait une chute suivie de fracture du bassin avec rupture de l'urèthre. Il se produisit, à la suite, de l'infiltration d'urine et des fistules. Quelques années plus tard, M. Piéchaud fit, sans succès, une tentative d'uréthrotomie externe ; il fut impossible de trouver le bout postérieur.

Dans ces conditions, M. Boursier se décida à faire la taille hypogastrique et le cathétérisme rétrograde ; il put rapprocher les deux bouts de l'urèthre qui se trouvaient dans un noyau de tissu fibreux et placer une sonde à demeure. Il rétrécit un peu la plaie abdominale et laissa la vessie ouverte sans la siphoner ni placer de tube. Il ne se produi pas de complications, mais la guérison fut longue. Aussi le rapporteur pense-t-il q dans un cas semblable, il conviendrait de pratiquer le siphonage.

— M. Routier montre un malade qu'il a traité d'un *bec-de-lièvre* compliqué. Il a fait la résection partielle du vomer, puis refoulé le lobule médian. L'opération a dû être faite en deux temps, l'urano-staphylorrhaphie étant réservée pour le second. L'os incisif est resté un peu mobile et la réunion a manqué dans un petit point, près de la luette.

— M. Berger pense que l'on pourrait améliorer le résultat opératoire en rétrécissant les narines ; cette petite opération accessoire est très utile quand les narines sont dilatées, ce qui existe dans la majorité des cas. On arrive facilement au résultat cherché en ouvrant, d'une part le bord postérieur de la narine, d'autre part la cloison, et en rapprochant les deux surfaces cruentées.

— M. Picqué présente un enfant de 15 jours qu'il a opéré d'un *spina bifida* en extirpant la poche, et un malade qui a subi la *résection totale de l'astragale*.

FORMULAIRE

Inhalations contre la laryngite.

Chlorhydrate de cocaïne..... 0 gr. 15 centigr.

©BIU Santé

Chlorate de potasse	5 grammes.
Hydrolat de laurier-cerise	10 —
Eau distillée	250 —

F. s. a. une solution pour inhalations contre la laryngite. — N. G.

COURRIER

Dans sa dernière séance, la Société médicale des hôpitaux a décidé que MM. Besnier et Vidal auraient dorénavant un assistant nommé au concours. Un médecin du Bureau central aura droit de choisir cette place d'assistant.

— La Société des hôpitaux a également voté en faveur de la proposition faite par un de ses membres de créer un service de dermatologie dans les deux hôpitaux de Lourcine et du Midi.

Mutations des chirurgiens des hôpitaux. — Par suite du décès de M. le professeur Trélat et de la création d'un nouveau service de chirurgie à l'hôpital Cochin, les changements suivants vont avoir lieu dans les services chirurgicaux de Paris.

M. Théophile Anger passe de l'hôpital Cochin à l'hôpital Beaujon. M. Schwartz passe de la Maison municipale de santé à l'hôpital Cochin. M. Quénu passe de l'hospice de Bicêtre à l'hôpital Cochin. M. Nélaton passe de l'hospice d'Ivry à la Maison municipale de santé. MM. Pengrueber et Campenon quittent le Bureau central pour aller, le premier à l'hospice d'Ivry, le second à l'hospice de Bicêtre.

Mutations des médecins des hôpitaux. — Par suite du décès de M. Siredey et des vacances créées par MM. Laboulbène, Mesnet, Vidal et Féréol, arrivés au terme de leurs fonctions hospitalières, les mutations suivantes auront lieu le 1er janvier 1891 entre les médecins des hôpitaux de Paris.

M. Brouardel passe de la Pitié à la Charité. M. Cornil passe de Laennec à la Charité. M. Lancereaux passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu. M. Landrieux passe de Saint-Antoine à Lariboisière. M. Landouzy passe de Tenon à Laennec. M. du Castel passe du Midi à Saint-Louis. M. A. Robin passe de l'hospice des Ménages à la Pitié. M. Balzer passe de Lourcine au Midi. M. Muselier passe de Tenon à la Pitié. Passent du Bureau central : MM. Talamon et Brault à Tenon, M. Ballet à Saint-Antoine, M. Renault à Lourcine, M. Brocq à Larochefoucault, M. Barrié aux Ménages, M. Comby à Sainte-Périne.

Concours de la médaille d'or de médecine — Le concours de la médaille de médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

M. Souques, médaille d'or; M. Mosny, médaille d'argent; M. Luzet, mention honorable.

La question orale avait été : « Séméiologie du cœur et de l'aorte dans la fièvre typhoïde. »

La question écrite était : « Glomérule du rein. — Diagnostic et pronostic des scléroses rénales. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E. Palle (d'Epernay); Quesnoy, ancien médecin-inspecteur des armées.

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

PHTHISIE, *Bronchites*, *Catarrhes*. — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. méd.*)

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie*, *chlorose*, *etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres*, *anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. L. Baumel (de Montpellier) : De la coqueluche chez l'enfant. — II. Bibliothèque : Manuel d'électrothérapie gynécologique. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Courrier. — V. Analyse du Lait d'Arcy.

De la coqueluche chez l'enfant,

Par le docteur L. Baumel (de Montpellier).

(Leçon recueillie par M. Arrivat, aide de clinique.)

Messieurs,

Je désire, aujourd'hui, attirer votre attention sur une maladie qui frappe fréquemment l'enfance et qui, soit par elle-même, soit par ses complications, mérite bien d'éveiller les préoccupations du médecin. Je veux parler de la coqueluche.

Cette affection est si fréquente dans le milieu où nous observons que l'on peut dire que presque tous les enfants, tôt ou tard, en sont atteints. Mais qu'est-ce que la coqueluche? On donne ce nom à une maladie particulière à l'enfance, *contagieuse*, qui présente à considérer deux faits cliniques principaux : d'une part, un *catarrhe bronchique;* d'autre part, un *élément nerveux* surajouté, qui parfois domine la scène.

Nous avons dit : particulière à l'enfance. Ce n'est pas, toutefois, que les adultes y soient absolument réfractaires, tant s'en faut ; mais elle est surtout fréquente dans le premier âge de la vie.

On peut décrire à la coqueluche deux et même trois périodes, suivant que l'on considère comme telle, ou non, le temps écoulé entre la pénétration de l'agent infectieux dans l'organisme et l'éclosion du mal.

Cette *incubation* a une durée moyenne d'un septénaire.

Donc trois stades dans la coqueluche :

1° L'*incubation* pendant laquelle l'enfant présente un peu de catarrhe ne paraissant pas notablement différer d'un simple rhume; il y a de la toux.

2° Dans un second stade apparaît la *toux caractéristique*.

3° La maladie finit comme elle a commencé, par un catarrhe pur et simple.

Au début, alors que, généralement, le malade paraît simplement enrhumé, il n'est pas rare de constater que la toux présente un caractère particulier. Elle est un peu spasmodique, et alors on est en droit de se demander si la coqueluche ne va pas éclater, surtout si, à ce caractère, se joint le fait, important, que la maladie sévit dans la localité où l'on observe.

On ne connaît pas exactement l'étymologie du mot coqueluche.

Suivant les uns, elle viendrait de ce que, autrefois, on couvrait la tête des

©BIU Santé

enfants qui en étaient atteints avec un capuchon qu'on appelait *coqueluchon*. D'autres prétendent qu'elle tire son origine de *coquelicot*, plante dont on administrait l'infusion à ces malades. Enfin, suivant une troisième opinion, le mot coqueluche dériverait de ce qu'à la fin des secousses expiratrices l'enfant fait une inspiration bruyante rappelant le *chant du coq*.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de caractéristique dans cette maladie, c'est la toux qui se manifeste sous forme de quintes. La quinte est spécialement composée d'une série d'expirations brèves, successives, tantôt régulièrement espacées, rythmées en un mot, tantôt irrégulières, plus fréquentes à un moment donné, non rythmées.

En même temps il se produit un spasme de la glotte, des contractions toniques des muscles expirateurs. A chaque série d'expirations fait suite une inspiration courte, silencieuse, pendant laquelle un peu d'air pénètre dans les voies respiratoires; puis une nouvelle série d'expirations, jusqu'à ce qu'il se produise une inspiration plus large, bruyante, pendant laquelle le petit malade aspire l'air très fortement, et c'est à ce moment que se fait entendre un bruit, intense parfois, qu'on a comparé au chant du coq.

Pendant cette quinte, qui secoue violemment le petit malade, quelques mucosités filantes sont rendues par la bouche; les sphincters peuvent être forcés (vomissements, émission involontaire d'urine, de matières fécales). Dans tous les cas, la face devient turgescente, d'un rouge violacé, comme si l'asphyxie était imminente.

Vous le voyez, par ce que je viens de vous dire, cliniquement, la coqueluche présente deux éléments, *catarrhal* et *spasmodique*. Ajoutons-y, au point de vue de sa nature, un élément *parasitaire;* bien que le microbe spécifique n'ait pas encore été découvert par tous ceux qui l'ont cherché, je pense que c'est de ce côté que doivent porter les investigations destinées à éclairer la pathogénie de cette affection si intéressante à bien des points de vue, comme vous allez le voir d'ailleurs.

Nous trouverons dans cette conception, quand nous parlerons du traitement, trois sources d'indications thérapeutiques : *anticatarrhale, antispasmodique, antiparasitaire.*

Le pronostic de cette affection est variable.

Si quelques enfants ont la coqueluche dans la rue, il n'en est pas de même dans tous les cas.

Parfois bénignes, les quintes peuvent être d'une gravité extrême et entraîner des accidents redoutables et même mortels.

La durée moyenne de la maladie est de six semaines environ. C'est ainsi, du moins, que cela se passe en général; mais il est loin d'en être toujours de même, et vous comprenez aisément que certaines causes adjuvantes, comme le sevrage, la dentition, etc., puissent amener soit une perturbation dans l'évolution normale de la maladie, soit des complications plus ou moins graves. C'est ce que vous avez observé chez notre fillette de la salle Sainte-Philomène, qui a présenté de nombreuses poussées de bronchopneumonie.

Bien des complications peuvent survenir au cours de la coqueluche.

Je n'insisterai pas sur la rupture des vésicules pulmonaires qui entraîne à sa suite un emphysème à peu près constant, emphysème qui, loin de se limiter au poumon, vient se montrer quelquefois jusque dans le tissu conjonctif du cou.

©BIU Santé

A part ces cas, heureusement fort rares, vous n'aurez généralement pas à vous préoccuper d'une semblable complication.

Il en est tout autrement de l'adénopathie bronchique, qui détermine une *toux spasmodique*, fatigante, persistant souvent un temps très long après la disparition de la coqueluche.

Vous pourrez encore voir survenir des vomissements alimentaires pendant une quinte de toux, et cela d'autant plus facilement que le malade viendra de manger. Vous pouvez prévoir combien la nutrition sera troublée si le fait se renouvelle souvent. Aussi profiterez-vous utilement de la fin d'une quinte pour alimenter vos malades.

Je viens de vous signaler les vomissements ; mais si l'estomac peut se vider à un moment donné de son contenu, on peut observer le même phénomène du côté du rectum et de la vessie.

Une complication assez fréquente est l'ulcération du frein de la langue.

Pour qu'il y ait ulcération, il faut de deux choses l'une : ou que l'enfant ait des incisives inférieures ou que le frein soit déchiré par l'ongle du doigt indicateur des personnes qui cherchent à enlever, pendant les quintes, les mucosités qui encombrent la bouche de l'enfant, comme le veut le docteur Bouffier (de Cette), ou même, comme je l'admets, que le tiraillement du frein par le simple passage du doigt indicateur d'un adulte sous la langue de l'enfant suffise pour produire cet accident.

C'est dans ces conditions que l'on voit se produire des érosions, de véritables plaies à la face inférieure de cet organe, et plus particulièrement au niveau du filet. A chaque secousse de la toux, la langue est projetée entre les arcades dentaires, le frein vient frotter sur les incisives inférieures, et, pour peu que ce phénomène se répète un peu trop souvent, l'ulcération se produit.

Vous serez le plus souvent amenés à constater cette lésion, comme je l'ai fait moi-même sur l'un de mes enfants, par la difficulté et les douleurs qu'éprouve celui-ci au moment des tétées, qu'il finit même par refuser complètement.

Au contraire, il prend bien le lait qu'on lui donne avec la cuillère, indication précieuse pour continuer ainsi l'alimentation du malade jusqu'à ce que tout soit rentré dans l'ordre.

D'autres ulcérations peuvent se produire sur les faces supérieure et inférieure de cet organe; ce sont de véritables morsures que se font les malades pendant une quinte.

Je dois aussi vous signaler en passant des hémorrhagies par le nez (épistaxis) et la bouche. Elles sont, en général, insignifiantes ; ce n'est que très rarement qu'elles peuvent prendre un caractère véritablement inquiétant.

J'ai hâte d'en arriver à une variété de complications bien autrement intéressante que celles que je vous ai signalées jusqu'à présent ; je veux parler des complications nerveuses. Un enfant a la coqueluche; il se produit une quinte de toux et à sa suite surviennent des convulsions, mortelles parfois. Ici, le problème devient complexe.

Y a-t-il un rapport direct de cause à effet entre la quinte et les convulsions? Quel est-il?

Des éléments multiples entrent certainement en jeu.

Considérons l'appareil respiratoire, qui est le plus directement intéressé.

©BIU Santé

Nous avons vu plus haut qu'il y a du spasme glottique au moment de la quinte. Ce spasme suffit à lui seul pour amener la dyspnée d'abord et, un peu plus tard, l'asphyxie. Mais nous pouvons y ajouter la contracture des muscles inspirateurs, du diaphragme lui-même, et nous avons là un élément suffisant pour nous expliquer la mort dans ces conditions. C'est une question de durée des phénomènes.

La respiration s'est arrêtée. Le cœur s'arrête-t-il? Les deux choses peuvent très bien se montrer en même temps. La syncope peut se produire par les deux mécanismes précédents réunis, ou bien relever seulement de l'un ou de l'autre.

Cela est d'autant plus possible que, il y a peu de temps, chez un de mes enfants, j'ai eu la douleur de voir survenir deux syncopes avant la quinte : l'une de trois quarts d'heure, l'autre, plus courte, d'un quart d'heure environ, et j'appelle votre attention sur ce fait que je n'ai vu signalé nulle part dans les auteurs.

On entendait, tout le temps de la maladie, au début surtout, un gargouillement trachéal dû au conflit de l'air avec des mucosités accumulées dans la trachée et les grosses bronches; puis, *tout à coup, la respiration s'arrêtait*, comme si l'enfant voulait retarder sa quinte; enfin, la syncope survenait. Et ce n'était que lorsque j'avais ranimé l'enfant, grâce surtout à la respiration artificielle, que la quinte se produisait (1).

Nous avons eu deux syncopes, comme je vous le disais tout à l'heure, séparées par un intervalle de trois jours pendant lesquels l'enfant est resté dans les convulsions.

Ici j'avoue que l'explication des accidents est plus difficile à donner.

Quand les accidents se montrent après une quinte, on peut, dans quelques cas, faire intervenir un certain degré de congestion ou d'hémorrhagie cérébrale; mais cette explication n'est plus applicable aux cas où les phénomènes nerveux éclatent tout à coup au moment où l'enfant est au repos, à l'occasion d'une quinte, pour disparaître aussitôt que celle-ci peut s'effectuer.

Si les convulsions sont en général susceptibles de recevoir la première de ces interprétations, il fallait ici, pour expliquer les syncopes précédant la quinte, faire jouer un certain rôle aux centres d'arrêt du cœur, d'arrêt de la respiration et peut-être convulsif général, influencés par un sang chargé d'acide carbonique ou même par les nerfs d'arrêt contenus dans les laryngés supérieur et inférieur.

Pour en finir avec ce sujet, je dois vous indiquer rapidement quelle fut ma conduite dans ce cas en présence du danger imminent.

L'enfant était dans la *résolution*, inanimée; il y avait de la tendance à l'hypothermie.

Je me mis résolument, mais sans grand espoir, je dois bien l'avouer, à pratiquer la respiration artificielle, l'insufflation de bouche à bouche, la flagellation recommandée par Trousseau. En un mot je me mis dans les conditions de l'accoucheur en présence d'un enfant né en état de mort apparente. Et je fis tout cela avec persévérance, décidé à continuer ainsi pendant une heure, une heure et demie s'il le fallait, avant d'abandonner la partie. Au bout de trois quarts d'heure, j'eus la satisfaction d'entendre un léger gargouillement trachéal. Peu à peu la respiration s'établit et la

(1) Baumel ; *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, décembre 1890.

BIU Santé

quinte se produisit, immédiatement suivie de convulsions avec strabisme double et convergent, raideur tétanique générale, qui durèrent trois jours et que je traitai très efficacement par le chloral à dose somnifère.

Je vous ai dit précédemment qu'une autre syncope se montra, dans les mêmes circonstances, trois jours plus tard; mais elle ne dura qu'un quart d'heure. Voilà donc des accidents très graves qui peuvent se produire au cours de la coqueluche et qui montrent que, là où tout semble perdu, il ne faut pas encore désespérer. Les enfants ne sont pas toujours morts, même quand la résolution est survenue, contrairement à l'opinion un peu absolue de Trousseau (1) à cet égard.

Les accidents nerveux se produisent avec d'autant plus de facilité que les malades y sont plus prédisposés ou mieux préparés par des états morbides antérieurs.

Le *sexe* semble jouer un certain rôle à cet égard. Les fillettes y seraient plus sujettes que les garçons. Il ne faut pas s'exagérer pourtant cette prédisposition qui est loin d'être reconnue par tout le monde.

La *dentition*, qui à elle seule peut produire des convulsions, les produira avec d'autant plus de facilité qu'elle sera associée à la coqueluche.

J'attache aussi une grande importance au *sevrage*. A ce moment l'enfant, dont le mode alimentaire vient d'être changé, traverse une période critique. Le sevrage est une mauvaise condition au point de vue du pronostic.

Enfin l'œdème cérébral résultant des quintes et se traduisant extérieurement par un œdème plus ou moins marqué de la face, la stase sanguine produite par le spasme de la glotte et l'arrêt de la respiration, mais surtout la *constipation* (expériences de Goltz) venant s'ajouter aux causes précédentes, sont les éléments producteurs les plus efficaces des convulsions ou des syncopes.

Avant de vous parler du traitement de la coqueluche, je désire vous dire quelques mots sur les complications qui ont pour siège l'appareil respiratoire et, plus spécialement, sur la broncho-pneumonie. Ce n'est pas que cet accident soit très fréquent au cours de la maladie qui nous occupe ; mais vous avez pu l'observer chez notre malade de la salle Sainte-Philomène et à ce seul titre je devais vous en parler.

La broncho-pneumonie est très commune chez l'enfant ; cela tient à la structure du poumon à cet âge. Les lobules sont séparés les uns des autres par une couche assez épaisse de tissu conjonctif qui oppose à l'inflammation une barrière efficace et l'oblige à se cantonner dans le lobule où elle est née sans qu'elle puisse englober un grand nombre de lobules voisins.

La coqueluche est, dans la grande majorité des cas, apyrétique; si la fièvre se montre, cherchez la complication, broncho-pulmonaire le plus souvent.

Chez notre malade, entrée le 19 décembre 1889, atteinte de coqueluche, la broncho-pneumonie s'est montrée, mais d'une manière discrète, intermittente en quelque sorte. De petits foyers s'allumaient et s'éteignaient tour à tour; il s'est même produit un peu de pleurésie, par propagation aux plèvres du processus inflammatoire. Et vous voyez que ce sont là des lésions, somme toute, très compatibles avec la vie; je n'ai jamais désespéré, et je désespère aujourd'hui moins que jamais, de guérir cette enfant.

Au point de vue de la prophylaxie je dois vous dire que la coqueluche

(1) Trousseau. *Clinique médicale*, 4e édition, Paris 1873, tome II, p. 189.

