Bibliothèque numérique
medic@

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

1895, Quatrième série, n° 01. - Paris : Octave Doin, 1895.
Cote : 90068

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90068x1895x01

90068



L'UNION MÉDICALE

QUATRIÈME SÉRIE — TOME I — 1895

50e ANNÉE

90068

L'UNION MÉDICALE

DIRECTEURS :

Partie Chirurgicale

L.-G. RICHELOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Partie Médicale

H. RICHARDIÈRE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL COCHIN

RÉDACTEUR EN CHEF :

EUGÈNE ROCHARD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX



90068

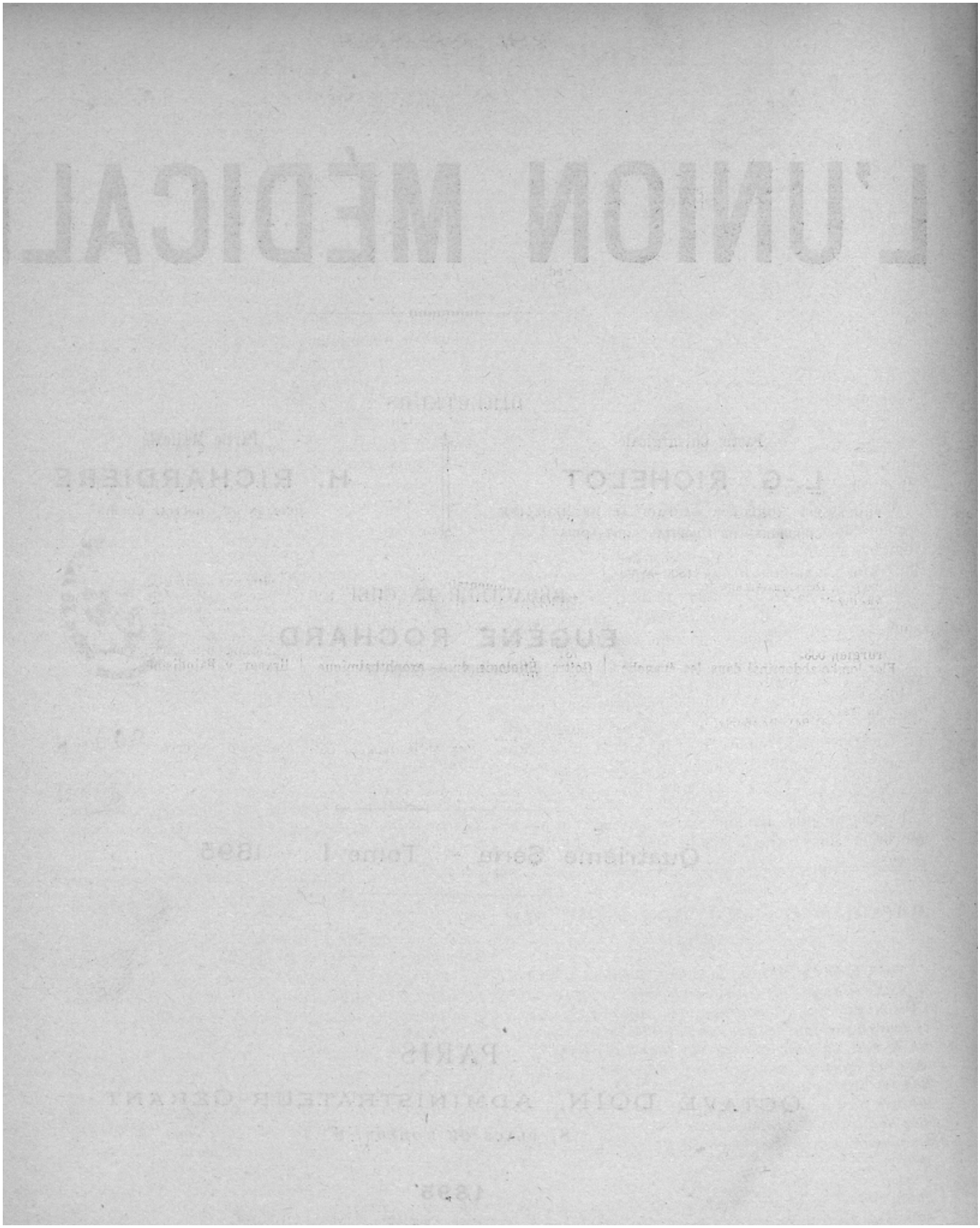
Quatrième Série — Tome I — 1895

PARIS

OCTAVE DOIN, ADMINISTRATEUR-GÉRANT

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1895



N° 1. L'UNION MÉDICALE 5 Janvier 1895.