©BIU Santé

s'attaque peu aux enfants très jeunes; ceux-ci sont rarement pris d'emblée. Toutefois, lorsque la maladie pénètre dans une famille, il ne faut pas oublier qu'elle atteint tous les enfants, même les plus jeunes. Par conséquent il faudra isoler le plus tôt possible, isoler d'une façon opiniâtre et sans pitié. On a bien préconisé la belladone dans cet ordre d'idées; mais je ne crois pas qu'elle jouisse d'une efficacité bien grande comme moyen préventif.

Quant au traitement de cette affection, on peut dire que tous les médicaments ont été essayés. Chaque médecin d'enfants a préconisé son remède.

West vante les préparations d'acide cyanhydrique. Hénoch prescrit la morphine, qui ne lui aurait jamais occasionné d'accidents graves. Mais ce médicament est infidèle ici. Il n'empêche pas le retour des quintes qui peuvent du reste se produire pendant le sommeil, naturel ou artificiel. Trousseau employait la belladone. J. Simon associe cette dernière à l'aconit sous forme de teintures. A mon avis, c'est surtout sur la belladone qu'il faut compter. Quand vous aurez à administrer ce médicament, ne soyez pas impatients du résultat : la coqueluche est une maladie que l'on ne modifie que lentement. Mais ici se pose une question. Comment reconnaître que le médicament agit ? Vous y arriverez toujours en constatant que les quintes diminuent, non seulement de fréquence, mais aussi — et peut-être seulement — d'intensité, comme l'a fait très justement remarquer Trousseau.

On a conseillé de transporter les petits malades dans une usine à gaz, moyen inefficace et dangereux, qui ne peut qu'exposer les enfants à contracter une broncho-pneumonie à leur sortie.

Je vous disais il y a un instant que les indications étaient fournies par les trois éléments constitutifs de la maladie : *catarrhal*, *nerveux*, *microbien*.

Sur l'élément parasitaire je n'ai que fort peu de chose à vous dire. Outre que le micro-organisme pathogène sollicite encore les investigations des chercheurs, il sera souvent difficile de l'atteindre efficacement par les préparations antiseptiques données à l'intérieur, telles que le sulfate de quinine, le benzoate de soude, les acides phénique et salicylique, etc., etc.

Pour ce qui est de l'élément spasmodique j'associerais à la rigueur la belladone à l'aconit suivant la méthode de J. Simon.

Si vous ne me voyez pas y recourir, c'est que l'aconit est un dépresseur de la circulation et que c'est là précisément un écueil à éviter, chez l'enfant comme chez l'adulte, principalement dans les maladies cardio-pulmonaires.

Je vous présente une formule qui vous permettra d'attaquer à la fois l'élément spasmodique et l'élément catarrhal :

Sirop de Tolu.....	300 grammes.
Extrait de belladone.....	15 centigrammes.

Chaque cuillère à bouche renferme environ 1 centigramme d'extrait.

Il est bien entendu que votre dose variera suivant l'âge des sujets. Trois à quatre cuillerées à café de ce sirop chez l'enfant d'un an, huit à dix chez celui de 5 ans, seront généralement suffisantes.

Trousseau recommande de donner la dose en une fois. Je ne vois pas quel avantage il peut y avoir dans cette manière de faire ; pour mon compte je préfère l'administrer, moitié le matin, moitié le soir, afin que l'organisme se trouve pendant les vingt-quatre heures sous l'influence du médicament.

Je vous rappellerai à ce propos que les enfants supportent admirablement la belladone, ce qui n'est pas une raison pour augmenter indéfiniment la dose

©BIU Santé

Quant à la jeune fille de nos salles dont nous avons eu à traiter la broncho-pneumonie, nous lui avons prescrit de l'acétate d'ammoniaque qui, comme vous le savez, s'élimine par les bronches; quelques doses de rhum comme tonique général; un peu de digitale comme tonique cardiaque; les vésicatoires ont fait le reste.

En somme, vous le voyez, le traitement de la broncho-pneumonie de la coqueluche ne diffère pas essentiellement de celui de la broncho-pneumonie en général.

Quant au changement de climat, il peut être très efficace dans la coqueluche, mais à deux conditions : la première, c'est qu'il soit effectué dans la troisième ou dernière période de la maladie; la seconde, c'est que le nouveau climat soit meilleur, surtout moins excitant, moins froid, plus uniforme que le premier.

En terminant, je dois dire un mot de la fréquence de la tuberculose consécutivement à la coqueluche.

On voit quelquefois, à la suite de cette maladie, survenir diverses manifestations de la diathèse : méningite, tuberculose pulmonaire, tumeurs blanches, etc. Quel rapport y a-t-il entre la tuberculose et la coqueluche? On ne peut plus admettre aujourd'hui qu'il y ait un rapport direct de cause à effet, c'est-à-dire que la coqueluche crée la tuberculose.

Une seule explication est possible.

Par la débilitation qu'elle a infligée à l'organisme, la coqueluche ne fait que donner un coup de fouet à des tubercules préexistants et leur imprime une marche progressive, ou bien elle crée de toutes pièces un terrain admirablement favorable à leur éclosion et à leur développement.

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL D'ÉLECTROTHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE, par le docteur L. BRIVOIS. Paris, O. Doin, 1890.

Cet ouvrage est destiné à combler une lacune scientifique, car il indique la posologie et la technique opératoire du traitement électrique en gynécologie. L'auteur a considéré les lecteurs de son livre comme des étudiants en électricité à qui il fallait mettre les points sur les *i*. Il s'est donc beaucoup répété pour que le médecin qui voudra employer la thérapeutique électrique puisse le faire complètement.

M. Brivois a supprimé invariablement toutes les formules vagues, fantaisistes, d'éléments, de couples, de batteries, de piles. Tout cela importe, en effet, peu au praticien. Ce qu'il faut savoir, c'est administrer un médicament nouveau qui s'appelle l'électricité, et qu'on pèse sur une balance qui s'appelle le galvanomètre. Telle dose pour tel cas, telle dose pour tel autre; 10 milliampères pour l'un, 300 pour l'autre, — en passant par l'échelle des graduations appropriées.

A côté de la dose, il y a la forme du médicament. Il n'est pas moins intéressant, pour le médecin, de savoir que telle maladie réclame tel genre d'électricité; que certaines affections sont absolument et radicalement guéries par le courant faradique, tandis que d'autres réclament l'application du courant voltaïque; que souvent, enfin, il faut combiner les deux traitements.

En somme, dans l'ouvrage de M. Brivois, la partie théorique pure est négligée et la partie pratique traitée à fond; on ne saurait demander mieux. — P. Ch.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 décembre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. le docteur Charvin fait une communication sur le nombre des enfants par famille dans le Lot-et-Garonne.

Il a déjà montré, par une précédente communication, quelle était la distribution géographique en France des familles ayant 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 enfants, et il avait appelé l'attention en particulier sur un groupe de départements du Sud-Ouest (dont le Lot-et-Garonne est comme le noyau), où les familles sont généralement infécondes.

D'après sa nouvelle étude, M. Charvin montre que, dans le Lot-et-Garonne, il y a pour 100 familles dans chaque commune : 10 communes ayant moins de 100 enfants; 24, de 100 à 119; 34, de 120 à 139; 91, de 140 à 159; 90, de 160 à 179; 45, de 180 à 199; 10, de 200 à 219; 10, de 220 à 239; 11, au-dessus de 239.

M. Charvin prouve que ce sont les communes les plus riches qui ont le moins d'enfants et réciproquement. C'est là, d'après lui, le principal facteur de la natalité française

Son étude sur la France entière, comme sa monographie sur le Lot-et-Garonne, l'engagent à maintenir ses conclusions antérieures, à savoir : ne pas toucher au Code civil, mais développer l'hygiène et l'assistance publique, et surtout protéger l'enfance, — ces trois mesures ayant pour but la diminution de la mortalité.

Elections. — M. Regnault est nommé vice-président pour 1891 par 68 voix. MM. Jaccoud, Tarnier, Empis, Jungfleisch et Berthelot ont obtenu chacun 1 voix.

MM. Guyon et Jaccoud sont nommés membres du Conseil.

— M. Terrier communique une observation de *dilatation énorme de la vésicule biliaire.* Cette dernière contenait 24 litres de liquide. Il existe dans la science quelques cas analogues, mais ils sont rares; cependant on a retiré jusqu'à 40 et même 80 litres de la vésicule. Dans le cas de M. Terrier, la vésicule très distendue renfermait des bactéries provenant d'une inoculation qui s'était faite par le duodénum.

La malade avait une énorme tumeur du ventre, dont le développement avait été très rapide. La ponction exploratrice permit de retirer la quantité indiquée plus haut d'un liquide jaune de chrome ou plutôt rappelant la couleur de la gomme-gutte. La laparotomie fit constater l'existence d'une tumeur adhérente à la paroi et aux intestins.

En introduisant la main très profondément sous le foie, M. Terrier put sentir qu'un calcul, impossible à mobiliser, occupait le canal cystique. Il dut se borner à faire une cholécystectomie incomplète à cause des adhérences et, malgré l'établissement d'une fistule temporaire, la malade guérit rapidement.

Les parois de la tumeur offraient la structure histologique de celles de la vésicule et il y avait tendance à la formation d'abcès.

Comme microbe, on a trouvé un diplocoque spécial provenant de l'inoculation duodénale.

— M. Lancereaux étudie les *accidents produits par les boissons chargées d'essences*, telles que le bitter, les amers divers, l'absinthe, etc. Ces boissons se distinguent des eaux-de-vie ordinaires par les accidents spéciaux qui tantôt sont aigus, tantôt sont chroniques. Les accidents aigus rappellent surtout les convulsions de l'hystérie et ont été décrits depuis longtemps. Les accidents chroniques affectent le fonctionnement du système nerveux dans ses différents modes.

Les malades se plaignent de sensations subjectives diverses des jambes et des pieds, d'engourdissements, de picotements, de fourmillements, surtout marqués quand ils sont couchés. Ces accidents affectent d'abord les extrémités des membres et sont parfois assez intenses pour empêcher le sommeil.

La sensibilité objective d'abord exagérée est ensuite diminuée; les réflexes plantaires sont exagérés et il en est de même de la sensibilité à la douleur dans les membres inférieurs.

©BIU Santé

La partie antérieure du tronc est aussi atteinte et les malades souffrent surtout au niveau de l'émergence des branches nerveuses qui vont à la peau; souvent aussi la région lombaire est très douloureuse.

Cette hyperalgésie finit par disparaître et il y a alors de l'analgésie.

Les sens spéciaux sont à peu près respectés. Les malades se plaignent cependant souvent de mouches volantes. Les troubles intellectuels sont divers; ce sont des rêves, des cauchemars, des hallucinations effrayantes et à la fin de la démence ou du gâtisme. Du côté de la motilité, outre les troubles vasomoteurs, on observe des paralysies qu'on a décrites depuis longtemps sous le nom de paralysies alcooliques. Ces paralysies tiennent à des névrites, et M. Lancereaux insiste beaucoup sur ce point. Elles ne dépendent pas de l'alcool lui-même, mais des essences qu'il tient en dissolution dans l'absinthe, les amers, etc. Ces paralysies sont très graves et peuvent engendrer des infirmités durant toute la vie.

L'intoxication par les boissons alcooliques chargées d'essences tend à augmenter de fréquence, et un grand nombre de femmes du peuple se laissent aller à abuser de ce genre de boissons qui très fréquemment jouent un rôle important dans le développement de la phthisie pulmonaire.

Il y a là un danger public contre lequel il importe de lutter, et l'administration devrait se préoccuper d'entraver la consommation des boissons alcooliques chargées d'essences en limitant le débit de ces spiritueux, résultat qui peut être obtenu par une surcharge d'impôts. Il faudrait aussi éclairer les ouvriers sur le danger que leur font courir ces boissons.

M. Lagneau est aussi d'avis que l'on devrait restreindre le nombre des débits en se montrant plus sévère quand il s'agit d'octroyer des licences; on devrait rédiger des notices destinées à instruire les populations ouvrières.

M. Bergeron, s'appuyant sur ce qui s'est déjà produit, ne pense pas que des instructions populaires puissent avoir une grande utilité.

M. Laborde rappelle qu'il a déjà montré à l'Académie la nocuité des boissons alcooliques chargées d'essences. Du reste, les accidents qu'elles causent se combinent avec ceux dépendant directement de l'alcool, et il lui semble qu'il est plus difficile de les séparer les uns des autres que ne le croit M. Lancereaux.

S'il est des lois d'hygiène nécessaires, comme celle qui ordonnerait l'obligation de la vaccine, par exemple, il est cependant impossible de légiférer sur tous les sujets. Pour limiter l'usage des boissons dangereuses, d'une part il faut recourir à la limitation du nombre des débits, d'autre part il faut faire des conférences avec expériences rendant tangibles aux yeux du public les dangers auxquels il s'expose.

— M. Bourgoin fait une communication sur le traitement de la phthisie pulmonaire par le fluorure de sodium.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 décembre. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *De la tachycardie paroxystique essentielle.*

M. Debove présente en son nom et au nom de son interne, M. Boulay, l'observation d'un cas de tachycardie paroxystique essentielle. Il s'agit d'une jeune fille de 26 ans sans antécédents héréditaires, qui, depuis l'âge de 12 ans, souffre de palpitations. Elle a eu trois crises de tachycardie : la première, il y huit ans; la seconde, il y a cinq ans; la troisième enfin, en octobre dernier.

Le début de ces crises est subit; la malade a du vertige, perd connaissance, puis, au réveil, est prise de palpitations violentes qui durent plusieurs jours. Le cœur bat deux cents fois à la minute; pas de souffles cardiaques. La compression des pneumogastriques ne ralentit pas les battements qui sont assez intenses pour soulever violemment la paroi précordiale. La zone de matité cardiaque n'est pas augmentée.

Le pouls radial et fémoral est imperceptible, le pouls carotidien est au contraire à peu

©BIU Santé

près normal. Léger œdème des malléoles; rate un peu grosse; quelques râles disséminés dans la poitrine; anorexie complète; trente-six respirations par minute. Urine foncée avec traces d'albumine; pas de sucre; quantité des vingt-quatre heures : 800 à 900 grammes. Pas de goître, pas d'exophthalmie, pas de tremblement; ni anesthésie ni hyperesthésie; aucun signe d'hystérie.

C'est donc un cas très net de tachycardie essentielle; l'affection a présenté trois périodes distinctes : dans la première, il y a eu tachycardie sans asystolie; dans la deuxième, tachycardie avec asystolie due à la fatigue du cœur; la troisième enfin est une période de déclin dans laquelle les phénomènes semblent s'amender progressivement.

Les caractères du pouls étaient remarquables : à la radiale et à la fémorale, en effet, il était à la fois incomptable et imperceptible. Le pouls peut être incomptable dans le goître exophthalmique, mais il n'est pas imperceptible. De même dans les autres tachycardies secondaires et, plus particulièrement dans celles qui résultent d'une compression des pneumogastriques. Dans le cas de M. Debove il y avait à la fois accélération énorme des battements du cœur et abaissement considérable de la tension artérielle. Ce contraste entre l'énergie du cœur et la faiblesse de la circulation artérielle différencie nettement les tachycardies symptomatiques de la tachycardie qu'on peut nommer essentielle.

Dans un grand nombre d'observations déjà publiées sur ce sujet, on a noté une élévation assez considérable de la température. Chez la malade de M. Debove, elle s'est aussi fréquemment élevée à 39°. C'est là une fièvre nerveuse, comparable à la fièvre hystérique et à la fièvre du goître exophthalmique.

Chez cette malade il y a aussi de l'oligurie, de la polyurie et de l'azoturie. L'oligurie est due à l'abaissement de la pression artérielle. Quant à la polyurie consécutive on l'a attribuée à la résorption des œdèmes; mais elle a plus vraisemblablement une origine nerveuse.

L'azoturie était considérable. Ainsi, le 26 octobre dernier, il y avait 800 grammes d'urine avec 34 grammes d'urée; le 30 octobre, 1,600 grammes d'urine avec 43 grammes d'urée. Cette azoturie n'avait été jusqu'ici signalée par aucun auteur. Elle ne paraît explicable ni par le régime, car la malade ne prenait par jour qu'un litre de lait, ni par la température qui ne s'élevait que pendant peu de temps aux environs de 39°. Cette azoturie fut ensuite suivie d'une hypo-azoturie; quelques jours plus tard, en effet, le taux de l'urée descendait à 7 grammes.

Dans deux observations seulement on avait déjà noté des phénomènes pupillaires. Chez la malade de M. Debove, il y eut du myosis, du 31 octobre au 14 novembre. La constatation de ce signe est importante au point de vue pathogénique; ce myosis montre, en effet, qu'on n'avait pas affaire à une névrose du pneumogastrique, bien que par ses autres caractères cette tachycardie pût être rattachée à une névrose de ce nerf. D'ailleurs une paralysie de ce nerf expliquerait l'accélération des battements du cœur, mais non l'abaissement considérable de la tension artérielle.

Il est donc rationnel de considérer la tachycardie dite essentielle comme une névrose bulbaire ou bulbo-spinale, car un trouble de ces centres nerveux peut seul expliquer les phénomènes indiqués : accélération des battements du cœur, abaissement de la pression artérielle, polyurie, albuminurie, phénomènes pupillaires, fièvre, etc.

M. Huchard partage absolument l'opinion de M. Debove sur la nature de la tachycardie essentielle et c'est aux mêmes conclusions qu'il est arrivé dans un travail publié le 13 août dernier dans la *Revue de clinique et de thérapeutique*. La tachycardie essentielle est bien évidemment une névrose bulbaire qu'on peut rapprocher de la maladie de Stokes-Adams, caractérisée par le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes. Ces deux affections se terminent souvent par la mort subite.

Ce qui vient confirmer le siège bulbaire de la tachycardie essentielle, c'est la présence du sucre dans l'urine; la glycosurie s'observe, en effet, assez souvent après les crises. L'abaissement de la tension artérielle est considérable et contraste avec l'énergie cardiaque dont le rythme est analogue au rythme fœtal; c'est là un phénomène que M. Huchard a déjà décrit sous le nom d'embryocardie.

©BIU Santé

M. Huchard a observé deux cas de tachycardie essentielle. Dans l'un il s'agissait d'une femme de 60 ans qui un jour, en se baissant, fut prise brusquement de palpitations telles qu'on put compter jusqu'à deux cent cinquante et deux cent quatre-vingts battements par minute. Il y avait en même temps une dyspnée extrême, de la cyanose, de l'œdème des membres inférieurs, des vomissements. La crise dura trente-six heures environ et la terminaison se fit brusquement par la disparition subite de ces phénomènes. En un an, cette femme a eu sept ou huit crises analogues, pendant lesquelles la mort semblait imminente. Depuis trois ou quatre mois elles n'ont pas reparu. Le médicament qui semble avoir eu l'action la plus satisfaisante est la digitale que M. Huchard avait ordonnée à la dose assez considérable de 0 gr. 80 par jour. Mais cette action efficace de la digitale est niée par tous les auteurs ; la digitale, en effet, a complètement échoué dans la plupart des cas de tachycardie essentielle ; aussi faut-il se demander si, dans le cas présent, il n'y a pas eu simplement coïncidence de l'amélioration avec l'administration du médicament, et non effet direct de la digitale.

M. Rendu a soigné, à l'hôpital Tenon, une femme atteinte de tachycardie paroxystique chez laquelle la digitale ne donna aucun résultat. L'opium, au contraire, employé sous ses différentes formes (injections de morphine, laudanum, etc.), réussit très bien et la malade finit par guérir. Au moment des crises cette malade se cyanosait et les infiltrations étaient si rapides, le pouls était si petit que la mort semblait imminente. Au point de vue étiologique, le surmenage seul pouvait être accusé.

M. Faisans a observé deux cas de tachycardie dans la même famille ; la mère et la fille présentaient tous les symptômes notés dans l'observation de M. Debove. La jeune fille avait en outre depuis longtemps une grosse insuffisance mitrale ; mais ce n'est certainement point à cette lésion que les phénomènes de tachycardie devaient être attribués. Ceux-ci avaient débuté l'hiver dernier et avaient succédé à une grippe. Cette malade finit par mourir dans une crise. Après ces crises il y avait de la polyurie et de l'albuminurie. L'albuminurie datait d'ailleurs de plusieurs années. Il est à remarquer que cinq membres de la famille présentaient une albuminurie semblable ; ce sont d'anciens paludéens. L'opium, comme chez la malade de M. Rendu, procurait un soulagement considérable.

Chez la mère, les crises ont disparu depuis quatre ou cinq mois ; l'état général s'est amélioré, sans que cependant on puisse dire que la guérison est complète. Ici l'opium a complètement échoué et le valérianate d'ammoniaque semble seul avoir donné de bons résultats.

M. Debove a prescrit la digitale à sa malade, et les résultats semblent avoir été satisfaisants ; mais peut-être n'y a-t-il eu qu'une coïncidence. D'autre part jamais il n'oserait donner une dose aussi forte que celle qu'indique M. Huchard, dans une telle affection où la syncope mortelle est à craindre.

D'ailleurs, parmi toutes les observations de tachycardie essentielle, il n'y en a pas une qui ait porté sur un temps suffisamment long pour permettre d'affirmer la guérison complète et de vanter l'efficacité de tel ou tel médicament.

Quant au pronostic général de l'affection il varie suivant qu'on a affaire aux formes graves ou aux formes légères. Celles-ci se caractérisent par de petits accès peu intenses qui permettent une survie très longue. Ainsi M. Charcot rapporte le fait d'un individu atteint depuis longtemps de tachycardie et qui mourut à 80 ans d'une affection intercurrente.

Dans les formes graves, au contraire, il y a souvent mort subite et, quant à la guérison radicale, aucune observation n'est assez longue pour pouvoir l'affirmer.

M. Huchard ne propose pas la digitale comme médicament unique dans la tachycardie ; une fois seulement elle a semblé produire de bons effets, même employée à haute dose ; elle a du moins coïncidé avec l'amélioration. La digitale même est contre-indiquée dans l'embryocardie. Logiquement, on devrait s'adresser, dans la tachycardie, aux agents capables d'augmenter la tension artérielle : éther, ergotine, caféine, qui agissent si bien dans les phénomènes d'embryocardie survenant, par exemple, dans le cours de certaines fièvres typhoïdes graves.

©BIU Santé

M. Debove : L'ergotine et la caféine ont échoué complètement dans le cas précédent. D'ailleurs, les phénomènes d'embryocardie sont à rapprocher, mais non pas à confondre avec la tachycardie. Dans celle-ci on trouve, avec la rapidité des battements du cœur, une énergie considérable de ces battements, ce qui ne s'observe pas dans l'embryocardie. On ne retrouve donc pas dans l'embryocardie ce contraste frappant entre l'énergie de la contraction cardiaque et l'affaiblissement de la tension artérielle, qui est un des signes les plus remarquables de la tachycardie.

M. Guyot a eu de bons résultats avec la teinture de *veratrum viride;* mais les effets du médicament doivent être surveillés de très près.

M. Chantemesse : Chez le cheval charbonneux, on observe cette disproportion considérable entre la force du cœur et la faiblesse du pouls dont M. Debove signale l'importance dans la tachycardie essentielle.

— M. Comby lit, au nom de M. Charles Leroux, une note sur *la valeur thérapeutique de l'antipyrine dans la chorée de Sydenham.*

COURRIER

M. le docteur Lamarque, médecin sanitaire commissionné à bord du paquebot *le Sidney*, des Messageries maritimes, vient de recevoir une médaille de bronze, par arrêté ministériel : — « A prodigué ses soins à un passager atteint de choléra, dans la traversée de Shanghaï à Marseille et a empêché la propagation de la maladie par des mesures d'isolement et de désinfection. »

Hôpitaux de Montpellier. — Les concours de l'internat et de l'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Magnol et Cadilhac.
Internes provisoires. — MM. Lavergne et Gonzalès.
Externes titulaires. — MM. Metge, Chatinière, Baumelong et Ménard.
Externes provisoires. — MM. Bothezat, Cros, Girard, Pignolet, Heran et Delasusse.

Société de médecine de Paris. — Séance du 27 décembre 1890. — *Ordre du jour :* 1. M. Jullien : Résultats obtenus par l'excision du chancre syphilitique (candidature au titre de membre titulaire). — 2. M. Leudet : Les phthisiques et le bacille tuberculeux. — 3. M. Desnos : Remarques sur 500 cas de rétrécissements uréthraux. — 4. M. Chervin : A propos du bégaiement hystérique.

La commune de Saint-Just, canton de Marennes (Charente-Inférieure), population de 1,769 âmes agglomérées, éloignée de 6 kilomètres d'une autre commune aussi peuplée et privée aussi de médecin, **demande un docteur.** Elle offre une subvention annuelle de mille francs pendant trois ans, plus cinq cents francs de traitement fixe par année payés par le bureau de bienfaisance. La commune de Saint-Just a une Société de secours mutuels; il est probable que le nouveau docteur serait choisi par cette Société. — S'adresser à M. le maire de Saint-Just, par Marennes (Charente-Inférieure).

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

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris, — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

OBIU 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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Revue des cliniques. — III. Bibliothèque : Les microbes de la bouche. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de médecine de Paris. — V. De quelques nouvelles médications. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Notre cœur.

BULLETIN

Il est beaucoup question, ainsi que nous l'avons dit incidemment dans un précédent *Bulletin*, de donner aux chirurgiens et aux médecins des hôpitaux des assistants. Cette réforme dans l'organisation des services hospitaliers est à peine annoncée qu'elle a obtenu l'assentiment presque unanime de tous ceux qu'elle concerne. Il faut dire que, sans être officielle, elle existait déjà de fait dans beaucoup de services. Beaucoup de chirurgiens des hôpitaux s'étaient, en effet, depuis plusieurs années déjà, associé des chirurgiens du Bureau central qui suivaient leurs visites, les aidaient dans leurs opérations et leurs pansements, et qui, au besoin, les remplaçaient complètement pendant leurs absences.

Les avantages de ce *modus agendi* sont considérables; avec les méthodes actuelles de pansement, les opérations deviennent longues et laborieuses; elles sont plus fréquentes qu'autrefois, parce qu'elles sont plus faciles et que, grâce à la bénignité que leur confère l'antisepsie, elles sont moins redoutées des chirurgiens. Les titulaires des services de chirurgie ont donc fort à faire, trop même; au contraire, les jeunes chirurgiens du Bureau central étaient réduits à se croiser les bras; il devint donc tout naturel

FEUILLETON

NOTRE CŒUR, par M. GUY DE MAUPASSANT.

Je viens de lire *Notre cœur*, et cette lecture m'a un peu désappointé. J'y ai retrouvé sans doute les qualités qui prêtent aux œuvres de son auteur un si vif intérêt. J'en ai goûté bien des pages, lesquelles, du reste, sont pour la plupart tout épisodiques, et pourraient en être détachées sans rien perdre de leur saveur; mais s'il s'agit du sens général du roman, du pourquoi il est écrit, de sa psychologie, car c'est encore là, si je ne me trompe, un roman psychologique, et je me permettrai d'ajouter s'il s'agit d'observation, je trouve que l'auteur se tient à côté de la vérité.

L'héroïne du roman est une femme charmante, très fine et très intelligente; car il n'est pas nécessaire d'être une sotte pour ne pas se plaire à la société d'un artiste assez mal élevé, qui, pour grand qu'il puisse être, me fait l'effet d'être un peu raseur. Mais il faut qu'elle soit très intelligente pour faire de sa fortune et de sa liberté l'usage qu'elle en fait. Un homme, dans une situation parallèle, s'adonnerait à la galanterie ou au jeu, à moins qu'il ne consacrât sa fortune et son temps à des voyages excentriques ou à des œuvres de science, ce que l'on ne saurait précisément exiger d'une femme du monde.

Celle-ci n'admet dans sa société ni bellâtres, ni imbéciles. Elle ne s'entoure que d'hommes intelligents, distingués, dont le mérite la séduit et dont la notoriété lui plaît.

©BIU Santé

qu'un chef de service surchargé de besogne songeât à s'attacher un plus jeune que lui, à l'initier à ses méthodes d'opération et de pansement et, une fois au courant de sa manière de faire, à lui confier quelques opérations, des pansements, et même le soin de son service en cas d'absence. Les deux associés n'avaient certes qu'à y gagner, et cela pour le plus grand bénéfice des malades aux soins desquels on pouvait consacrer plus de temps. Beaucoup de jeunes chirurgiens ont pu ainsi, sous la direction de leurs aînés, acquérir une expérience pratique dont ils auraient certainement été privés autrement et qui leur a été très utile plus tard. Je n'ai pas besoin de citer des noms; ils sont dans toutes les bouches.

Cependant, comme toute chose, si bonne qu'elle soit, a des inconvénients, cette association en avait au moins un : celui de mécontenter les internes du service. Certain que ses malades étaient en bonnes mains, le titulaire n'hésitait pas à prendre un congé lorsque sa santé ou ses occupations l'exigeaient; le suppléant devenait alors titulaire sans titre officiel. A cela, les internes faisaient deux objections : d'abord, ils avaient cru, en choisissant le service, devenir l'interne de M. X..., et de fait ils étaient celui de M. Z..., ayant toutes les qualités sans aucun doute, sauf l'expérience, la notoriété de M. X... Ensuite, internes de M. X..., ils pouvaient faire dans le service certaines choses, pansements difficiles, examens, opérations même, que M Z..., était trop heureux de faire. D'où amoindrissement de leur situation.

Les griefs de MM. les internes doivent certainement être pris en considération, mais ils doivent céder le pas à l'intérêt supérieur des malades; c'est à l'administration de chercher à prévenir les conflits qui pourraient s'élever entre les internes et les assistants, comme ils se sont élevés déjà au sujet des chefs de clinique. L'idée de donner des assistants aux chefs de service me paraît trop bonne pour qu'elle ne puisse pas triompher de tous les obstacles; il faut donc que chacun y mette du sien pour aplanir ceux-ci.

Peut-être, lorsque l'administration aura pris un parti et nommé officiellement les assistants, après concours, les obstacles disparaîtront-ils d'eux-mêmes; mais nous ne croyons pas qu'il soit pour cela besoin d'instituer un

---

Par une fiction, que l'on ne saurait reprocher à l'auteur, elle ne s'en fait pas seulement une sorte de cour pour en être la reine, elle leur témoigne une amitié sincère, — mais rien de plus. Elle se plaît au luxe que sa fortune lui permet, et aux arts, qui lui sont proprement étrangers, mais au sujet desquels elle suit docilement les avis de ceux qui s'y connaissent mieux qu'elle. Infiniment séduisante par une sorte de perfection physique et par l'ensemble de ses dons naturels, elle est vraie dans son rôle de femme en jouissant pleinement des adulations qui l'environnent et des attachements fidèles qui la suivent. Mais il lui manque une chose : « le tempérament amoureux. » C'est sur ce manque de tempérament que roule toute l'histoire.

Faut-il lui en faire un reproche? Non, assurément, car ce n'est pas sa faute. On pourrait même l'en féliciter, car cette imperfection la soustrait aux orages de la passion et aux conséquences, toujours troublantes et souvent funestes, qu'elle entraîne. Si elle ignore des joies, qu'elle ne peut regretter puisqu'elle ne les connaît pas, elle jouit, en revanche, d'une paix bien rare dans le monde où elle vit.

Elle manque de tempérament, c'est-à-dire du sens amoureux. C'est là une condition purement physiologique qu'il n'est point rare de rencontrer chez la femme.

L'homme ne peut procréer sans plaisir. La femme peut engendrer sans en avoir jamais ressenti.

Cette frigidité des sens peut être absolue. Tel paraît être le fait de Mme de Burne. Elle est souvent relative. Il est des femmes ardentes pour qui, semblables aux hommes en cela, tout rapprochement sexuel est bon. Mais pour le plus grand nombre, au moins

©BIU Santé

concours spécial. Celui qui existe pour le Bureau central suffit amplement; qu'on augmente, s'il le faut, le nombre des places, mais qu'on ne fasse pas pas un nouveau concours pour les assistants-médecins. Le grand nombre des candidats au Bureau central qui approchent de près ceux qui sont nommés est une sûre garantie de la valeur des deux ou trois de plus qu'on pourrait nommer immédiatement pour faire le nombre nécessaire des assistants. L'administration n'aurait donc qu'à ratifier le choix que feraient les chefs des services hospitaliers parmi les médecins ou chirurgiens du Bureau central. — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

De l'influence du rythme respiratoire et des adhérences pleurales sur le frottement de la péricardite, par C. Vinay (1). — J'ai eu l'occasion d'observer récemment, dans mon service, deux malades atteints de péricardite sèche, chez lesquels les frottements de la séreuse malade étaient notablement modifiés par les mouvements respiratoires. Dans un cas, le frottement disparaissait au moment de l'inspiration pour redevenir intense au moment de l'expiration; dans l'autre cas, le phénomène inverse se manifestait, et c'était au moment de l'inspiration surtout que les frottements se faisaient entendre avec une intensité particulière pour s'atténuer notablement dans la seconde période du mouvement respiratoire.

Voici, résumée en deux mots, l'histoire de ces deux malades :

Le premier est un homme de 53 ans, tailleur de pierres, quelque peu alcoolique et qui toussait depuis deux ou trois ans environ. En janvier dernier il fut atteint de l'influenza et, depuis lors, ne s'est jamais remis ; à différentes reprises il a eu des hémoptysies, de l'amaigrissement progressif, de la faiblesse, des sueurs, en somme les signes ordinaires de la phthisie.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le patient présentait les signes d'une péricardite sèche, avec cette particularité que les frottements disparaissaient pendant l'inspiration

(1) *Province médicale*, 1890, n° 30.

peut-on dire dans un certain degré de civilisation, le plaisir de l'amour est subordonné à une certaine correspondance, physique ou morale, insaisissable dans sa qualité, c'est-à dire indéfinissable. Celle-ci ne se rencontre pas toujours dans les unions en apparence les mieux assorties, et c'est à cela seul qu'on peut attribuer le trouble de bien des ménages.

Si l'amour partagé est quelque chose de divin, on ne peut se dissimuler que, hors de ce partage, les manifestations physiques de l'amour peuvent devenir facilement répugnantes. De là, chez la femme à qui les sensations voluptueuses sont interdites, le dégoût, et souvent l'aversion. Et alors l'homme évincé s'en va, suivant l'expression vulgaire, chercher sa vie ailleurs, et tant mieux encore si, comme Mariolle, il réussit à s'organiser un déversoir paisible aux ardeurs qu'il ne trouve pas à dépenser chez lui. Les femmes le savent bien, ou le devinent. Les filles savent à merveille se livrer à des transports artificiels. Quant aux femmes honnêtes, par calcul ou pour obéir à ce qu'elles considèrent comme un devoir, elles s'essayent parfois à de pareilles simulations; mais elles y manquent d'adresse et ne peuvent guère suivre longtemps un tel rôle.

Il leur arrive encore de chercher si elles ne trouveront pas près d'autres hommes les sensations éprouvées par leurs pareilles. C'est quelquefois en vain. Quelquefois aussi elles rencontrent cet accord sensuel que le mariage leur avait refusé, sans que rien, dans cet objet nouveau, soit propre à justifier cet éveil tardif, et souvent bizarre, des sens. Dans le monde, cela s'appelle dépravation.

Cependant Mme de Burne a cédé sous le mirage d'une heure de poésie, mais en réalité

©BIU Santé

pour réapparaître à l'expiration. Ce phénomène n'était produit en rien par le bruit du murmure vésiculaire, puisqu'au moment d'une inspiration forcée, le thorax maintenu immobile, les frottements disparaissaient absolument pour revenir avec toute leur énergie au moment de l'expiration.

A l'examen du thorax on constatait une légère déformation du côté droit, vers la partie antérieure. A ce niveau il semblait que la cage thoracique n'avait pas sa rondeur habituelle, qu'elle était un peu aplatie.

Au moment de l'inspiration le côté gauche se dilatait fortement; les arcs thoraciques s'élevaient et se déjetaient en dehors, surtout dans les parties inférieures, tandis qu'à droite on apercevait un aplatissement plus marqué de la partie sous-ombilicale. Au moment de l'inspiration les arcs costaux droits étaient attirés en dedans, de sorte qu'on observait pendant l'inspiration un mouvement de translation à gauche de la cage thoracique tout entière. A l'expiration on observait un phénomène de même nature, c'est-à-dire que le côté gauche revenait sur lui-même, tandis que le côté droit était déjeté légèrement en dehors.

En raison des antécédents du malade, il était facile de faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire avec propagation des tubercules vers le péricarde. Mais la différence si grande des mouvements du thorax à droite et à gauche me permit d'affirmer une symphyse complète de la plèvre droite, tandis que la plèvre gauche était libre de toute adhérence.

Ce malade succomba peu de temps après son arrivée et, à l'autopsie, on constata les lésions ordinaires d'une péricardite sèche, avec quelques adhérences récentes plus marquées du côté gauche; en outre, il y avait une symphyse complète de la plèvre droite tandis que la plèvre gauche était entièrement libre; ces deux feuillets avaient conservé leur état lisse et leur souplesse normale. Enfin le parenchyme pulmonaire présentait de nombreux tubercules fibreux.

Le deuxième malade était un tailleur de pierres, âgé de 54 ans, qui n'avait ni rhumatisme, ni syphilis dans ses antécédents et qui niait énergiquement tout alcoolisme (?). Bonne santé habituelle.

Les symptômes qui l'amènent à l'Hôtel-Dieu semblent être d'origine récente et avoir débuté seulement dix jours avant son entrée; ce sont des frissons, de la céphalée, une sensation d'abattement général et un peu d'oppression. T. R = 40°. Pas de points de côté, pas de douleurs précordiales.

A l'examen du cœur, on constate sur toute la région précordiale un double bruit de

---

entraînée de force en quelque sorte, grâce à l'obstination bestiale d'un homme, pour employer un de ces mots crus que l'auteur de cette histoire affectionne un peu trop.

Mais elle est assez bien équilibrée, et on ne saurait encore lui en vouloir, pour échapper aux souffrances intérieures et aux désastres extérieurs qui suivent si souvent ces abandons passionnels.

C'est de cette sereine équilibration que son amant enrage. Ni la docilité ni les complaisances ne le désarment. Il ne pardonne pas à sa complice de ne savoir partager ses transports fougueux, et le commerce journalier que lui assure une tendre et fidèle affection ne fait qu'irriter encore ses désirs que quelques rencontres voluptueuses sont impuissantes à satisfaire. Il s'éloigne; et il ne reviendra que lorsqu'il se sera assuré une poire pour sa soif, c'est-à-dire un autel où il pourra sacrifier chaque soir, en les contentant à son gré, les désirs recueillis près de sa froide maîtresse.

Quelle a pu être l'intention de l'auteur en étalant sous nos yeux les péripéties un peu monotones, mais colorées par sa plume habile, d'une aventure assez vulgaire au fond?

A-t-il prétendu nous montrer une Parisienne *fin de siècle*, suivant le mot du jour? Cette aventure n'est ni parisienne ni fin de siècle. Sans doute les formes de l'érotisme varient suivant les âges, les races, les époques : mais au fond il reste le même dans son objet et dans son aboutissant. La femme froide et inhabile à partager les transports du mâle (*sic*) a existé dans tous les temps. Ses facultés passionnelles se sont égarées parfois hors du champ où la nature leur commande d'évoluer : mais ceci est étranger au sujet actuel. Le cas de Mme de Burne est un cas particulier, sans être exceptionnel, il s'en faut.