SOMMAIRE

I. H. Richardière : L'entérite muco-membraneuse.
II. Programme de *l'Union médicale*.
III. Chaput : Le bouton de Murphy.
IV. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Société de Chirurgie; 2° Société médicale des Hôpitaux.
VI. Revue des travaux étrangers : Chirurgie.
VII. Échos et nouvelles.

L'ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE

Par H. RICHARDIÈRE.

I

L'entérite muco-membraneuse est caractérisée par l'évacuation de selles constituées presque exclusivement par une substance d'apparence muqueuse ou albumineuse, tantôt fragmentée en flocons demi-liquides, tantôt concrète et formant des fausses membranes.

Van Swiéten, qui a décrit le premier cet état particulier des selles, appelait cette variété d'entérite : diarrhée glutineuse. Good, frappé par l'espect tubuleux que prennent parfois les fausses membranes excrétées, lui a donné le nom de diarrhée tubulaire.

Actuellement, elle est désignée indifféremment sous le nom d'entérite pseudo-membraneuse ou d'entérite muco-membraneuse. Le terme d'entérite pseudo-membraneuse prête à la confusion et évoque à tort l'idée d'une manifestation intestinale de la diphtérie. Celui d'entérite muco-membraneuse est, au contraire, en rapport avec la nature de la substance évacuée par les selles.

II

L'entérite muco-membraneuse est-elle une entité morbide, une colite spéciale, ou n'est-elle qu'un symptôme qui peut être observé dans plusieurs affections intestinales de causes différentes.

Dans la deuxième hypothèse, on admet que la diarrhée muco-membraneuse peut exister dans un certain nombre d'entérites, les unes inflammatoires, les autres infectieuses ou toxiques. Elle serait souvent causée par la dyspepsie intestinale.

Pour considérer la diarrhée muco-membraneuse comme une maladie spéciale de l'intestin, on s'appuie sur ce fait que les selles muco-membraneuses sont caractéristiques. Composées de mucus et d'éléments provenant de la muqueuse, elles diffèrent absolument des autres variétés de selles membraneuses, telles qu'on les observe dans la dysenterie ou dans l'empoisonnement par le sublimé. L'examen histologique permet de leur attribuer un mode de formation uniforme.

Quelle que soit l'opinion adoptée, il est certain que la diarrhée muco-membraneuse nécessite un état particulier des glandes de l'intestin. Quand cet état existe, la formation des produits muco-membraneux peut se faire sous l'influence de tous les processus qui ont pour effet d'irriter la muqueuse intestinale.

III

L'évacuation des selles muco-membraneuses se fait dans des conditions variables. Trois cas peuvent se présenter.

PROGRAMME de L'UNION MÉDICALE en 1895

Nous avons annoncé, dans nos derniers numéros de l'année 1894, les transformations qu'allait subir L'Union médicale. *Nous présentons aujourd'hui à nos lecteurs notre journal sous sa nouvelle forme. Comme on le voit, sa physionomie est tout autre : son format est agrandi, ses caractères sont changés. Il est devenu hebdomadaire. Il coûtait 32 francs par an, était le plus cher de tous les journaux de médecine; son abonnement annuel n'est plus que de 5 francs; les proportions sont renversées : il devient le meilleur marché !*

Aux améliorations matérielles correspondent des changements dans la rédaction. La partie médicale, sous la direction de M. Richardière, *médecin de l'hôpital Hérold, va prendre un nouvel essor, en laissant toujours la place qui leur est due à la chirurgie et à l'hygiène.*