©BIU Santé

frottement qui augmente d'intensité avec l'inspiration normale pour diminuer avec l'expiration. Quand on fait arrêter la respiration en inspiration, le frottement présente une notable augmentation d'intensité, tandis que dans l'arrêt en expiration il semble diminuer considérablement.

A l'inspection du thorax il existe, comme chez le malade précédent, des modifications assez grandes dans le rythme respiratoire. A l'inspiration les parties sous-mamelonnaires et antérieures de la cage thoracique sont attirées en dedans, surtout du côté gauche, tandis que les mêmes parties sont rejetées au dehors au moment de l'expiration. On observe, en somme, à droite et à gauche les modification du rythme qui n'existaient chez le malade précédent que du côté droit.

Je fis le diagnostic d'adhérence des deux plèvres et plus particulièrement de la plèvre gauche ; j'attribuais au retrait inspiratoire l'exagération des frottements du péricarde, parce qu'à ce moment, en raison de la symphyse pleurale, la paroi thoracique inférieure était attirée en dedans et permettait un contact plus intime entre les deux feuillets du péricarde. Mais ce malade partit un mois après son entrée à l'hôpital, son état s'étant aggravé. Il me fut impossible de vérifier, par l'autopsie, l'existence réelle des adhérences de la plèvre.

Cette modification des frottements de la péricardite sèche par les mouvements de la cage thoracique n'est pas un phénomène nouveau, bien qu'en général l'attention soit rarement attirée de ce côté. Les observateurs ont signalé la disparition ou tout au moins la diminution de ces frottements, tantôt à l'inspiration, tantôt à l'expiration. Le fait peut exister et les deux exemples que je viens de citer indiquent bien la réalité de cette double condition.

La modalité la plus constante est l'atténuation du frottement au moment de l'inspiration ; on a pensé que ce phénomène était dû au murmure vésiculaire qui couvrait les bruits pathologiques qui se portent du côté du péricarde ; mais cette explication tombe devant ce fait que la disparition du frottement persiste en inspiration forcée et soutenue. A ce moment le mouvement respiratoire est nul ; il ne peut cacher ou atténuer ce qui se passe du côté des feuillets du péricarde.

A mon avis, pour expliquer les variations si différentes du frottement péricardique, il est nécessaire de faire intervenir l'état de la plèvre gauche, car les phénomènes diffèrent totalement selon que cette cavité est libre ou oblitérée.

Dans le premier cas, lorsque les surfaces pleurales ont conservé leur état lisse habituel, l'expansion des côtes qui avoisinent le péricarde se fait aisément lors de l'inspiration ; le

---

L'auteur paraît surtout incliné à penser que c'est là un résultat de la vie artificielle du monde, de la dépense exagérée, de la pose, d'une coquetterie en retour, en quelque sorte, qui arrive à s'épuiser dans une adoration personnelle. Non : la vie mondaine, la pose incessante, l'adoration de soi-même, sont plutôt des incitations sensuelles qui ne demandent qu'à se compléter.

Je ne dis pas que ce genre d'incitations ne trouve jamais de correctif dans tels ou tels scrupules, dans un caractère pusillanime ou indolent, dans l'instinct qui préserve l'hermine de toute tache à sa blanche enveloppe... Mais ici rien de semblable. Mme de Burne n'a ni devoirs à sacrifier ni préjugés à satisfaire. Elle est pleine de bonne volonté. Elle ne demande qu'à montrer qu'elle *aime* bien. Mais elle ne peut arriver à se donner les sens qu'elle n'a pas, ni à éprouver des sensations qui ne l'atteignent point. Elle n'est pas plus le produit de la vie qu'elle mène que celui du moment qu'elle traverse.

Il est manifeste qu'ici le portrait de la femme a été le sujet de prédilection du peintre de cette histoire, car il a consacré à cette figure complexe toutes les finesses de son pinceau et toutes les richesses de sa palette.

Quant à l'homme, il était beaucoup plus simple. Un seul caractère domine les traits assez effacés de sa personne ; c'est sa qualité de mâle, soigneusement inscrite sur tous les aspects de sa physionomie.

Mais pourrons-nous saisir au moins auquel des personnages de sa création l'auteur de ce roman prête le plus de sympathie, de cette sympathie qui a généralement son origine, consciente ou inconsciente, dans quelque affinité de l'esprit ou des sens ?

©BIU Santé

feuillet pariétal s'éloigne à ce moment du feuillet viscéral; le contact diminue entre les surfaces contiguës et dépolies, aussi le frottement disparaît. On comprend aisément que le phénomène soit d'autant plus marqué qu'il existe des adhérences de la plèvre opposée, de la plèvre droite. C'est le côté gauche qui doit alors suppléer à l'insuffisance inspiratoire de son congénère et son mouvement d'expansion sera tel que tout contact entre les deux feuillets du péricarde devra disparaître. Il en était ainsi dans la première de mes deux observations.

Existe-t-il par contre une symphyse pleurale gauche, les conditions d'expansion de la partie inférieure du thorax sont notablement modifiées. D'après un certain nombre de faits, suivis d'autopsie et qui seront publiés prochainement, j'ai pu constater que l'oblitération de la plèvre et l'adhérence du poumon à la cage thoracique modifiaient considérablement le rythme respiratoire.

A l'inspiration, l'élargissement de la base ne se fait plus ; la paroi costale est attirée en dedans, si bien que les côtes ne sont déjetées au dehors qu'au moment de l'expiration. Il arrive alors que la cage thoracique se meut en sens inverse de l'état normal, au moins dans toute la partie inférieure et antérieure.

A l'inspiration, retrait au lieu de l'expansion physiologique; à l'expiration, déjettement en dehors au lieu du retrait normal.

Lorsque les adhérences sont unilatérales, le thorax éprouve, au moment de l'inspiration, un mouvement de translation en masse du côté sain, tandis qu'à l'expiration le mouvement inverse se produit.

Il semble donc que ce phénomène, qu'on peut appeler le type respiratoire inverse, coïncide avec l'existence d'adhérences qui maintiennent le poumon fixé à sa cage thoracique; il va de soi qu'une semblable déviation du rythme respiratoire ne se produit que dans les cas où les adhérences sont solides et étendues; elle paraît aussi plus constante chez les personnes âgées que chez les jeunes sujets.

On comprend très bien, si le fait est exact, qu'avec des adhérences de la plèvre gauche il se produise, en cas de péricarde sèche, une exagération de frottement à l'inspiration.

A ce moment, la paroi thoracique qui avoisine le péricarde est attirée en dedans; elle permet le contact plus intime des surfaces péricardiques; aussi le phénomène se produit-il avec plus d'intensité qu'à l'expiration puisque, à ce moment, a lieu l'écartement de la paroi costale inférieure.

Ce n'est certainement pas la femme, dont les descriptions les plus séduisantes sont soulignées par les qualifications les plus désobligeantes ou les interjections les plus cyniques, et que l'auteur, de complicité avec tous les personnages de sa fantaisie, accable avec aussi peu de générosité que de justice.

C'est donc l'homme, alors, que nous serions tout disposés à plaindre, étant fait comme il l'est, mais à qui *notre cœur*, à nous, reproche de rester insensible à ce qui lui est prodigué pour ne s'attacher qu'à ce qu'on ne peut lui donner. Jamais coquette militante, se rendant compte de ce qu'elle offre et de ce qu'elle refusera, n'a été traitée plus durement que cette créature, qui livre de son cœur et de son corps tout ce dont elle peut disposer, mais ne peut donner ce qui n'est pas en elle.

Quant à la gracieuse Élisabeth, il est difficile de s'intéresser à elle, pour la bonne raison qu'elle n'existe pas. Cette fille d'auberge, dont on nous décrit avec complaisance le corps charmant et l'attrayante sensibilité, qui en quelques jours se fait des mains de comtesse, qui s'improvise lectrice et qui passe ses nuits dans la baignoire de son maître, c'est peut-être un joli Watteau, — ce n'est pas une figure vivante.

Mme de Burne est une infirme, Mariolle un homme comme il y en a tant, et Élisabeth une figurine.

Max Durand-Fardel,
Membre de l'Académie de médecine.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

LES MICROBES DE LA BOUCHE, par le docteur TH. DAVID. 1 vol. in-8°.
Paris, F. Alcan, 1890.

Le livre que vient d'écrire M. le docteur David sur les microbes de la bouche est ce qu'on peut appeler un livre d'actualité. En effet, les médecins qui ont le plus étudié l'influence des microbes sur la genèse des maladies sont tombés tous d'accord sur ce point que les microbes pénètrent le plus souvent dans l'organisme par la bouche, avec l'air que nous respirons et les aliments que nous ingérons, et sur cet autre point que les microbes ne traversent pas seulement la bouche, mais qu'ils s'y arrêtent, et de là est née cette espèce d'aphorisme que tout le monde répète et qui pourrait servir d'épigraphe au livre de M. le docteur David : *La bouche est le réceptacle des microbes.*

Voyez, en effet, la longue liste de ces petits éléments telle qu'elle se trouve insérée à la table des matières; presque tous les microbes connus s'y trouvent : les uns sont inertes dans la bouche, et ce n'est que lorsqu'ils sont parvenus plus loin, dans les poumons ou dans l'intestin, que leurs propriétés s'éveillent; les autres sont nuisibles pour les tissus qui entrent dans la constitution de la cavité buccale : l'épithélium qui recouvre sa muqueuse, les glandes de cette muqueuse, les glandules de l'amygdale, les gencives, le tissu sous-muqueux, les lymphatiques, les tissus dentaires eux-mêmes malgré leur dureté sont attaqués, dès que certaines conditions se trouvent réunies, et détruits plus ou moins complètement, à moins que ces conditions ne soient changées, soit par un effet de réaction de l'organisme, soit par l'intervention du médecin.

C'est dans la bouche que résident les microbes qui produisent la carie dentaire, les gingivites, les stomatites, les angines, et la plus redoutable de toutes, la diphtérie. C'est là aussi que se trouvent les microbes de la pneumonie, de la tuberculose et probablement aussi de l'érysipèle dit, bien à tort, spontané.

Ainsi donc les microbes pathogènes, qu'ils soient nuisibles dans la bouche ou hors de la bouche, passent le plus souvent par cette cavité avant d'aller exercer plus loin leurs ravages. Comme conclusion pratique, on a ajouté à l'aphorisme précédent un second tout aussi capital : *Il faut avoir la bouche propre.* Cette notion qui est de la plus grande importance pour l'étude de la pathologie méritait donc d'être vulgarisée, et c'est pourquoi on doit louer beaucoup M. le docteur David de nous avoir donné un exposé très lucide de l'état de nos connaissances sur ce sujet.

Tout le monde, en effet, a intérêt à les apprendre, à être bien convaincu de leur importance; le médecin en première ligne, puis toutes les personnes qui ont, pour employer l'expression consacrée, charge d'âmes, et qui doivent veiller à ce que les enfants placés sous leur surveillance aient la bouche propre : les mères de famille, les nourrices, les chefs d'institutions doivent recommander, prescrire, faire prendre les soins de propreté de la bouche; il faudrait que chaque personne fît usage d'une brosse à dents et de substances antiseptiques capables de détruire, de neutraliser les microbes enfermés dans la bouche ainsi, que leurs produits de sécrétion. Ces soins hygiéniques, cette désinfection de la bouche doivent être pratiqués dans le cours des fièvres graves et pendant leur convalescence. C'est à cette époque, en effet, lorsque l'organisme est affaibli, que les microbes sont surtout redoutables pour lui; c'est alors que paraissent ces complications si graves, plus terribles que la maladie elle-même, pneumonies, gangrène de la bouche, angines, méningites rapidement mortelles, qu'on aurait pu prévenir peut-être si la désinfection de la bouche, la neutralisation ou la destruction des microbes avaient été faites convenablement.

Donc, en résumé, dans la prophylaxie de bon nombre de maladies et de leurs suites graves, le médecin peut avoir une intervention toute-puissante en agissant du côté de la cavité buccale. Il faut pour cela qu'il soit bien convaincu que les microbes jouent un rôle considérable dans la genèse des maladies des appareils respiratoire et digestif — que ces microbes résident longtemps dans la cavité buccale avant d'être nuisibles — qu'on peut les détruire en les poursuivant à l'aide de solutions antiseptiques dans les interstices dentaires, les replis de la muqueuse, les cryptes des amygdales, etc.

©BIU Santé

Nous espérons que cette conviction entrera dans l'esprit de ceux qui auront parcouru le livre de M. le docteur David, et c'est pourquoi nous ne saurions en conseiller trop vivement la lecture à tous les praticiens.

De nombreuses figures ajoutées au texte permettent de comprendre plus facilement ce que la description pure et simple pourrait avoir d'obscur. Enfin M. David a donné de nombreuses formules de poudres et de liquides antiseptiques pouvant servir à tenir propre la cavité buccale. — Dr Ph. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 décembre 1890. — Présidence de M. Leudet, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit les journaux et revues habituels; — la *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique*, t. X, nos 3 et 4; — la *Revue internationale de bibliographie* du docteur Rouvier (de Beyrouth), n° 3; — le *Programme des questions posées par le Congrès des Sociétés savantes à la prochaine session de 1891*.

— M. le président Abadie écrit pour s'excuser de ne pouvoir assister aux prochaines séances de la Société; il est en voyage pour quelques semaines.

— M. le docteur Jullien, professeur agrégé, chirurgien de Saint-Lazare, pose sa candidature au titre de membre titulaire.

— M. Rougon lit un rapport sur l'ouvrage de M. le docteur Chasseaud, intitulé : *La dengue et la grippe*, étude des épidémies de 1889 à Smyrne; il fait ressortir la différence complète qui existe entre ces deux maladies.

M. de Beauvais : Je viens d'écouter avec le plus vif intérêt le rapport de M. Rougon. Le travail qu'il a analysé me rappelle un récent mémoire de notre distingué membre correspondant, M. le docteur Jules Rouvier, professeur de gynécologie à la Faculté française de Beyrouth, mémoire intitulé : *De l'identité de la dengue et de la grippe-influenza*. La grippe, qui dernièrement a régné sur le monde entier, considérée au début comme une affection bénigne, est devenue rapidement une épidémie de la plus haute gravité; elle a causé une mortalité considérable par ses complications de tout genre. Elle a laissé des traces profondes et plus ou moins persistantes chez certains malades qui en ont été atteints. Elle a développé, provoqué, comme la lymphe du docteur Koch, des phthisies latentes, et donné un coup de fouet fatal à certains organismes. La nature protéiforme de cette singulière maladie, son action variable et profonde sur le système nerveux, la rapproche, à mon avis, de ces affections cérébro-spinales, d'essence rhumatismale, qui peuvent régner épidémiquement et causer des accidents mortels. Nous ne saurions trop engager tous les praticiens à faire connaître au public médical le résultat de leurs nombreuses observations, afin qu'on puisse écrire un jour, en toute sincérité, l'histoire régulière et complète de cette affection qui a causé autant de ravages que d'étonnement partout où elle s'est manifestée.

— M. Perrin communique deux observations de tachycardie. (Seront publiées.)

M. de Beauvais : J'ai eu l'occasion de revoir dernièrement la malade dont j'ai cité l'observation il y a six semaines, et je me suis empressé, suivant la demande de notre collègue M. Rougon, de recueillir les renseignements complémentaires qu'il réclamait pour donner à ce fait toute sa valeur clinique. Mme X... est âgée de 36 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin; elle est menstruée depuis l'âge de 14 ans; les règles sont peu abondantes, le sang peu coloré; leucorrhée très légère. Sa mère, qui n'a jamais eu d'autre enfant qu'elle, était maladive; elle est morte à 44 ans d'une affection que la fille ignore. Le père est mort d'accident à 40 ans. Aucune personne de la famille n'a été atteinte de maladie

©BIU Santé

du cœur. Mme X... est d'une bonne santé habituelle, d'un embonpoint modéré, d'un teint coloré. A 20 ans elle est accouchée d'un enfant mort-né. Depuis six ans seulement, elle est affectée de tachycardie ; depuis un an les crises sont plus fréquentes ; elles se manifestent deux fois par semaine. Elles durent ordinairement vingt-quatre heures ; elles surviennent brusquement, sans cause, et cessent de même. Pendant les crises, il y a un sentiment d'angoisse précordiale très prononcé, de la dyspnée, tendance à la syncope. La face se refroidit et le corps est chaud. Il y a, dans ces moments, des quintes de toux suivies d'expectoration glaireuse. Lorsque la crise cesse, il semble, dit la malade, que le cœur se décroche, et les palpitations s'arrêtent instantanément.

Mme X... n'a jamais eu de crise hystérique, ni de névralgies, ni de migraines. La région cervicale ne présente rien à noter ; la glande thyroïde est à l'état normal. Les yeux sont petits, enfoncés dans l'orbite ; la vue est bonne.

Le cœur et les poumons ne révèlent rien d'anormal à l'auscultation et à la percussion. Il n'existe aucun tremblement nerveux. L'appareil digestif fonctionne régulièrement. Le foie, la rate, l'utérus sont à l'état normal.

Mme X... dit qu'elle maigrit un peu depuis un an et qu'elle éprouve un certain affaiblissement. On ne remarque aucun œdème à la partie inférieure des jambes.

Comme l'a fait observer M. Abadie dans la dernière séance, le nom de *tachycardie* proposé par M. Bouveret exprime nettement le symptôme dominant et caractéristique de cette affection essentiellement paroxystique, sans altération du cœur. Le nom de *palpitations* que préfère M. Duroziez n'indique qu'un symptôme banal, variable, commun à toutes les maladies du cœur, et ne caractérise rien de typique. Je trouve le nom de tachycardie encore préférable aux dénominations indiquées par certains praticiens, telles que *chorée*, *ataxie*, *folie du cœur*, qui donnent une idée moins précise de cette accélération singulière, considérable, subite des battements du cœur, qui constitue le phénomène unique de la maladie et ne laisse aucun trouble après sa disparition.

M. Duroziez : Je persiste à trouver le mot *tachycardie* barbare ; pourquoi ne pas nous contenter du mot *palpitations*, qui est si bien français ? J'ajouterai que, dans les descriptions qu'on nous a données jusqu'à présent, et notamment dans les deux observations de M. Perrin, je ne saurais trouver de maladie nouvelle, particulière. Il me paraît peu utile de chercher un nom nouveau pour une maladie qu'il est si difficile de caractériser.

M. de Beauvais : Le mot *palpitations* ne signifie rien dans le cas présent ; il est trop général. On a proposé *folie du cœur*, *chorée du cœur*, etc. ; mais ces mots ne signifiaient sans doute pas exactement ce que l'on voulait dire, et M. Bouveret s'est arrêté au mot *tachycardie*. Il existe une autopsie faite par Sollier. Les faits ne sont pas si rares que semble le croire M. Duroziez.

M. Perrin : Ma première observation a trait à un goutteux ; la seconde, à une femme déjà vieille et dont les crises, après trente ans, s'étaient modifiées. On n'est donc pas en droit d'affirmer qu'aucune altération n'existait.

M. Duroziez : Je me méfie instinctivement des cas exceptionnels ; j'aime à les rattacher aux faits déjà connus et que l'on observe habituellement. Aussi, pour les malades dont on nous parle, il faudrait les avoir suivis, étudiés longuement.

M. de Ranse : Les réserves très sages de M. Perrin ne permettent guère de ranger ses observations dans la même catégorie que celles de M. Bouveret. Il serait très désirable, avant de continuer la discussion, de posséder d'abord un résumé du travail de M. Bouveret.

Élection du bureau. — *Président*. — Votants, 21 ; M. Leudet, 20 voix ; bulletin blanc, 1.

Vice-président. — Votants, 21 ; M. Dubuc, 19 voix ; M. Dubrisay, 2.

Conseil d'administration. — Votants, 18 ; M. Abadie, 16 voix ; M. Besnier, 11 ; M. Desnos, 2 ; M. Rougon, 1 ; M. de Ranse, 1.

MM. Wickham et Trousseau sont renommés secrétaires annuels à l'unanimité.