Chaque numéro contiendra dans ses premières colonnes un article de fond ayant trait tantôt à la médecine, tantôt à la chirurgie, tantôt à la thérapeutique, tantôt aux spécialités, et se succédant chaque semaine dans l'ordre que nous venons d'indiquer. — Les Sociétés savantes seront rédigées de façon à intéresser le lecteur; rien n'est, en effet, plus aride que le compte rendu banal forcément trop court pour donner les communications in extenso, *et trop long s'il est incomplet. Nous pensons, au contraire, qu'un résumé, ayant un corps, est plus agréable à lire, donne assez de renseignements et permet de se reporter aux sources mêmes quand on en a besoin.*

C'est dans cet esprit que vont être faits les comptes rendus de l'Académie de Médecine, de la Société médicale des Hôpitaux, qui sera signé par M. Richardière, *et de la Société de Chirurgie, qui continuera à être*

Exceptionnellement, la diarrhée muco-membraneuse apparait inopinément, sans symptôme précurseur ou concomitant, au milieu d'une santé parfaite.

Plus souvent, elle est précédée de coliques et de diarrhée simple. Je l'ai observée chez une malade atteinte depuis plusieurs semaines de troubles intestinaux, consistant en coliques extrêmement vives et en diarrhée abondante survenant immédiatement après les repas. Abstraction faite de cette diarrhée, qui suivait l'ingestion des aliments, la santé était excellente.

Dans une troisième série de faits, le début de l'entérite muco-membraneuse rappelle celui d'une infection gastro-intestinale. Plusieurs jours avant l'excrétion des selles membraneuses, les malades présentent des symptômes analogues à ceux de l'embarras gastrique fébrile ou de la fièvre typhoïde au début.

Quel qu'ait été le mode de début, l'aspect des selles est caractérisque.

Elles sont formées par une substance muqueuse, agglomérée en pelotons ou concentrée en membranes.

Les pelotons muqueux, d'apparence glaireuse, ressemblent à du blanc d'œuf cru ou à du frai de grenouille. Ils sont rendus isolément ou mélangés à des matières fécales, auxquelles ils adhèrent et qu'ils recouvrent d'un voile glutineux. Quand les pelotons muqueux sont rendus isolément, ils sont parfois pris pour des selles dysentériques. Ils en diffèrent par leur masse beaucoup plus considérable, par leur coloration blanc-grisâtre et par l'absence de sang.

L'excrétion de pelotons muqueux constitue la variété glaireuse de l'entérite muco-membraneuse.

Dans la variété membraneuse, la substance excrétée est concrète et presque solide. Elle est organisée en membranes qui ont la consistance du blanc d'œuf cuit. Leur couleur est jaunâtre ou grisâtre.

Les membranes expulsées sous cette forme ont un volume variable. Suivant leur degré de fragmentation, elles sont filiformes ou rubanées. Filiformes, elles ressemblent à des oxyures ou à des fibres végétales non digérées. Rubanées, elles peuvent être prises pour des fragments de tænias. Il est souvent nécessaire de recourir à l'examen microscopique pour reconnaître la nature de ces membranes. Dans un fait cité par Potain, un malade expulsa une membrane de 38 à 40 centimètres de longueur, qui fut considérée comme un fragment de tænia. J'ai vu commettre une semblable erreur, et Woodwart en a rapporté plusieurs exemples.

Quand la fragmentation fait défaut, la substance muco-membraneuse peut être évacuée sous forme de membranes arborescentes, reproduisant le moule de l'intestin.

La composition histologique et chimique des glaires et des membranes est identique. Les deux variétés des selles muco-membraneuses sont uniquement dues à des états moléculaires différents de la substance sécrétée par les glandes de l'intestin.

Les produits glaireux et membraneux examinés au microscope sont formés presque exclusivement de mucus. La fibrine fait presque totalement défaut. Les seuls éléments organisés appréciables à l'examen microscopique sont des cellules épithéliales cylindriques, des noyaux cellulaires ou des granulations protoplasmiques.