En conséquence le bureau, pour 1891, est ainsi composé :

©BIU Santé

Président, M. Leudet.
Vice-président, M. Dubuc.
Secrétaire général, M. J. Christian.
Secrétaires annuels, MM. Trousseau et Wickham.
Trésorier, M. Gillebert d'Hercourt.
Archiviste, M. Pellier.
Conseil d'administration, MM. Abadie et Besnier.
Comité de publication, MM. Trousseau, Wickham et le secrétaire général.

— Le Banquet annuel est fixé au samedi 17 janvier 1891. (Commissaires, MM. Duroziez et de Beauvais.)

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

De quelques nouvelles médications.

De la conduite a tenir dans l'infection puerpérale post-abortive,

par M. le docteur Audebert. (*Gaz. méd. de Liége*, 1890, 50, 598.)

Trois cas peuvent se présenter à la suite de rétention placentaire après l'avortement :

1° La rétention; quoique déjà longue, n'a produit aucun accident grave. Sans attendre plus longtemps l'expulsion du délivre, on désinfectera les voies génitales par des injections intra-utérines chaudes antiseptiques avec la sonde de Budin, et on cherchera à provoquer des contractions utérines. On aura recours au sublimé aux 5 millièmes, à l'acide phénique aux 20 millièmes, à l'acide borique aux 20 ou 30 millièmes, au naphtol aux 2 millièmes, à la créoline aux 2 millièmes.

Ces différents liquides seront portés à une température de 40 à 45 degrés. En même temps, on appliquera sur la vulve un tampon d'ouate salolée ou iodoformée. Tout traitement actif sera proscrit.

2° La rétention s'accompagne de frissons ou de céphalalgie annonçant que l'infection est proche, et bientôt d'une élévation de la température et de la fétidité des lochies. On doit alors intervenir immédiatement et tenter l'extraction digitale du placenta.

3° Il existe déjà des phénomènes graves d'infection : température très élevée, fétidité extrême. Pour enlever les débris de la muqueuse mortifiée et opérer le nettoyage complet de la cavité utérine, on aura recours à la curette.

Voici les règles tracées par M. Audebert pour l'extraction digitale du placenta :

La femme est placée en position obstétricale et chloroformisée, si on le juge nécessaire; le rectum et la vessie sont vidés; les ongles de l'opérateur sont brossés avec le plus grand soin; les bras savonnés jusqu'au coude, puis trempés dans le sublimé au millième; la vulve et le mont de Vénus savonnés, lotionnés à l'acide phénique; le vagin désinfecté; enfin, deux ou trois injections intra-utérines sont pratiquées.

Toutes ces précautions antiseptiques prises, on commence l'opération, qui comporte trois temps :

1er *temps*. — Pendant qu'un aide presse fortement sur le fond de la matrice, de manière à l'abaisser le plus fortement possible, l'accoucheur introduit une main dans le vagin et va à la recherche du col. Si celui-ci est fermé, l'index, au moyen d'une pression continue, parvient aisément à l'entr'ouvrir, sinon on est obligé de recourir à la dilatation soit par le dilatateur de Tarnier, soit par les éponges préparées ou les tubes de laminaria. La pince de Museux n'est pas nécessaire pour abaisser l'utérus, qui, dans les cas d'avortement, est toujours très bas.

2e *temps*. — L'index et au besoin le médius cherchent à décoller avec douceur, sans gratter avec les ongles, toutes les parties adhérentes.

3e *temps*. — On enlève les débris de la muqueuse au moyen d'une injection antiseptique intra-utérine, puis on applique un pansement salolé ou iodoformé à la vulve.

Cette opération simple, facile, à la portée de tous les praticiens, suffit dans l'immense majorité des cas. — P. N.

©BIU Santé

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES HÉMORRHOÏDES. — Audhoui.

Extrait de belladone		
Extrait thébaïque	} aâ	1 gramme.
Antipyrine		3 grammes.
Cérat saturné		10 —
Onguent populeum		30 —

F. s. a. une pommade, pour onctions sur les tumeurs hémorrhoïdales enflammées, douloureuses et non fluentes. — Lavements quotidiens pour remédier à la constipation.

N. G.

COURRIER

LA LOI SUR LA VACCINATION ET LA REVACCINATION AU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le professeur Proust, au nom de la deuxième commission de ce Comité, a lu dans une des dernières séances un rapport dont la conclusion est de rendre obligatoires la vaccination et la revaccination. Le point de départ de ce rapport a été, comme pour le rapport de M. Brouardel sur la fièvre typhoïde, une lettre de M. le président du Conseil, ministre de la guerre, qui signalait des épidémies de variole sévissant d'une façon permanente en Bretagne. A ce propos, M. Proust a lu un rapport de M. Fée, directeur du service de santé du 11e corps d'armée, rapport où l'on trouve des renseignements intéressants sur l'épidémie variolique en Bretagne : « Toutes les fois que l'invasion de l'épidémie variolique vous est annoncée dans une localité, dit M. Fée, vous ordonnez d'abord qu'aucun militaire n'y sera plus envoyé en permission, puis que tous ceux qui s'y trouveraient en congé ou en permission seront maintenus dans ces situations. Ces mesures préservatrices, d'une nécessité impérieuse, sont, cela va sans dire, maintenues tant que subsisteront tous les motifs d'inquiétude qui les avaient motivées... C'est sur les départements bretons proprement dits, le Finistère et surtout le Morbihan, que l'attention doit se porter. Pour le premier de ces départements, il n'y a pas eu moins de vingt épidémies pendant ces dernières années; elles ont entraîné pour vingt communes l'état de quarantaine militaire pendant 2,294 jours, soit pendant 115 jours par commune. Dans le Morbihan où la variole sévit d'une façon absolument permanente, l'état épidémique a été déclaré dans quarante-quatre communes; il a duré 5,018 jours, 114 jours en moyenne par commune. Il y a trop longtemps qu'en Bretagne, non seulement les vaccinations des adultes sont inconnues, mais la vaccination des enfants en bas âge est négligée; la mortalité énorme qu'ont entraînée plusieurs épidémies récentes ne permet pas de doute à cet égard. Je ne citerai dans cet ordre d'idées que l'épidémie de 1888-89, à Douarnenez; elle donnait sur une population de quatre mille âmes : 1 décès variolique en 1887; 13 en novembre 1887; 21 en décembre 1887; 37 en janvier 1888; 82 en février 1888; 132 en mars 1888. »

M. le docteur du Mesnil a rappelé à ce propos qu'en 1888 la variole a sévi dans 61 communes du Morbihan, où elle a atteint 2,844 personnes, dont 990 ont succombé; qu'en 1889, dans le même département, le nombre des communes visitées par la variole a été de 69, celui des malades de 3,496, celui des morts de 1,173. M. le docteur Bourneville a demandé que tous les étudiants de toutes les Ecoles supérieures soient obligés de se faire revacciner. M. Chauveau croit que l'intervention active des préfets et des sous-préfets pourrait être très efficace pour faire entrer la vaccination dans les mœurs. Sur la proposition de M. Brouardel, président, le comité, à l'unanimité, a émis le vœu que la loi rendit au plus tôt obligatoires la vaccination et la revaccination, et qu'en attendant l'administration, dans tous les domaines et spécialement dans les écoles, s'employât activement à les propager et, dans la mesure du possible, à les imposer.

(*Progrès méd.*)

©BIU Santé

Conférence de M. Frédéric Passy sur la crémation. — Samedi 15 décembre, M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, a fait à la salle de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, une intéressante conférence sur la crémation.

Après avoir fait remarquer, au début, que la crémation avait été remise en honneur par la France, sous la Révolution, M. F. Passy s'est attaché à démontrer l'utilité de l'incinération. Je connais, dit-il, une foule de personnes parfaitement respectables qui s'insurgent à l'idée de voir brûler leurs proches; mais, ajoute l'éloquent conférencier, l'inhumation n'est-elle pas plus terrible? Le corps déposé dans la fosse sera réduit en je ne sais quoi d'épouvantable et deviendra le germe de toutes les souillures. M. F. Passy respecte les sentiments de tous; mais il met sous les yeux de l'auditoire la décomposition de la chair aimée, le cérémonial trop long des enterrements, les germes de la maladie mortelle qu'il peut développer dans la maison où il fera, en faisant de nouveaux orphelins, couler de nouvelles larmes. L'incinération est donc préférable. M. Passy parle ensuite du principe vital et se demande en quoi la crémation peut blesser cette croyance puisque la destruction du corps aura lieu d'une façon ou d'une autre. Il se plaint également du clergé opposé à la crémation. Est-ce que, s'écrie-t-il, saint Laurent ou Jeanne d'Arc se sont vu refuser l'entrée du ciel, parce que le premier a péri sur un gril et la seconde sur un bûcher? Cela est d'autant plus invraisemblable que saint Laurent a été canonisé. Est-ce que le pompier, le sauveteur mourant brûlé dans un incendie, se verra fermer les portes du céleste séjour? Aucun membre du clergé ne pourrait le prétendre. Comme on le voit, M. Passy a pris la chose du côté impartial et, aussi, les applaudissements du quartier Saint-Germain ne lui ont pas manqué. Comme conclusion, il demande le changement du mode actuel et exhorte les auditeurs à se faire partisans de l'incinération déjà demandée et pratiquée avec avantage et qui n'atteint ni les sentiments, ni la morale, ni les croyances. Devenir poussière ou boue fétide, mieux vaut le premier mode. Encore un peu de temps et les objections matérielles et les anathèmes tomberont. Le public viendra peu à peu à la crémation qui, au point de vue de l'hygiène publique, doit désormais s'imposer. (*Progrès méd.*)

Lyon. — *Concours pour la place de directeur du Bureau d'hygiène.* — Le concours pour la place de directeur du Bureau municipal d'hygiène de la ville de Lyon s'est terminé le 12 courant par la nomination du docteur Gabriel Roux. Le jury, présidé par le maire, était composé de MM. Arloing, Barbier (de la Faculté des sciences), Clément, Fochier, Lépine, Lortet et Rollet. M. Enou (de la Faculté de droit) y a siégé pour l'épreuve de législation.

Il est à croire que la haute réputation scientifique dont jouissait le docteur Roux a écarté les candidats, car il est le seul qui ait pris part aux épreuves. Le concours n'a donc pu présenter l'intérêt palpitant qui s'attache à une lutte mouvementée; mais, s'il n'a pas passionné le public, il a captivé à un haut degré l'attention du jury qui a pu apprécier et même admirer les belles qualités du candidat. (*Lyon médical.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pichot, (de la Loupe), Roustan père (de Creil), Sognet (de Liverdun), Tanqueret (de Coutances), Verrollot (d'Ivry-sur-Seine).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX du Dr Papillaud. — Anémie, chlorose, etc.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

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 :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

I. POTAIN : La chlorose. — II. REVUE DES CLINIQUES. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — IV. COURRIER.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur POTAIN.

De la chlorose (1).

Messieurs,

Je vous disais, dans ma dernière leçon, que la chlorose avait beaucoup diminué de fréquence et j'attribuais cette diminution à l'amélioration de l'hygiène générale. Les faits ont semblé me donner tort, puisque, depuis ce moment, toute une série de chlorotiques est entrée dans notre service. Cela tient sans doute à ce que, si l'on a pu modifier les facteurs physiques de la chlorose, ses facteurs moraux sont toujours restés aussi puissants.

Je veux vous parler aujourd'hui d'une de nos nouvelles malades dont l'examen doit être fait avec beaucoup de soin, afin d'arriver à un diagnostic et à un pronostic exacts.

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans qui est couchée au n° 11 de la salle Piorry. Cette malade est peu développée, et peut-être son développement a-t-il été entravé par un accident qui lui est arrivé à l'âge de 18 mois. A cet âge, en effet, elle s'est fracturé l'extrémité supérieure de l'humérus d'une façon assez grave, et son bras droit est resté atrophié et sans force. Aussi se sert-elle presque uniquement du bras gauche. La menstruation s'est établie régulièrement à l'âge de 11 ans et elle est restée normale plusieurs années, jusqu'au moment, où la malade ayant appris la mort de sa mère pendant qu'elle avait ses règles, ces dernières s'arrêtèrent brusquement. Depuis ce moment, elles sont restées irrégulières.

Il y a quelque temps sont apparus des troubles dyspeptiques accentués. L'appétit diminua beaucoup et la constipation devint telle que la malade restait quelquefois huit jours, et même quinze jours, sans aller à la garderobe. Le teint pâlit, se décolora; il se développa de l'oppression, de l'anhélation et, comme les troubles dyspeptiques augmentaient peu à peu en même temps que se produisaient des douleurs épigastriques correspondant probablement à la phase intestinale de la digestion, la malade, remarquant cette aggravation journalière de son état, se décida à entrer à l'hôpital.

En l'examinant, on est d'abord frappé de sa coloration pâle, de sa teinte blafarde, légèrement jaune verdâtre. Elle est un peu maigre; cette maigreur diffère de ce qu'on observe habituellement dans la chlorose ordinaire; car, si vous regardez, par exemple, les malades couchées aux nos 16 et 22 de la salle, et qui sont très chlorotiques, vous voyez qu'elles ont conservé un embonpoint normal. Notre malade se plaint d'oppression, de

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 23 décembre 1890.

©BIU Santé

palpitations; son pouls est régulier, sans grande fréquence. Du côté du tube digestif, on constate l'existence d'un peu de dilatation gastrique et d'un léger clapotement et le gros intestin est un peu douloureux. Il n'y a rien d'anormal du côté de l'appareil respiratoire. En auscultant les jugulaires, on entend un souffle intense qui n'a pas une tonalité très élevée, est continu avec renforcement et ressemble, comme je vous l'ai déjà dit, à celui que l'on observe dans la première période de la fièvre typhoïde. Du côté du cœur, et c'est là le fait sur lequel je veux attirer votre attention, on trouve facilement un souffle assez marqué qui siège à la pointe; le volume de l'organe n'est pas notablement exagéré.

Ce souffle se rattache-t-il à l'hydrémie? Tel est le point que nous devons élucider.

Il est évident que la malade est hydrémique. La quantité d'hémoglobine que renferme le sang est très diminuée, de plus de moitié. Les globules sont inégaux de volume, mais leur nombre est relativement moins abaissé qu'on ne le croirait en constatant la diminution du chiffre de l'hémoglobine. D'autres malades chlorotiques du service ont beaucoup moins de globules que celle-ci.

La malade est donc certainement atteinte de chlorose. Or, rien n'est plus fréquent que les souffles de la région cardiaque dans cette maladie. La jeune femme qui est couchée au n° 16 a, par exemple, des souffles multiples que l'on trouve dans tous les points de la région précordiale. On serait donc tenté d'attribuer le souffle de notre malade à la chlorose; cependant il faut garder quelques doutes, car ce souffle a son maximum exactement au niveau de la pointe. Or, chez toutes nos autres malades, les souffles ne coïncident pas plus exactement avec la pointe qu'avec un autre orifice, et c'est là ce qu'on observe dans les cas habituels.

Nous devons d'autant plus nous tenir sur la réserve, relativement à la signification du souffle qui nous occupe, que ce bruit anormal est exactement systolique. Il commence au premier temps, se prolonge pendant le petit silence et se termine au deuxième temps. Or, je vous l'ai dit dans la dernière séance, un des grands caractères des souffles chlorotiques est d'être mésosystoliques.

Chez notre malade, la tonalité du bruit anormal est aiguë et, en même temps, il est un peu profond; chez les autres, la tonalité est un peu basse et il semble prendre naissance sous l'oreille.

Il nous faudrait donc admettre que nous nous trouvons en présence d'une insuffisance mitrale. Cependant la malade n'a jamais eu d'affection aiguë pouvant entraîner le développement d'une endocardite : ni rhumatismes, ni scarlatine, ni fièvres éruptives. De plus, son cœur n'est pas gros, ou du moins ne dépasse que peu le volume de celui des autres malades. Il n'y a donc pas d'hypertrophie, et la question se pose de savoir s'il est légitime d'admettre l'existence d'une insuffisance mitrale dans ces conditions.

Pendant longtemps j'ai cru que l'insuffisance mitrale entraînait toujours l'hypertrophie du ventricule gauche. Cependant, d'après un travail tout récent écrit à Lille sous l'inspiration du professeur Desplats, l'insuffisance mitrale pourrait exister, le volume du cœur restant normal; on a même dit que cette insuffisance ne causait jamais l'hypertrophie. Les faits recueillis sont peu nombreux; il y en a cinq en tout en ne conservant que ceux où l'on a fait l'autopsie, les observations purement cliniques étant beaucoup moins démonstratives. Dans les premiers, on a constaté pendant

©BIU Santé

la vie un souffle intense à la pointe, et sur la table d'amphithéâtre on a trouvé une insuffisance mitrale. On pourrait même faire une petite objection à ces derniers faits, car l'insuffisance mitrale est assez difficile à distinguer à l'autopsie, le mécanisme du cœur jouant certainement un rôle dans son développement. Malgré tout, il semble bien qu'on peut admettre l'existence de l'insuffisance mitrale sans hypertrophie du ventricule gauche et, du reste, ce fait était déjà connu de Forget et de Bouillaud.

Par contre, je ne pense pas que l'on puisse dire que jamais l'hypertrophie ne dépend de l'insuffisance seule ou du moins sans rétrécissement notable, car il est absolument prouvé que, portée à un certain degré, elle amène l'hypertrophie.

On peut se demander quel est le mécanisme de cette dernière puisqu'il n'y a pas eu apparence de travail exagéré pour le ventricule. La raison de l'hypertrophie est celle-ci. A chaque systole, une partie du sang contenu dans la cavité ventriculaire est lancée en arrière. Or, si la circulation se fait régulièrement, il passe dans le système artériel une quantité de sang normale; à chaque systole, le ventricule a donc à faire mouvoir la quantité de sang habituelle et une autre quantité qui passe dans l'oreillette. Il est évident qu'il a dû recevoir pendant la diastole une quantité de sang supérieure à la normale, puisque la circulation artérielle générale est supposée se faisant régulièrement. Le ventricule se dilate donc et la dilatation entraîne l'hypertrophie nécessaire, puisque la masse du sang est plus considérable, pour élever la pression dans l'aorte à ce qu'elle est normalement. Théoriquement, on comprend donc que l'insuffisance mitrale soit suivie de l'hypertrophie. En fait, cette dernière est moins fréquente qu'on ne serait porté à le croire. Le degré de l'insuffisance a une importance considérable. S'il n'existe qu'un très petit pertuis, il ne reflue qu'une quantité de sang très minime à chaque systole; l'effet mécanique est alors très peu considérable, tandis que l'effet acoustique est remarquable et qu'il se produit un bruit aigu, sonore et sifflant. L'hypertrophie manque alors, tandis qu'elle se développe dans des cas où le souffle est beaucoup moins accentué, mais la lésion mécanique plus considérable. Enfin l'hypertrophie peut se produire secondairement et tardivement à la suite de la dilatation de l'oreillette gauche et des cavités droites. Cette dilatation du cœur droit est assez facile à reconnaître, surtout parce qu'elle entraîne une déviation de la pointe au dehors. La déviation existe chez notre malade. Il ne faut pas néanmoins se hâter de conclure qu'elle dépend de l'insuffisance, car les troubles gastriques ou intestinaux peuvent très facilement lui donner naissance.

Il résulte de tout cela que le très minime degré d'augmentation du volume du cœur que présente notre malade ne doit pas faire rejeter l'insuffisance, et que cette dernière sera surtout admise si l'on s'appuie sur les caractères du bruit, sur son timbre, etc.