La composition histologique des selles muco-membraneuses montre qu'elle sont dues à une

---

rédigée par M. Eugène Rochard. *Les autres Sociétés savantes feront l'objet de revues se succédant de mois en mois. Toutes les questions concernant la dignité et les intérêts professionnels continueront à être défendus dans nos colonnes. En cela, la nouvelle* Union *tiendra à honneur de suivre les traces de l'ancienne.*

Les chroniques d'hygiène paraîtront tous les quinze jours comme par le passé. C'est la même plume qui les écrira, c'est en dire assez. Nous resterons aussi fidèles à nos anciennes traditions en donnant deux fois par mois un feuilleton qui aura, nous en sommes convaincus, le même légitime succès que par le passé.

Enfin, les Sociétés, les travaux français et étrangers seront analysés d'une façon particulière. Ils seront étudiés au point de vue critique, et, dans les revues qu'on trouvera à la fin de notre numéro, nos collaborateurs auront eu le soin de choisir les sujets les plus importants, de les rassembler et de les grouper de façon à en faire un tout.

Comme on le voit, nous voulons faire du journalisme médical, étudier et critiquer scientifiquement les faits, et nous pensons qu'à côté de la feuille de reportage et de sténographie, qui tend de plus en plus à ressembler à un index-catalogue, il y a place pour un journal parlant sa langue, prenant contact avec son lecteur et triant pour lui les faits qui peuvent l'intéresser.

Tel est le programme de L'Union médicale, *qui inaugure ainsi un mode de publication nouveau. En entrant dans sa cinquantième année, elle adresse un pieux souvenir à ses anciens rédacteurs et fondateurs :* Amédée Latour, Richelot, Aubert Roche.... *Elle continuera, nous l'espérons, à marcher sur leurs traces.*

LA DIRECTION.

altération très superficielle de la muqueuse intestinale et de ses glandes. Elles diffèrent donc complètement des selles dysentériques.

La réaction triacide d'Ewald démontre également la présence de la mucine à l'exclusion de la fibrine (Pariser).

Dans l'analyse chimique des selles muco-membraneuses, on trouve une substance albuminoïde coagulable, de la mucine, les sels qu'on rencontre dans les excrétions intestinales, les phosphates, une petite quantité de cholestérine (Potain).

IV

Les douleurs abdominales figurent en première ligne parmi les symptômes qui accompagnent la diarrhée muco-membraneuse. Exceptionnellement, les coliques font défaut. Le plus ordinairement, les selles muco-membraneuses sont précédées de coliques, quelquefois légères et passagères, parfois extrêmement vives et comparables par leur intensité aux douleurs de la colique hépatique ou de la colique néphrétique. Les coliques sont fréquemment localisées à la partie gauche du ventre et suivent le trajet du côlon descendant et de l'S iliaque.

Avec ces coliques, qui se calment après l'évacuation des produits muco-membraneux, il existe une douleur à la palpation du côlon.

Le ventre est ballonné ; l'estomac et les côlons sont distendus. La tympanite abdominale est généralisée.

A la palpation du ventre, on note l'absence de tout empâtement, de toute rénitence localisée.

Au point de vue de l'état général, deux cas peuvent se présenter.

Chez quelques malades, la diarrhée muco-membraneuse, précédée ou non de coliques, se produit en l'absence de tous symptômes généraux. L'affection reste locale et se manifeste exclusivement par les selles spéciales. Dans cette forme, l'entérite muco-membraneuse est généralement de courte durée. Parfois même, il n'y a qu'une ou deux évacuations de selles muco-membraneuses. Le plus souvent, cependant, les selles se répètent un certain nombre de fois pendant plusieurs jours, et même pendant plusieurs semaines, alternant avec de la diarrhée simple. — Malgré ces troubles intestinaux, l'état général reste satisfaisant, et le malade peut continuer à mener sa vie ordinaire. La persistance de la diarrhée muco-membraneuse est la seule conséquence de l'absence de traitement.

Dans une autre série de faits, l'entérite muco-membraneuse s'accompagne d'un état général sérieux. Les malades ont une fièvre vive. Quelques-uns ont du délire nocturne, de l'abattement, voire même un état typhoïde. Il existe des troubles digestifs marqués. La langue est saburrale. L'appétit est complètement perdu. Les tentatives d'alimentation amènent des nausées et des vomissements. Ces symptômes, sont ceux de l'auto-intoxication d'origine intestinale, ils s'observent surtout chez les malades qui sont sujets à des crises répétées d'entérite muco-membraneuse.

L'entérite muco-membraneuse, accompagnée de symptômes généraux, dure toujours assez longtemps. Plusieurs semaines sont nécessaires pour en obtenir la guérison. Chez certains malades, elle résiste opiniâtrement au traitement et peut persister jusqu'à cinq et six mois.

Les récidives sont extrêmement fréquentes dans toutes les formes de la maladie.

L'entérite muco-membraneuse peut se compliquer de symptômes qui ont été considérés comme d'ordre reflexe mais semblent plutôt en rapport avec des phénomènes d'auto-intoxication intestinale. Tels sont les maux de tête, l'état typhoïde, l'agitation, le délire, l'aphasie transitoire, les crampes musculaires, etc. Du côté du cœur, on a noté l'arythmie, les palpitations, l'insuffisance tricuspide passagère (Potain). J'ai noté l'albuminurie chez une malade dont l'entérite muco-membraneuse se compliqua de spléno-pneumonie.

Cette malade était atteinte d'une constipation opiniâtre, qui nécessitait l'emploi presque journalier des laxatifs. Elle avait eu, à trois ou quatre reprises, de véritables crises d'obstruction intestinale. A la suite d'une constipation de longue durée, elle fut prise de fièvre, d'état saburral et de douleurs vives sur le trajet du côlon. Quelques jours après le début de ces symptômes, elle rendit de véritables paquets de fausses membranes rubanées, de couleur grisâtre, n'ayant pas l'odeur fécaloïde. L'expulsion des membranes se fit en une fois et ne se reproduisit plus dans la suite. Cette évacuation amena un très grand soulagement local, et, malgré la persistance de la fièvre, la malade se considérait comme guérie, quand, deux jours après, elle fut prise d'un violent point de côté et de dyspnée. En même temps, la fièvre augmentait d'intensité. A l'examen de la poitrine, je constatai alors les signes locaux d'une spléno-pneumonie : matité, râles fins et égophonie. Les jours suivants, les râles crépitants disparurent et furent remplacés par du souffle à timbre pleurétique. Je crus à un épanchement pleural, erreur qui fut vite dissipée, car une ponction à l'aiguille de Pravaz ne donna issue qu'à un peu de sang, sans mélange de sérosité. D'ailleurs le souffle fut tout à fait passager, et, huit jours après, il n'existait plus aucun signe de détermination thoracique.

La spléno-pneumonie, observée dans le cours de l'entérite muco-membraneuse, pourrait être rapprochée des congestions pulmonaires reflexes observées

dans l'obstruction intestinale, dans les étranglements herniaires et quelquefois aussi dans la colique hépatique (Guéneau de Mussy). Il semble, toutefois, qu'en raison des phénomènes généraux graves, de la fièvre et de l'albuminurie qui l'accompagnent, elle doit être comparée aux broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale, dont Sevestre a démontré l'existence.

V

L'entérite muco-membraneuse est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Sur cent malades, on compte quatre-vingts femmes (Litten). C'est une maladie de l'âge adulte. Il en existe cependant quelques rares observations dans l'enfance (J. Simon, Cassel).

L'hérédité paraît jouer un certain rôle. Potain a cité le fait d'une jeune fille atteinte d'entérite membraneuse, dont la mère avait eu des crises d'entérite de même nature.

J'ai vu, dans une famille, un frère et une sœur présenter, l'un et l'autre, à différentes reprises, des crises d'entérite membraneuse.

Litten a signalé la fréquence de cette variété d'entérite chez les femmes atteintes d'affections utérines, particulièrement de catarrhe utérin.