Or, Messieurs, il est extrêmement important d'établir l'existence ou l'absence d'insuffisance au point de vue du pronostic et du traitement. Nous n'attachons pas d'importance au grand tapage de souffle qui se produit dans la région précordiale des chlorotiques, parce que nous savons qu'un jour ou l'autre tout cela disparaîtra, quand les résistances périphériques seront suffisantes; si, au contraire, nous nous trouvons en face d'un souffle symptomatique de l'insuffisance et que cette dernière soit un peu ancienne, ce qui est le cas actuel, nous devons en conclure que nous avons affaire à une lésion permanente. L'hypertrophie du cœur apparaîtra plus tard et le pro-

©BIU Santé

nostic est grave pour deux causes. En premier lieu, la lésion, par ses progrès, entravera peut-être la circulation; car on peut craindre que, comme son apparition est restée latente, son évolution ne soit pas terminée. En second lieu, comme la lésion endocarditique s'est produite sans cause apparente, il est évident que le cœur a une grande tendance à être frappé, et que les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la pneumonie, détermineraient probablement des désordres graves de ce côté.

Le traitement est bien différent suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de lésion cardiaque. Une fois que le fer a produit son effet habituel chez les chlorotiques, on cherche à relever leur nutrition en les faisant marcher, en les soumettant aux pratiques hydrothérapiques, en les envoyant aux bains de mer. Chez une malade atteinte de cardiopathie, on ne peut songer à agir ainsi; car on provoquerait une augmentation nuisible du travail du cœur, et de plus on s'exposerait, au cas de refroidissement, à avoir un rhumatisme articulaire. Bien que, de l'autre côté du Rhin, on regarde l'exercice comme étant très utile aux cardiaques, il faut apporter dans la prescription de la marche une grande modération et on ne saurait être trop prudent. Le fer est nécessaire chez les chlorotiques pour rétablir le sang dans son état normal; quand le cœur est atteint, il ne faut le prescrire qu'avec ménagement et craindre l'excitation qu'il provoque parfois.

Tout ceci vous prouve, Messieurs, que l'étude de la chlorose est loin d'être aussi simple que l'on est tenté de le croire au premier abord, et que l'examen complet des malades est nécessaire afin d'éviter les accidents graves que pourrait provoquer le traitement classique.

REVUE DES CLINIQUES

Sur le cancer du sein, par M. le professeur Duret (1). — Je vous ai parlé, dans ma dernière leçon clinique, des théories nouvelles sur les conditions étiologiques du cancer et, en particulier, de cette curieuse maladie de Paget, où les psorospermies paraissent jouer un rôle prépondérant. Ces faits n'ont pas seulement un intérêt scientifique; Wickham cite une observation où il a pu, dans un eczéma parasitaire du mamelon, empêcher le développement consécutif du cancer par des applications répétées de sublimé.

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'une question qui a un intérêt plus grand encore : les causes de récidive du cancer du sein et le manuel opératoire qu'il convient de suivre. D'après les statistiques allemandes, la récidive se produit presque toujours rapidement, et ce n'est que dans 17 p. 100 des cas qu'elle se fait attendre deux ou trois ans. C'est la fréquence des récidives rapides qui a engagé, depuis quelques années, les chirurgiens à extirper largement le mal, en pratiquant l'ablation complète de la mamelle, et à aller à la recherche des ganglions de l'aisselle pour les enlever en totalité.

Depuis cinq ou six ans, je ne fais plus une seule opération du cancer du sein sans ouvrir largement le creux de l'aisselle, même quand la palpation ne m'y a rien fait percevoir; dans un seul cas, je n'ai trouvé aucun ganglion suspect; souvent, au contraire, j'ai été conduit à aller en chercher jusque dans le creux sus-claviculaire. Un de mes élèves, M. Thomas, a fait sur ce sujet sa thèse inaugurale.

Cette nouvelle méthode m'a donné d'excellents résultats, et je pourrais citer cinq ou six cas de cancer, dont deux au moins gros comme les deux poings, qui n'ont pas récidivé depuis plus de quatre à cinq ans.

De quelle façon le cancer du sein récidive-t-il? Un chirurgien allemand, Heidenhain, a fait à ce sujet d'intéressantes recherches. Pendant plusieurs années, il a recueilli tous

(1) Suite et fin. — *Journal des sciences médicales de Lille*, 1890, n° 50.

©BIU Santé

les cancers du sein qu'il a eu l'occasion d'opérer; il les a divisés en petits cubes de la superficie à la profondeur; il a pu ainsi pratiquer l'examen histologique séparé des portions de la grande tumeur voisine de la peau et de celles qui confinent au grand pectoral, ou se mélangent, chez les personnes obèses, à la couche de tissu graisseux qui recouvre immédiatement le grand pectoral. Heidenhain a pu néanmoins se rendre compte qu'en certains points de la peau ou des parties profondes le bistouri avait porté en pleines traînées cancéreuses, et que c'est en ces points que se faisait la récidive.

Avant d'aller plus loin, il me faut faire appel à vos souvenirs sur la question des lymphatiques du sein. Sappey en décrit deux couches : l'une sous-cutanée, péri-aréolaire, d'où se détachent deux ou trois gros troncs, qui vont se jeter dans les ganglions superficiels antérieurs de l'aisselle; l'autre, profonde, dont les vaisseaux cheminent entre les lobules pour venir aboutir au réseau péri-aréolaire et se déverser dans les ganglions de l'aisselle par l'intermédiaire des deux troncs signalés précédemment. Ingebraus, dans ces dernières années, a complété l'étude des lymphatiques de la mamelle; il a reconnu l'existence de vaisseaux qui partent de la face profonde de la glande, perforent le grand pectoral, cheminent à sa face postérieure, et vont se jeter dans les ganglions profonds du creux axillaire. On verra donc le cancer se propager, tantôt vers ces lymphatiques profonds, antôt vers les lymphatiques sous-cutanés.

Pour éviter de laisser les lobules aberrants de la glande, qui pourraient être envahis par le néoplasme, il est de règle d'enlever l'aponévrose du grand pectoral. A plus forte raison est-ce nécessaire, quand la tumeur présente des adhérences à sa partie profonde avec le muscle. Pour les reconnaître, on saisit la glande mammaire et on cherche à la mobiliser en tous sens; mais il faut, au préalable, mettre en contraction le grand pectoral; pour cela, j'engage la malade à s'efforcer de repousser ma main avec le membre supérieur du côté de la tumeur. Les adhérences sont quelquefois considérables; j'ai dû plusieurs fois réséquer une grande partie du pectoral.

Il ne suffit pas, d'après Heidenhain, d'enlever l'aponévrose musculaire; alors même que l'examen clinique ne donne pas la notion d'adhérences, le cancer suit souvent les lymphatiques profonds d'Ingebraus et pénètre, avec eux, dans les interstices musculaires; d'où le conseil de sculpter dans le muscle quand il est envahi. Heidenhain a même, plusieurs fois, enlevé le grand pectoral dans sa totalité en le coupant au niveau de ses attaches sternales, claviculaires et humérales, sans qu'il y ait eu consécutivement une grande gêne dans les mouvements du bras.

Je résume les causes de la récidive locale dans les cancers du sein : la peau, quand on ne l'a pas enlevée assez largement; les lobules aberrants de la glande; les vaisseaux lymphatiques qui s'infiltrent dans le grand pectoral. La récidive, au niveau des ganglions axillaires, est relativement plus rare quand le curage de l'aisselle a été pratiqué avec beaucoup de soin.

Comment faut-il opérer un cancer du sein? C'est sur les différents faits énoncés plus haut que nous baserons les détails de notre intervention. Pour enlever largement la peau, je fais une incision elliptique comprenant toujours la région cutanée suspecte, le mamelon et son aréole, ainsi que le trajet probable des deux gros troncs lymphatiques décrits par Sappey. De l'extrémité externe de cette ellipse, qui atteint l'angle antéro-interne de l'aisselle, je fais partir une incision (la queue de la raquette) parallèle au bord inférieur du grand pectoral, qu'elle suit à deux travers de doigt de distance jusqu'à son insertion humérale. Je dissèque successivement les deux lèvres de l'ellipse, me rapprochant de la peau et ne m'arrêtant que bien au delà de la circonférence du sein, au niveau des fibres musculaires. Je dédole alors, comme dans une dissection d'amphithéâtre, l'aponévrose du grand pectoral parallèlement aux fibres. On voit parfois, sur certains points, des vaisseaux pénétrer dans le grand pectoral; à leur niveau, on taille dans le muscle et l'on applique des pinces à forci-pressure, car ces petites artères donnent beaucoup de sang; les lymphatiques profonds, susceptibles de propager le cancer, sont leurs satellites. Quand la face profonde de la mamelle est détachée complètement, on bascule toute la glande vers le creux de l'aisselle, où elle adhère par une queue de tissu assez large qui renferme les gros troncs collecteurs, sur lesquels j'ai déjà attiré plusieurs fois votre attention. Abandonnant à peu près complètement le bistouri,

©BIU Santé

on opère de douces tractions sur cette traînée de tissu cellulaire, et on arrive à attirer en même temps qu'elle les ganglions qui sont cachés par le bord antérieur du grand pectoral. On les dégage en partie avec les doigts, en partie avec les ciseaux ou le bistouri; mais il faut ici user de prudence, à cause de la présence de la veine axillaire; j'ai pu, toutefois, dans deux ou trois cas, la réséquer sans qu'il soit survenu d'accidents. La tumeur étant enlevée, il faut examiner avec soin le creux de l'aisselle et enlever les ganglions qui pourraient y être encore restés.

La réunion des deux lèvres de l'ellipse est ordinairement facile, mais il est indispensable d'assurer un drainage sérieux. Pour cela, je fais une première incision dans le fond du cul-de-sac inférieur de l'ellipse; j'en fais une deuxième à travers le grand dorsal, un peu en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate; le drain qui y passe assure l'écoulement, quand la malade est dans le décubitus, des liquides qui pourraient s'accumuler dans la partie inférieure du creux de l'aisselle. Enfin je place un troisième et dernier drain dans l'angle interne de ma plaie. Il ne reste plus alors qu'à faire les sutures cutanées au crin de Florence et le pansement.

Convient-il, dans tous les cas de cancer du sein, de pratiquer l'ablation totale de la glande? Fréquemment, ce large sacrifice est nécessaire et constitue, joint au curage de l'aisselle, le sûr moyen d'éviter la récidive. Certains auteurs pensent que le cancer est une maladie générale de la glande et qu'elle réside en puissance dans tous les départements du tissu glandulaire. C'est une opinion un peu exagérée.

J'ai quelquefois, depuis plusieurs années, et sans retour du mal, fait des extirpations partielles ou segmentaires, mais uniquement dans les variétés de cancers limités que j'ai désignés sous le nom de cancers lobulaires ou lobaires. Il faut toujours, concurremment, ouvrir l'aisselle et l'évider des ganglions suspects.

Dans ces circonstances, l'opération consiste à tailler à travers la peau et en plein dans le tissu glandulaire, au moins à deux centimètres de la masse néoplasique, un segment comprenant celle-ci et une zone importante de tissus sains. La partie enlevée a la forme d'un prisme à cinq pans dont les faces correspondent à la peau, en dedans et en dehors aux régions voisines de la glande, et enfin à la face profonde du côté du grand pectoral; la base est à la périphérie; le sommet s'avance jusqu'à la base du mamelon; de la sorte, les canaux galactophores émergeant des lobules extirpés sont enlevés en même temps qu'eux. On ferme la cavité, qui résulte de l'ablation, par des sutures profondes au catgut qui rapprochent les parties séparées de la glande en même temps qu'elles traversent les parties profondes du muscle pectoral. Des sutures superficielles au crin de Florence unissent les bords de la peau, de la périphérie du sein, au mamelon. On obtient ainsi un globe mammaire plus petit et plus saillant, mais sauvegardant suffisamment les apparence extérieures, ce qui n'est pas à dédaigner chez les jeunes femmes.

Ces extirpations partielles exigent une antisepsie plus rigoureuse peut-être et un soin plus minutieux dans l'affrontement des parties que les extirpations locales; car, dans les premières, on ouvre largement les espaces lymphatiques, les canaux galactophores, et on s'expose ainsi à des accidents de rétention. Un drainage judicieux les prévient aisément.

Gardez-vous, Messieurs, si vous faites des extirpations partielles, d'employer les anciennes méthodes qui consistaient à saisir, avec une pince de Museux, la tumeur et à couper au hasard tout autour après l'avoir simplement soulevée. Cela est rapide; mais que de fois n'ai-je pas vu la récidive à bref délai! Soyez méthodiques et enlevez avec précision un segment suffisant de l'hémisphère glandulaire.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre 1890. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Fracture de l'olécrâne et suture osseuse. — Polype fibreux naso-pharyngien.

M. Vachér (d'Orléans) préconise l'emploi du *salicylate de mercure* comme antiseptique.

©BIU Santé

Pour le préparer, on fait agir le sublimé avec des solutions diluées de salicylate de soude. La solution de salicylate de mercure ne renferme pas d'alcool et n'est pas irritante. En injections hypodermiques, le salicylate est très utile dans la syphilis; ces injections ne sont pas douloureuses.

— M. Lucas-Championnière fait un rapport sur une observation de M. Michaux relative à un cas de *fracture de l'olécrâne* traitée par la suture osseuse.

Un ouvrier traversant, le 1er mai, la place de la Concorde reçut un coup de sabre à la base de l'olécrâne. Il fut immédiatement amené à l'hôpital Beaujon, où l'on appliqua un pansement antiseptique. Le lendemain, M. Michaux, trouvant la plaie bien nette, fit la suture des os à l'aide de deux fils d'argent. Il plaça ensuite le membre dans l'extension dans un appareil et sutura la plaie au crin de Florence en laissant en dehors les extrémités des fils d'argent, afin de pouvoir les retirer facilement. La réunion eut lieu par première intention sans que le malade ait eu de fièvre.

Le quinzième jour, le blessé commença à fléchir le bras; le trentième jour, M. Michaux présenta son malade et l'on put constater que la consolidation était complète. Il fut facile de faire l'ablation des fils d'argent et, au moment où le patient fut présenté pour la seconde fois à la Société, les fonctions du membre étaient parfaites.

M. Lucas-Championnière insiste sur l'intérêt de cette observation, qui montre que la suture osseuse de l'olécrâne, peu employée en France, donne d'excellents résultats et que ce procédé de traitement des fractures mérite d'être appliqué plus souvent.

Cependant il y a quelques critiques de détail à adresser à M. Michaux. M. Lucas-Championnière pense que la mobilisation aurait dû être commencée plus tôt et que, de plus, il aurait mieux valu placer le membre dans la demi-flexion, certainement préférable à l'extension. La raideur consécutive à la fracture aurait disparu plus vite. D'autre part, il est inutile de chercher à enlever les fils d'argent, ce qui complique l'opération et n'est pas toujours facile. Il est démontré maintenant que le séjour des fils n'est pas nuisible.

L'observation de M. Michaux montre que la suture osseuse est applicable aux fractures de l'olécrâne comme à celles de la rotule. On peut être certain de la guérison quand on a suturé une fracture. M. Lucas-Championnière commence, dès le huitième jour, à imprimer quelques mouvements passifs aux genoux après la suture de la rotule. Les opérés peuvent commencer à marcher du dix-huitième au vingt-cinquième jour et ils n'ont pas d'atrophie musculaire. Le mode de traitement peut être appliqué aussi bien dans les fractures fermées que dans les fractures ouvertes, et l'ouverture d'un foyer de fracture n'est pas dangereuse si l'opération est faite d'une façon rigoureusement antiseptique. Lister a fait quelques opérations de suture de l'olécrâne.

M. Michaux a cherché à n'introduire les fils dans l'articulation que le moins possible. Cette précaution n'est pas indispensable et on peut la négliger.

M. Berger reconnaît que le malade de M. Michaux s'est bien trouvé de l'opération; cependant, il ne pense pas que cette opération soit applicable à tous les cas de fracture de l'olécrâne. Si la fracture a lieu près du bec de l'os, la consolidation se fera difficilement; mais il n'en sera pas de même dans une fracture oblique de la base de l'apophyse, car alors les surfaces de contact sont considérables. La suture ne doit, surtout, pas être employée de parti pris quand la fracture est fermée.

D'autre part, il ne semble pas à M. Berger qu'il soit bon d'abandonner toujours les fils, car il est possible qu'ils provoquent plus tard de l'irritation de la jointure. On pourrait remplacer les fils d'argent par du crin de Florence. L'extension du membre est souvent utile et il n'y a qu'à faire attention à ne pas la prolonger trop longtemps; dans ces conditions, elle n'expose pas à des raideurs articulaires.

M. Lucas-Championnière maintient que la suture osseuse doit être regardée comme le traitement de choix dans les fractures de l'olécrâne et dans celles de la rotule. Dans ces dernières il conduit à une réparation complète. Le séjour des fils n'a jamais entraîné d'accidents; les opérés marchent très bien et n'ont pas d'atrophie musculaire.

M. Berger pense que la suture est loin d'être toujours nécessaire dans les fractures de la rotule.

©BIU Santé

— M. Berger présente des pièces provenant d'une *résection du genou* faites pour une tumeur blanche. Avant l'opération il semblait que les lésions devaient être fort peu avancées. Cependant une fois la synoviale fongueuse enlevée on trouva que le condyle externe du fémur était détruit et qu'il y avait des masses tuberculeuses dans l'épiphyse tibiale. La résection était donc nécessaire.

M. Lucas-Championnière pense aussi que les lésions sont toujours plus graves qu'elles ne le paraissent; cependant M. Bazy a trouvé le tibia sain dans une arthrectomie. M. Le Dentu regarde la tuberculose latente des os comme très fréquente, et MM. Peyrot et Schwartz ont trouvé des foyers osseux dans la plupart des cas, même quand les cartilages paraissaient intacts.

M. Chénieux (de Limoges) a opéré un jeune homme de 17 ans, qui présentait des épistaxis abondantes, une grande gêne respiratoire et de l'exophthalmie, symptômes dus à un polype naso-pharyngien. La tumeur occupait des prolongements dans le sinus maxillaire gauche, dans la fente ptérygo-maxillaire et dans la narine droite.

M. Chénieux a fait une trachéotomie préalable et a enlevé la tumeur par le sinus maxillaire ouvert largement. La récidive s'est produite un an plus tard.

Élections. — M. Terrier est nommé président de la Société pour 1891; M. Chauvel, vice-président; MM. Richelot et Bouilly, secrétaires; M. Reclus, archiviste; M. Schwartz, trésorier.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel auxiliaire de la chaire de clinique des maladies des voies urinaires est composé comme suit :

Chef de clinique : M. le docteur Albarran. — Chef de laboratoire (bactériologie et histologie) : M. le docteur Hallé. — Chef de laboratoire (chimie) : M. le docteur Chabrié.

Distinction honorifique. — M. le docteur Diday (de Lyon) vient d'être nommé à l'unanimité membre honoraire de la Société de syphiliologie et de dermatologie.

Cette distinction, conférée spontanément, honore en la personne du doyen de la double spécialité tous ceux dont les travaux et les découvertes ont donné à l'école lyonnaise son renom européen.

Russie. — Le 20 septembre, a eu lieu à Saint-Pétersbourg l'inauguration solennelle de l'Institut de médecine expérimentale, fondé par le prince Alexandre d'Oldenbourg, en présence de MM. Chamberland, délégué de l'Institut Pasteur; Mation Chaine, délégué anglais et Pfuhl, délégué allemand.

— L'épidémie cholérique de l'Espagne pouvant être considérée comme finie, le gouvernement français vient de rapporter toutes les mesures de précaution qu'il avait prises en vue d'empêcher l'importation de la maladie en France.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Lucien Boyer, ancien médecin du Luxembourg et du Sénat, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 22 décembre 1890, à l'âge de 82 ans. — M. L. Boyer était un vieux et fidèle ami de l'*Union médicale;* sa mort nous laisse les plus vifs regrets.

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

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Fin du Tome L (Troisième Série.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

©BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES DU TOME L

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1890.