Parfois la maladie s'observe chez des individus sujets aux hypersécrétions catarrhales (aux coryzas de longue durée, aux bronchites tenaces). Ces coïncidences morbides montrent l'influence de l'arthritisme et du lymphatisme.

La cause occasionnelle la plus fréquente est la constipation.

La constipation chronique existe chez la plupart des malades.

Le séjour dans l'intestin de scybales durcies, et la dyspepsie intestinale qui en est la conséquence, ont pour effet d'exagérer la sécrétion des glandes intestinales chez les sujets prédisposés, et d'amener la diarrhée muco-membraneuse qui caractérise la maladie.

Cette pathogénie de l'entérite muco-membraneuse est confirmée par une autopsie récente. Rothmann, qui a eu l'occasion de faire l'examen nécroscopique de l'intestin d'un homme mort accidentellement pendant une crise d'entérite muco-membraneuse, a constaté la présence d'une grande quantité de mucus à la surface du gros intestin, dans les utricules glandulaires et même dans les cellules des glandes intestinales. On conçoit que cette hypersécrétion des glandes intestinales puisse être causée par toutes les causes d'irritation de la muqueuse de l'intestin. On s'explique ainsi sa fréquence chez les dyspeptiques et les constipés.

VI

Les malades doivent garder le repos pendant les crises de diarrhée muco-membraneuse, même s'il n'y a que des symptômes locaux et si les selles sont espacées et peu abondantes. Faute de cette précaution, la maladie se prolonge indéfiniment. Le séjour au lit devient nécessaire s'il y a de la fièvre et des symptômes d'auto-intoxication.

Lorsque les douleurs abdominales sont modérées, il suffit souvent, pour les calmer, de prescrire des badigeonnages de laudanum sur le ventre, avec des applications d'ouate chaude, ou de faire des onctions d'huile camphrée tiède.

Lorsque les coliques, plus aiguës, demandent un traitement plus énergique, l'opium sera administré, sous forme de laudanum en lavements, ou d'extrait, en potion ou en pilules, soit encore à l'aide d'injections de morphine.

Contre les douleurs, G. Sée et Litten recommandent le chanvre indien, qui est donné en potion, en extrait, à la dose de 0.10 à 0.30 centigrammes dans les vingt-quatre heures, ou en teinture (de 2 à 6 grammes dans les vingt-quatre heures).

Le traitement local a une grande importance.

Les purgatifs drastiques sont formellement proscrits S'il y a nécessité de purger les malades, il faut recourir aux laxatifs légers, à l'huile de ricin à petite dose, à la magnésie associée au bi-carbonate de soude, ou aux lavements d'huile stérilisée.

L'évacuation des produits muco-membraneux est facilitée par les grands lavages biquotidiens de l'intestin. Ces lavages ont, en même temps, l'avantage d'assurer l'asepsie de la cavité intestinale. Ils peuvent être faits avec de l'eau bouillie additionnée de borate de soude et de bicarbonate de soude. Il est indiqué d'employer une solution alcaline, car la mucine, qui forme en grande partie les masses membraneuses, est maintenue en dissolution par les liquides alcalins tandis qu'elle est précipitée par les acides (Pariser).

Les lavements au sous-nitrate de bismuth ont donné à Révilliod des résultats remarquables. Un seul lavement au bismuth peut amener la guérison d'une entérite muco-membraneuse durant depuis plusieurs mois. Dans la méthode Révilliod, ces lavements sont administrés de la manière suivante. On débarrasse d'abord l'intestin avec un lavement d'huile de ricin. Une fois ce premier lavement rendu, on prescrit un deuxième lavement ainsi composé :

Sous-nitrate de bismuth.....	*ââ*....	10 gr.
Salicylate de bismuth.....		
Mucilage de pépins de coings.....		500 gr.

Le lavement doit être gardé longtemps, vingt-quatre heures, s'il est possible. Pour cela, il est nécessaire que le malade garde le lit.

Quand la crise d'entérite muco-membraneuse est terminée, il y a lieu d'instituer un traitement prophylactique pour en prévenir le retour. Dans la grande majorité des cas il faut combattre la tendance à la constipation.