A

Abadie, v. Syphilis.
Abcès. — cérébraux d'origine otique, O. Korner, anal., 18. — du foie, traitement par l'incision, Hache (Acad. de méd.), 116. — du foie, Laveran (Soc. méd. des hôp.), 152. — gazeux sous-diaphragmatique, Debove (Soc. méd. des hôp.), 623.
Académie des sciences. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Comptes rendus des séances de l'—, *passim*.
Académie de médecine. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Comptes rendus des séances de l'—, dans tous les numéros du jeudi.
Accidents. — tétaniques, deux observations, E. Martinez, 231.
Accouchées, v. Température.
Accouchement. Difficulté de la provocation de l'—, Pajot, anal., 727. — prématuré artificiel, indications et méthodes opératoires, Calderini, anal., 776. — provoqué, sa technique, Treub, anal., 777. —, v. Anesthésiques.
Acétanilide. Produits de l'— dans le corps humain, Mörner, anal., 141.
Acide. — lactique, v. Diarrhée.
Adénite, v. Pédiatrie.
Adénoïdes. Les tumeurs — et les laryngites striduleuses, Ragoneau, anal., 535.
Affections. — ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme, Du Castel, 169, 217, 265, 313, 349, 373, 421, 445, 493, 507, 529, 544, 589, 617, 637.
Afrique. Dans les ténèbres de l'—, Stanley, anal., 235.
Albuminurie. Pathogénie de l'— et de la néphrite brightique, Semmola (Acad. de méd.), 166. — et néphrite interstitielle séniles, Chabrely, anal., 872.
Alexie. Un cas d'—, Swan Burner, anal., 357.
Aliénation, v. Neurologie.
Alopécies. Des —, Fournier, 758, 793, 841.
Amblyopie. — tapagique, Baker, anal., 189. — des astygmates, Martin, rapport de Javal (Acad. de méd.), 383.
Anatomie. Traité d'— de l'homme, Debierre, anal., 714.
Anémie, v. Eau.
Anesthésiques. Etude des divers — dans les accouchements naturels, Chaigneau, anal., 630.
Anesthésie. Nouveau procédé d'— locale, Voituriez, anal., 487.
Angine. Traitement de l'— diphthéritique par la glace, Sevestre (Soc. méd. des hôp.), 301.
Aniline. Les couleurs d'— en thérapeutique, anal., 391.
Ankylose. Traitement des — de la hanche, Vincent, discussion, anal., 381.
Annexes. Extirpation des — de l'utérus, v. Chirurgie.
Anosmie. L'— et son traitement, Dundas-Graut, anal., 5.
Anthropométrie. Manuel d'— crânio-cérébrale, M. Benedikt, anal., 677.
Antipyrèse. De l'—, Cantani (Congrès de Berlin), 270.
Antipyrétiques. Action comparée des divers —, Crombie, anal., 176.
Antipyrine. L'— dans quelques maladies des enfants, P. Chéron, 283. —, incompatibilités, Millard et Campbell Stark, anal., 345. —, v. Pédiatrie.
Antisepsie. L'— en obstétrique, Fritsch, anal., 775.
Antiseptique. Sur un — gazeux, son action sur la bactérie pyogène de l'infection urinaire, Chabrier (Acad. des sc.), 814. —, v. Chirurgie.
Antiseptiques. Les — dans les accouchements, Tarnier et Widal, anal., 321.
Anurie calculeuse, Féréol (Soc. méd. des hôp.), 621.
Anus contre-nature, v. Entéro-anastomose.
Aorte. Les procédés d'exploration de l'—, Peter, 1.
Apophyses geni. Prothèse des —, Guermonprez (Acad. de méd.), 275; rapport de Guérin (ibid.), 383.
Appendicite. Observations d'—, Reclus (Soc. de chir.), 212; discussion, Berger, Richelot, Routier (ibid.), 598; Schwartz (ibid.), 680. — chez la femme, Richelot, 625.
Arthrectomie. L'— et la résection du genou, Richelot, 817; discussion (Soc. de chir.), 837, 873.
Asepsie. Manuel d'—, Vinay, anal., 670.
Asphyxie. — par la vapeur de charbon, Laveran (Soc. méd. des hôp.), 22.
Assurance. Essai sur l'— mutuelle en cas de maladie, Gallet-Lagoguey, anal., 331.
Assurances. Dictionnaire de médecine à l'usage des — sur la vie, E. Moreau, anal. 114.
Asthme. Traitement de l'— par la strychnine,

©BIU Santé

Mays, anal., 298. — chez les enfants, Blache, 674.
Ataxie. — locomotrice, fracture de jambe, Christian, 87. — locomotrice d'origine syphilitique, Gaucher, anal., 105.
Atrophie. — des membres inférieurs dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, Chambrelent, anal., 777.
Atropine, v. Morphine.
Atropo-morpho-chloroformisation, v. Chloroforme.
Automatisme. — comitial ambulatoire, Chantemesse (Soc. méd. des hôp.), 21.
Autoplastie, v. Ulcères.

B

Bactéries. Les — et leur rôle dans les maladies infectieuses, Cornil et Babès, anal., 225.
Bactériologiques. Sur les recherches —, Koch (Congrès de Berlin), 247.
Bains. — froids, v. Pneumonie.
Baromètre. —, carreau de vitre, Rueckert, anal., 67.
Barth, v. Néphrite.
Baumel (L.), v. Coqueluche.
Bayet, v. Hémato-chylurie.
Bégaiement. — hystérique, Ballet (Soc. méd. des hôp.), 55.
Blache, v. Enfance, Asthme.
Boissons. Accidents produits par les — chargées d'essences, Lancereaux (Acad. de méd.), 920.
Borax. Le — dans l'épilepsie, Stewart, anal., 114.
Bouchard, v. Infection.
Bouche. Les microbes de la —, Th. David, anal., 931.
Bright. Le mal de — *a frigore* est une maladie infectieuse, Laffitte, anal., 500. —, v. Neurologie.
Bromuration. — et antisepsie intestinale, Ch. Féré, anal., 632.
Bromure. Le — d'or dans le traitement de l'épilepsie, anal., 78.
Bubas. Sur les contagieuses et maudites —, F.-L. de Villalobos, trad. Lanquetin, anal., 449.
Bubons. Traitement des — chancrelleux, Désir de Fortunet, anal., 379.
Bulletins. — sur les séances de l'Académie de médecine, etc., L.-H. Petit, dans tous les numéros du samedi.

C

Cactus grandiflorus. — dans les maladies du cœur, Engstad, anal., 655.
Calcanéum. Fractures du —, Guermonprez, rapport de Chauveau (Acad. de méd.), 452.
Calcul. — intestinal, Richelot (Soc. de chir.), 119.
Calomel. — et bromure de potassium, incompatibilité, Mouflier, anal., 344.
Cancer. — de l'estomac sans troubles digestifs, Siredey (Soc. méd. des hôp.), 694. — du sein, variétés et origines, Duret, 906, 940.
Cannabis indica. Le — dans les dyspepsies et les névroses gastriques, G. Sée (Acad. de méd.), 166.
Cartier (F.), v. Eau.
Cataracte. L'opération de la — et son pansement, Valude, 806. De la —, Dehenne, anal., 630.
Cathétérisme. — rétrograde, Boursier, rapport de Brun (Soc. de chir.), 911.
Cellules lymphatiques. Rôle des — dans la protection de l'organisme contre le bacillus anthracis et dans le mécanisme de l'immunité acquise, Phisalix (Acad. des sc.), 779.
Céphalalgie et massage, Norström, anal., 188.
Cervelet. Vaste foyer hémorrhagique du —, Ladreit de Lacharrière, 28.
Chancre. — syphilitique de la lèvre pris pour un herpès, Gémy, anal., 105. — syphilitique, ulcération, Du Castel, v. Affections.
Chantemesse et Widal, v. Pseudo-tuberculose.
Chasse. Origine de la —, de la pêche et de l'agriculture, G. de Mortillet, anal., 101.
Chéron (P.), v. Antipyrine, Hémoglobinurie, Endocardites, Chlorose.
Chimisme. Du — stomacal à l'état normal et pathologique, Hayem (Soc. méd. des hôp.), 128.
Chirurgie. L'état actuel de la — antiseptique, Lister (Congrès de Berlin), 248. — cérébrale, v. Neurologie. — et gynécologie, travaux des Congrès de 1890 (obstruction intestinale, péritonite tuberculeuse, extirpation du rectum, résection de l'estomac et de l'intestin, psorospermose vésicale, tumeurs malignes, extirpation de l'utérus, de ses annexes), 337.
Chlorodyne. Injection de — dans la diarrhée grave, Cimbali, anal., 67.
Chloroforme. Discussion sur le — (Acad. de méd.), 19, 53, 79. — associé à l'atropine et à la morphine, Reynier, discussion (Soc. de chir.), 178. Traitement de la phthisie pulmonaire par le —, Potter, anal., 880.
Chlorose. Traitement de la — grave par les émissions sanguines, Wilhelmi, anal., 176. La —, P. Chéron, 601, 829. De la —, Potain, 901, 937.
Cholécystectomie, Terrier (Acad. de méd.), 488.
Cholécystentérostomie. La —, 517.
Cholécystotomie. — pour ictère, Terrier (Acad. de méd.), 645.
Christian, v. Ataxie.
Cirrhose, v. Hémorrhagies.
Clinique. Leçons de — médicale, Rendu, anal., 629. Conférences de — infantile, Legroux, 865, 877.
Cocaïne. —, applications à l'oculistique, Kroll, anal., 358. —, emploi comme autocique, Selmar, anal., 487. —, un cas d'empoisonnement, Kayser, anal., 537.
Cocaïnisme. — aigu, Hallopeau (Acad. de méd.), 799.
Code manuel des médecins et des pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale, L. Collin, anal., 151.
Cœur. Bruits du — du fœtus pendant l'accouchement, Lavaux (Acad. des sc.), 716. Traité clinique des maladies du —, Duroziez, anal., 796. Notre —, par Guy de Maupassant, feuil-

©BIU Santé

leton par Max Durand-Fardel, 925. —, v. Statistique.
Colchicine. Empoisonnement par la —, Sprega, anal., 551.
Collections. Diagnostic et traitement des — tubaires, Landau (Congrès de Berlin), anal., 461.
Collyres. Des — en général, usages, abus et inconvénients, Truc, anal., 892.
Congestion. — pulmonaire et pleurésie, Potain, 747.
Congrès. — de 1890 (Berlin, etc.), 209, 224, 232, 247, 255, 270, 295, 301, 318, 337, 355, 368. — de l'Association française, à Limoges, 265, 289, 325.
Conjonctivite. Applications du sublimé dans la — granuleuse, Guaita, anal., 641.
Constipation. De la — et de l'aliénation mentale, Fevat, anal., 513.
Coqueluche. De la — chez l'enfant, Baumel, 913. —, v. Statistique.
Correspondance, 140.
Courant. Le — continu en gynécologie, G. Gautier, anal., 788.
Courrier. —, règlements, nominations, concours, légion d'honneur, renseignements divers, dans tous les numéros.
Crâniectomie. De la — dans la microcéphalie, Lannelongue (Acad. des sc.), 42.
Crésalol. Le — et le sulfaminol, anal., 323.
Croissance. Etude sur la — et son rôle en pathologie, Springer, anal., 862.
Curage. Traitement de la paramétrite par le —, Riffa, rapport de Guéniot (Acad. de méd.), 453.
Curette. D'un emploi nouveau de la —, Pajot, anal., 727.
Cyanose. Un cas de — névropathique, Tordeus, anal., 860.

D

Dépopulation. — de la France, discussion à l'Acad. de méd., 116, 453, 489, 527, 560, 572, 609, 645, 691, 728, 798, 846. — et civilisation, étude démographique, A. Dumont, anal., Richelot père, 589.
Dermatologie. — et syphiligraphie, travaux des Congrès de 1890 (lèpre, syphilis, excision du chancre), 295; (syphilis, myocardites, affections fonctionnelles du cœur), 318.
Dermographie et simulation, Féréol (Soc. méd., des hôp.), 765.
Désarticulation. Nouveau procédé de — de l'épaule, Félizet, rapport de Segond (Soc. de chir.), 910.
Diagnostic. — des maladies chirurgicales, E. Albert, anal., 273.
Diarrhée. Traitement de la — par l'acide lactique, Hayem (Soc. méd. des hôp.), 21. — infantile, traitement par le lait stérilisé, Comby (Soc. méd. des hôp.), 539.
Diathèse. Sur la — goutteuse, Baudon (Acad. de méd.), 560.
Dieulafoy, v. Pseudo-tuberculose.
Digestion. — pancréatique, v. Pédiâtrie.
Digitale. Action de la — sur la température, Leidy, anal., 189.
Diphthérie, v. Maladies.
Dispensaire. Hôpitaux et —, P. C., 565, 608.
Dubuc, v. Lithotritie.
Du Castel, v. Affections.
Dujardin-Beaumetz, v. Estomac.
Duodénum. — et hernies duodénales, Jannesco, anal., 321.
Duplay (Profr), v. Mal.
Dyspeptiques. Sur les troubles — dans l'enfance, Moncorvo, anal., 343.

E

Eau. — chloroformée pour le lavage de l'estomac, Bianchi, anal., 189. — oxygénée et ozone, action antiseptique, Gibier (Acad. de méd.), 237. — salée en injections dans l'anémie grave, F. Cartier, 385, 399.
Ecthyma. — scabieux et ulcérations tertiaires; des alopécies, Fournier, 758.
Eclampsie. Recherches récentes sur la nature et le traitement de l'—, 498.
Eczéma. — curateur, Amat, rapport de Chauvel (Soc. de chir.), 502.
Elections. — à l'Acad. de méd., 846, 920. — à la Société de chirurgie, 944.
Electricité. Traitement des fibromes utérins par l'—, Richelot (Soc. de chir.), discussion, 117, 177. —, castration ovarienne et hystérectomie abdominale, Richelot (Soc. de chir.), 716; discussion, 718, 753.
Electrothérapie. Manuel d'— gynécologique, Brivois, anal., 919.
Eléphantiasis. — du testicule, Le Dentu (Acad. de méd.), 237.
Emplâtres. Préparation des — à froid, Cavaillès, anal., 343.
Encyclopédie. — d'hygiène et de médecine publiques, anal., 534.
Endocardites. Les — infectieuses, P. Rodais, 482.
Endométrite, v. Métrite.
Enfance. La protection de l'— dans le département de la Seine, Blache, 242.
Enfants. La santé de nos —, Corivaud, anal., 273.
Entéro-anastomose. — pour anus contre nature, Chaput (Acad. de méd.), 798.
Entérolithe, v. Calcul.
Enurèse, v. Pédiâtrie.
Epilepsie. —, hystérie et idiotie, Bourneville, etc., anal., 321.
Erysipèle. Multiplicité des méthodes de traitement de l'—, emploi du sublimé, Calliano, anal., 226. —, recherches sur le microbe, Leroy, anal., 334.
Erythème. De l'— noueux des enfants, Comby (Soc. méd. des hôp.), 765.
Estomac. Considérations historiques sur les maladies de l'— et leur traitement, Dujardin-Beaumetz, 97. —, résection, v. Chirurgie. —, v. Ulcère, Cancer.
Eucalyptol, v. Menthol.
Eucalyptus. — contre la céphalalgie, Weir-Mitchell, anal., 176.
Eventration. — à la suite d'une couche, Le Dentu (Soc. de chir.), 719.
Exalgine. Valeur analgésiante de l'—, Fraser, anal., 513. De l'—, Desnos (Acad. de méd.), 525.

©BIU Santé

Exercice. L'hygiène de l'—, F. Lagrange, anal., 449.
Exostoses. — ostéogéniques multiples, Legroux (Soc. méd. des hôp.), 54; Barthélemy (ibid.), 83.

F

Facultés. — de Paris, Lyon, Bordeaux, etc., règlements, nominations, récompenses, etc., *passim;* thèses de doctorat, 57, 107, 119, 131, 141, 202, 214, 238, 251, 263, 395, 430, 467, 886, 898.
Fatigue, v. Maladies.
Fer. Élimination du — par l'urine, Gottbeb, anal., 846.
Feuilletons.— Causeries, Simplisime (L.-H. Petit), dans tous les numéros du samedi; sujets divers, *passim.*
Fibrome. — utérin et salpingite suppurée, Richelot, 553.
Fibromes, v. Électricité. —, traitement des hémorrhagies, Lohlein, anal., 141. —, v. Myomes.
Fièvre. — typhoïde, traitements et mortalité, rapport de Merklen (Soc. méd. des hôp.), 56; discussion (ibid.), 151.— typhoïde, v. Maladies. —, essai sur la pathogénie, d'après Cantani, G. Lévy, 388. — jaune, traité théorique et clinique, Bérenger-Féraud, anal., 752. — — typhoïde, artérites et complications cardiaques, nature et traitement, Potain, Baumel, 535. — typhoïde, variations de la mortalité, Merklen (Soc. méd. des hôp.), 621. — intermittente chez les enfants de Paris, Périer (Soc. de méd. prat.), 646. — typhoïde, traitement par les bains, Juhel-Renoy (Soc. méd. des hôp.), 672.
Fistule. — rétro-pénienne, Piedpremier, rapport de Chaumel (Soc. de chir.), 501. — bilaire, v. Cholécystotomie. — pénienne, procédé nouveau, Leprévost (Soc. de chir.), 682.
Fistules. Traitement des — recto-vaginales, Le Dentu (Soc. de chir.), 502; Félizet, rapport de Segond (ibid.), 754; Bazy, Quénu, etc., 561, 788. — urinaires graves, Delorme, rapport d'Hortcloup (Soc. de chir.), 563.
Foie. Résection partielle du —, Terrillon (Acad. de méd.), 237. Chirurgie du —, Périer (Acad. de méd.), 526. —, v. Abcès.
Folie. — intermittente, v. Neurologie.
Formulaire, *passim* dans tous les numéros. — de thérapeutique appliquée, Ferrand, anal., 140.
Fournier, v. Syphilis, Ecthyma, Alopécies.
Fracture. — de l'olécrâne, Michaux, rapport de Lucas-Championnière (Soc. de chir.), 943.

G

Gall et ses doctrines, Nivelet, anal., 378.
Gastralgiques. Les — et la gastralgie, Peter, 205.
Gavarret. Mort de —, 325.
Goîtres. Les — sporadiques, Charvot (Revue de chir.), 547.—, traitement par la ligature des artères thyroïdiennes, Rydygier, anal., 547.
Gouffé. L'affaire —, acte d'accusation, rapports, etc., anal., 909.
Goutte. De la — dans la gorge, Morell-Mackensie, anal., 500.
Graucher, v. Poly-adénopathie, Scoliose.
Greffe. — en peau de grenouille dans la restauration des paupières, Gillet de Grandmont, anal., 106. — thyroïdienne, v. Myxœdème.
Grippe. La — au point de vue chirurgical, Verneuil (Acad. de méd.). 274. —, leçons cliniques. Villard, anal., 309. —, v. Influenza.
Grossesse. Un cas de — nerveuse, L. Cortella, anal., 102. — gémellaire, hydramnios, Phocas, anal., 725.
Guarana. Le — contre la diarrhée chronique, Shinn, anal., 309.
Gynécologie. Leçons de — opératoire, Vulliet et Lutaud, anal., 65. — clinique et opératoire, Pozzi, anal., 607.

H

Hanche, v. Ankylose.
Hématémèse, v. Varices.
Hémato-chylurie. — non parasitaire, Bayet, 423.
Hématomyélie, v. Neurologie.
Hématozoaires, v. Impaludisme.
Hémianopsie. — par pertes utérines, Chevallereau, anal., 359.
Hémoglobinurie. L'— paroxystique, P. Chéron, 409.
Hémorrhagies. — gastro-intestinales dans la cirrhose hépathique, Debove (Soc. méd. des hôp.), 573. Les — en gynécologie et leur traitement, Terrillon, Lomer, anal., 667.
Hérédo-syphilis. Autopsie de 27 cas d'—, Barthélemy, anal., 104.
Hôpitaux. — et dispensaires, P. C., 565, 608.
Hydrocèle, v. Nück.
Hydropisie. Un cas d'— généralisée essentielle, Tordeus, anal., 824.
Hygiène. — élémentaire publique et privée, Amblard. anal., 473.
Hystérectomie. Traitement du pédicule dans l'— abdominale, Richelot, 382, 661. — abdominale, statistique, Terrier (Soc. de chir.), 790.
Hystérie. De l'— simulant la chorée de Sydenham, Debove (Soc. méd. des hôp.), 539.
Hystéropexie. — abdominale dans les rétrodéviations, Baudouin, anal., 471.
Hystéro-traumatisme. Leçons sur l'—, Grasset, anal., 298.

I

Ictère, v. Pédiâtrie.
Immunité. La théorie de l'—, V. Cantu, anal., 103.
Impaludisme. Localisations cardiaques de l'— aigu, Rouzier, anal., 210. Recherches des hématozoaires de l'—, Laveran, 301.
Infection. Essai d'une théorie de l'—, Bouchard (Congrès de Berlin), 232.
Influenza. —, symptômes oculaires, Sedan, anal., 358. —, v. Grippe, Oreille.

©BIU Santé

Injections. — d'eau salée, v. Eau.
Insolation. —, troubles visuels, Backer et Hotz, anal., 358.
Intestin. Résection de l'—, v. Chirurgie.
Iodoforme. L'— est-il un antiseptique? anal., 322.
Iodol. Usage interne de l'—, anal., 236.
Isolement. — des contagieux en France et en Angleterre, Lutaud et Douglas Hogg, anal., 813.

K

Koch, v. Tuberculose.

L

Ladreit de Lacharrière (Dr), v. Cervelet.
Lait. Constitution du —, Béchamp (Acad. de méd.), 201.
Lancereaux, v. Urémie.
Langue. Deux cas d'affections rares de la—, Bock, anal., 414.
Le Dentu, leçon d'ouverture, 698.
Legroux, v. Clinique.
Lèpre, v. Dermatologie.
Lettre de Suisse, F. Dumont, 835.
Leucocytes. Recherches sur les —, Maurel (Acad. de méd.), 489.
Lithotritie. Deux cas de — chez la femme, Dubuc, 184.
Lupus. Bacille de Koch et agents de suppuration dans l'évolution du —, Leloir (Acad. des sc.), 815.
Luxation. — du nerf cubital, Annequin, anal., 379.
Luxations. Traitement opératoire des — anciennes de la hanche, Ricard, rapport de Nélaton (Soc. de chir.), 788.

M

Mal. Le — perforant, Duplay, 37.
Maladies. Leçons sur les — microbiennes, Cabadé, anal., 17. — mentales et nerveuses, études cliniques, Falret, anal., 151. — microbiennes, influence de la fatigue sur leur évolution, Charrin et Roger, anal., 332. — mentales et nerveuses, hygiène et traitement, Kovalewsky, anal., 343. — générales, travaux des Congrès de 1890 (fièvre typhoïde, diphthérie), 368. Pratique des — vénériennes, Diday, anal., 640. Leçons sur les — mentales, Ball, anal., 845.
Marin. Insuffisance du traitement — chez les scrofuleux, Iscovesco (Acad. de méd.), 419.
Massage, v. Céphalalgie. — de l'œil, Willmaers, anal., 190. — dans les fractures, Crickx, Lebrun, anal., 548. — dans les inflammations parotidiennes et mammaires, Zemblinoff, anal., 631.
Médecine. Précis de — légale, Ch. Vibert, anal., 263.
Médecins. Les — normands du XIIe au XIXe siècle, J. Roger, anal., 113.
Médicaments. Quelques — nouveaux en otiatrique, anal., 415.
Médications. De quelques nouvelles —, P. N., 91, 286, 406, 466, 478, 679, 767, 802, 827, 839, 934.
Méningite. — par coup de revolver, Netter, anal., 334.
Menthol. — et eucalyptol dans les affections de l'oreille moyenne, Bromer, anal., 379.
Mer, v. Marin.
Mercure. Elimination du — selon le mode d'emploi, Winternitz, anal., 678.
Métrite. — du col et du corps, Doléris, rapport de Polaillon (Acad. de méd.), 200. —, accidents du traitement par le chlorure de zinc, Pozzi, discussion (Soc. de chir.), 561, 597.
Microbes, v. Bouche.
Microcéphalie, v. Craniectomie.
Morphine. La — antidote de l'atropine, anal., 250.
Myocarde. La sclérose du —, Viti, anal., 225.
Myomes. Pathologie et traitement des — de l'utérus, E. Lauwers, anal., 235.
Myopie. La — chez les grands fauves, Motais (Acad. de méd.), 847.
Myxœdème. — amélioré par la greffe thyroïdienne, Merklen (Soc. méd. des hôp.), 730.
Nécrologie, *passim* dans le Courrier.

N

Néphrite. De la — scarlatineuse, Barth, 133. —, v. Albuminurie.
Nerf. — optique. v. Rétine. — cubital, v. Luxation.
Nerfs. Les artères et les veines des —, Quénu et Lejars (Acad. des sc.), 715.
Neurasthénie. — et franklinisation interne (Acad. de méd.), 847.
Neurologie. — et psychiatrie, travaux des Congrès de 1890 (paralysie générale, aliénation, hématomyélie, folie intermittente, syphilis), 255; (chirurgie cérébrale, mal de Bright), 277; (mal de Bright, diabète, anémies), 301.
Névroses. — réflexes d'origine nasale, Dress, Moore, anal., 310.
Nouveau-nés, v. Sécrétion.
Nück. Canal de — et hydrocèle réductible, L.-G. Richelot, 457; rapport de Tillaux (Acad. de méd.), 419.

O

Obstruction intestinale, v. Chirurgie.
Occlusion. — intestinale dans les tumeurs abdominales, Ricard, rapport de Routier (Soc. de chir.), 910.
Œdème. Une petite épidémie d'— infectieux, Cochez, anal., 846.
Œil, v. Massage. —, nerfs de l'hémisphère antérieur, Boucheron (Soc. de biol.), 308.
Œsophage. Cancer de l'— à début dyspnéique, Gaucher (Soc. méd. des hôp.), 130.
Olécrâne, v. Fracture.
Ophthalmie. Traitement de l'— sympathique, Abadie (Acad. de méd.), 694.
Oreille. Lésions de l'— causées par les bains froids, Nimier, anal., 310. —, caractères de

©BIU Santé

ses maladies pendant l'influenza, Hennebert, anal., 394.
Orexine. Sur le chlorhydrate d'—, Schmitt, anal., 634.
Ostéite. — et périostite typhiques, Chantemesse (Soc. méd. des hôp.), 82.
Ostéomyélite. — chronique du fémur, Bergeat (Acad. de méd.), 201.
Otite. Micro-organismes dans l'— moyenne diphthéritique, Siebeumann, anal., 714.
Ouraque. Calcul de l'—, Gennaro, anal., 550.
Ovariotomie. Statistique de 200 cas d'—, Terrillon (Soc. de chir.), 11.
Ozone, v. Eau.

P

Paget. Maladie de —, Wickham, anal., 330.
Paralysie. — générale, v. Neurologie. — générale, coïncidence avec la syphilis, Alex. Paris, 327. — infantile, v. Pédiâtrie. — du moteur oculaire commun à rechûtes, Visseering, anal., 358. — faciale hystérique, Gilbert Ballet (Soc. méd. des hôp.), 731; Chantemesse (ibid.), 621. — des deux nerfs moteurs oculaires communs d'origine hystéro-traumatique, Debove (Soc. méd. des hôp.), 886.
Paralysies. — nucléaires et — à rechûtes des troisième et septième paires, Bernhardt, anal., 359.
Parfums. Histoire des —, Chardin, etc., anal., 263.
Pathologie. Manuel de — interne, Vanlair, anal., 3[illegible]8. — générale, 3e édition, Hallopeau, anal., 549. — et clinique infantile, Descroizilles, 2e édition, anal., 584, 880.
Peau. Traité descriptif des maladies de la —, Leloir et Vidal, anal., 199. Traitement des maladies de la —, Brocq, anal., 249.
Pédiâtrie, travaux des Congrès de 1890 (antipyrine, paralysie infantile, tétanie, digestion pancréatique, ictère, énurèse, adénite), 333.
Péricardite. Influence du rythme respiratoire et des adhérences pleurales sur le frottement de la —, C. Vinay, anal., 927.
Péritonite. Traitement de la — tuberculeuse, Routier (Soc. de chir.), 10. — tuberculeuse, v. Chirurgie. — chronique syphilitique, Sézary et Renauld, anal., 379. — à pneumocoques, Gailliard (Soc. méd. des hôp.), 729. — tuberculeuse, traitement par la ponction suivie de lavage, Debove (Soc. méd. des hôp.), 538. — tuberculeuse, laparotomie, Routier (Soc. de chir.), 875.
Péroné. Traitement des fracture du —, Trenthardt, anal., 8.
Peter (Profr), v. Aorte, Gastralgiques, Révulsion.
Pharynx. Le phelgmon infectieux du —, anal, 309.
Phelgmon. — infectieux du pharynx et du larynx. Merklen (Soc. méd. des hôp.), 693. — rétro-laryngé, Rendu (Soc. méd. des hôp.), 764.
Pied-bot. — paralytique, Phocas, rapport de Kirmisson (Soc. de chir.), 11.
Pinard, v. Placenta.
Placenta. Conduite à tenir dans l'insertion vicieuse du —, A. Pinard, 13. — prœvia, Braxson Hicks, anal., 690.
Pleurésie. — purulente traitée par la méthode de Walther, Hache (Acad. de méd.), 383. —, 3 cas chez l'enfant, Baumel, anal., 826. — causée par le bacille typhique, Bacelli, anal., 550. — purulente, traitement par les injections intra-pleurales, Fernet (Soc. méd. des hôp.), 575; Laveran (ibid.), 621.
Plomb. Le — dans l'eau de Seltz, Moissan (Acad. de méd.), 847.
Pneumonie. Traitement de la — grave par les bains froids, Barth (Soc. méd. des hôp.), 22. — étiologie chez les enfants, Neumann, anal., 106. — v. Quinine.
Pneumothorax. Quelques points cliniques sur le —, Fazio, anal., 869.
Poisons. Les — de l'air, Gréhant, anal., 378. Traité des —, Hugounenq, anal., 779.
Polaillon, v. Uranoplastie.
Poly-adénopathie. La — tuberculeuse, Grancher, 783.
Polype. — fibreux naso-pharyngien, Chénieux (de Limoges) (Soc. de chir.), 944.
Polyurie, v. Vessie.
Potain, v. Congestion, Chlorose.
Prix. — de l'Académie, 881, 896.
Pseudo tuberculose. Une — mycosique, Dieulafoy, Chantemesse et Widal, 181.
Psorospermies. — dans les épithéliomes, Vincent, etc., anal., 335.
Psorospermose. — vésicale, v, Chirurgie.
Puberté. Développement de la —, Axel Key (Congrès de Berlin), 270.
Pupillaires. Examens des symptômes —, Heddens, anal., 331.
Pyo-pneumothorax. Le drainage dans les —, Hache (Acad. de méd.), 311.
Pyo-salpingites, v. Salpingo-ovarites.

Q

Quinine. De l'emploi de la — dans la pneumonie, Atkinson, anal., 236. Sensations acoustiques provoquées par les sels de —. Berthelot (Acad. des sc.), 813.
Quinisme. Formes rares et graves du —, Atkinson, anal., 359.
Quinquaud (Dr), v. Trichophytie.

R

Rage. Modes de transmission de la —, Galtier, anal., 333.
Rate. Rupture de la — dans le cours de la fièvre typhoïde, Santi Flavio, anal., 102.
Recherches, v. Bactériologiques.
Rectum. Extirpation du —, v. Chirurgie.
Réquisition. Du droit de — des médecins experts, Horteloup, anal., 763.
Résection. La — du genou, Lucas-Championnière (Soc. de chir.), 211; Berger (ibid.), 944. —, v. Arthrectomie.
Respiration. — artificielle hypodermique, Cobes (Acad. de méd.), 275.
Rétine. — et nerf optique dans les affections du cerveau, Felser, anal., 357.
Rétrécissement. Traitement du — lacrymal,

©BIU Santé

Galezowski; rapport de Chauvel (Acad. de méd.), 559. — généralisé du système artériel, Renault (Soc. méd. des hôp.), 847.
Rétrécissements. Traitement des — traumatiques de l'urèthre, Horteloup (Acad. de méd.), 489.
Révulsion. La —, Peter, 721.
Rhinologie. Mesures thérapeutiques en —, Gordon, anal., 311.
Richelot (L.-G.), v. Nück, Arthrectomie, Fibrome, Appendicite, Hystérectomie.
Rupture. — utérine, Guéniot (Acad. de méd.), 237.

S

Salicylate de mercure. — dans les affections syphilitiques des yeux, Hermon, anal., 359. — comme antiseptique, Vacher (d'Orléans) (Soc. de chir.), 942.
Salol. Du —, Hirtz (Soc. méd. des hôp.), 670.
Salpingo-ovarites. Traitement des — suppurées, Bouilly, discussion (Soc. de chir.), 46, 92; Marchand (ibid.), 735; Pozzi (ibid.), 909. —, v. Collections.
Salpingite. De la — blennorrhagique, Terrillon, anal., 460. —, v. Collections, Fibrome.
Sanatorium. Inauguration du — du Canigou, L.-H. Petit, 541.
Sarcomes. — de l'utérus, Terrillon (Soc. de chir.), 790.
Scaphandres. Accidents de l'emploi des —, Catsaras, anal., 813.
Scarlatine. Traitement de la — par l'acétate d'ammoniaque, Vidal (Acad. de méd.), 202.
Scoliose. Sur un cas de —, Grancher, 685.
Scrofuleux, v. Marin.
Sécrétion. — lactée chez les nouveau-nés, Variot (Soc. méd. des hôp.), 153.
Sein, v. Cancer.
Septicémie. Note sur les rapports de la — gangréneuse et du tétanos, Verneuil (Acad. des sc.), 706.
Société. — de chirurgie, 10, 92, 117, 177, 211, 501, 561, 597, 680, 716, 753, 788, 837, 873, 909, 942. — méd. des hôpitaux, 21, 54, 80, 128, 151, 538, 573, 621, 670, 692, 729, 764, 799, 847, 886, 921. — de dermatologie, 104. — de médecine pratique, 35, 71, 646. — de médecine de Paris, 70, 131, 514, 584, 739, 863, 932. — de médecine de Lyon, 415, 427. — de médecine de Montpellier, 450. — de médecine de Rouen, 463. — médicale de Reims, 474.
Sociétés et Congrès, leurs travaux, 8, 68, 104, 522, 535, 642. —, v. Congrès.
Stapfer (H.), v. Température.
Statistique. — des maladies du cœur dans les hôpitaux, en août et septembre 1890, Duroziez, 579. — des médications de la coqueluche, Baginski, anal., 640.
Strabisme. Traitement du —, Motais, rapport de Javal (Acad. de méd.), 383.
Strontium. Action du — et de ses sels, Laborde, anal., 200.
Styrone. — dans l'otite moyenne, anal., 501.
Sulfaminol, v. Crésalol.
Surdité. La — par bouchon cérumineux, Duplay, 73. — labyrinthique consécutive à la grippe, Lannois, anal., 474.
Suspension. — dans l'ataxie, Gilles de la Tourette, anal., 534.
Syphilis. — médullaire précoce, Gilbert (Soc. méd. des hôp.), 81. —, aujourd'hui et chez les anciens, Buret, anal., 89. —, contagion tardive, Mauriac, anal, 105. — tertiaire et — héréditaire, Mauriac, anal., 175. —, des artères cérébrales, Sedan, anal., 358. — des nourissons, Fournier, 709. — et mariage, Fournier, anal. par Barthélemy, 568. — oculaire sénile, Abadie, 586. —, v. Hérédo-syphilis, Chancre, Neurologie, Dermatologie.
Syphilitique. Anomalies de l'injection —, Taylor, anal., 8.
Syringomyélie. — et maladie de Morvan, Joffroy (Soc. méd. des hôp.), 80.

T

Tabès. Troubles de l'organe auditif dans le — dorsal, Morpurgo, anal., 19.
Tachycardie. — paroxystique essentielle, Debove (Soc. méd. des hôp.), 921.
Taille. Observation de — pararaphéale, Chavernac, 363.
Température. Remarques sur la — des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs, H. Stapfer, 159, 196, 220. — normale, causes de son exagération vespérale, E. Maurel, anal., 764.
Ténotomie. — à ciel ouvert, Phocas, rapport de Kirmisson (Soc. de chir.), discussion, 10, 45.
Tétanie, v. Pédiâtrie.
Tétanos. Etiologie du —, Peyraud, rapport de Nocard (Acad. de méd.), 526. —, présence du bacille dans les excréments du bœuf et du cheval, Sanchez Toledo et Veillon, anal., 633. —, v. Accidents, Septicémie.
Thermo-cautère. Manière de conserver le — en bon état, anal., 473.
Thèses, v. Facultés.
Tic. — spasmodique du voile du palais, Dieulafoy (Soc. méd. des hôp.), 692; Legroux (ibid.), 765.
Toxémie. — cataméniale, Henrot (Acad. de méd.), 799.
Tractus uvéal. Intervention chirurgicale dans la tuberculose du —, Valude, 290.
Traitement, v. Marin.
Trépanation. — pour une fracture du crâne, Hache (Soc. de chir.), 119. — à la suite des blessures de la tête, Vaslin (Acad. de méd.), 167; rapport de Chauvel, 559.
Trichophytie. Prophylaxie et traitement de la —, Quinquaud, 49.
Tuberculose. — des ouvriers en soie, P. Givre, anal., 90. — en Belgique, Destrée et Gallemaerts, anal., 298. —, traitement par le remède de Koch, 649, 733, 745, 757, 769, 773, 781, 805, 849, 853, 905. — pleurale et pulmonaire, traitement chirurgical, Tillmanus, anal., 678. —, études expérimentales et cliniques, t. II, fascicule II, anal., 871. —, v. Pseudo-tuberculose, Tractus uvéal, Polyadénopathie.
Tumeur. — d'apparence épithéliale, Kum-

©BIU Santé

mer, rapport de Nimier (Soc. de chir.), 838.
Tumeurs. — malignes, v. Chirurgie. — d'origine thérapeutique, Augagneur, anal., 379 —, v. Fibromes, Electricité, Adénoïdes. — blanches. Production expérimentale de — par injection du bacille de Koch, Courmont et Dor (Acad. des sc.), 780.
Tunique vaginale. La — préexiste-t-elle au testicule dans le scrotum? Roy, anal., 739.

U

Ulcère. Traitement de l'— de l'estomac, Anderson, anal., 299.
Ulcères. Traitement des — de jambe par l'autoplastie, P. Berger (Acad. de méd.), 558.
Ulcéreuses. Affections —, v. Affections.
Uranoplastie. — en deux séances, Polaillon, 64.
Urémie. Les conditions pathogéniques et le traitement de l'—, Lancereaux, 109, 123, 145.
Urine. Action de l'— sur les tissus, Tuffier, anal., 9.
Urticaire. — de la langue, Bock, anal., 641.
Utérus, v. Myomes, Chirurgie.

V

Vaccine. La — obligatoire au point de vue de la défense nationale, Amat, rapport de Hervieux (Acad. de méd.), 489.
Vaccinifère. Prophylaxie de la tuberculose et substitution de la chèvre à la génisse comme sujet —, Bertin et Picq, anal., 909.
Valude, v. Tractus uvéal.
Varices. — œsophagiennes et hématémèses dans l'alcoolisme chronique, Letulle (Soc. méd. des hôp.), 573.
Variole. Traitement antiseptique de la —, Bianchi, anal., 115.
Vésicule. Dilatation énorme de la — biliaire, Terrier (Acad. de méd.), 920.
Vessie. Distension de la — et polyurie, Duponchel (Soc. méd. des hôp.), 799.
Viburnum prunifolium. Le —, anal., 390.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.