Dans le cas particulier, il faut proscrire les purgatifs répétés et s'adresser aux moyens mécaniques (lavements huileux, donnés méthodiquement, suivant la formule de Führbringer, électrisation, massage, eaux de Plombières ou de Châtel-Guyon, etc.).

Pour modifier l'état des glandes intestinales, on prescrit des lavages quotidiens de l'intestin avec des solutions de borate de soude ou d'alun.

Le régime alimentaire des malades doit être très surveillé. Les viandes bien cuites, rôties et servies sans sauce, les légumes en purée, les fruits cuits, sont les aliments de choix. Il faut interdire l'usage des venaisons, des graisses, des légumes riches en cellulose.

LE BOUTON DE MURPHY

SON EMPLOI EN CHIRURGIE INTESTINALE

Par le Dr CHAPUT

Le bouton de Murphy est destiné à remplacer les sutures intestinales; on peut, avec cet instrument, exécuter la suture circulaire de l'intestin, l'entéro-anastomose, la gastro-entérostomie, la cholécystentérostomie.

Il existe quatre modèles de ce bouton :

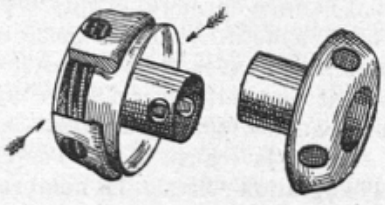
Le *gros modèle* est employé pour les gastro-entérostomies;

Les *modèles moyen* et *petit*, pour les opérations sur l'intestin grêle;

Le *très petit modèle* sert à exécuter la cholécystentérostomie.

Description de l'instrument.

L'appareil se compose de deux moitiés, ou demi-boutons, qu'on fixe dans chaque bout d'intestin et qu'on articule ensuite.



Chaque demi-bouton a la forme d'un rivet, d'un cylindre central et d'une tête renflée.

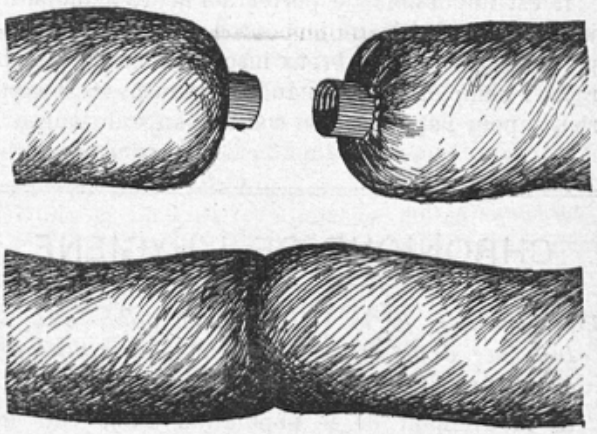
Le cylindre central sert à ménager le passage des matières; c'est sur ce cylindre qu'on fixe l'intestin par une suture en bourse.

Les deux cylindres ne sont pas identiques; l'un est *femelle*, c'est-à-dire muni à sa surface d'un pas de vis; l'autre est mâle, c'est-à-dire destiné à s'introduire dans le cylindre femelle; le cylindre mâle est garni de deux crochets montés sur ressort, qui s'engrènent dans le pas de vis du cylindre femelle.

Mode d'emploi du bouton de Murphy.

Nous supposons qu'il s'agit d'une réunion bout à bout de deux segments d'intestin grêle, après résection intestinale. On commence par passer une suture continue à points assez espacés à travers les lèvres de l'orifice intestinal. Cette suture doit border tout le contour de l'orifice et revenir au point de départ. C'est une suture en bourse. On saisit alors un des bords du cylindre central de l'un des demi-boutons, avec une pince hémostatique, et on introduit dans l'intestin l'extrémité renflée du demi-bouton. On laisse dépasser un peu le cylindre central, et, tirant sur les deux chefs de la suture en bourse, on fixe solidement l'intestin sur le cylindre.

Mêmes manœuvres pour l'autre demi-bouton.



Il ne reste plus qu'à introduire le cylindre mâle dans le cylindre femelle; l'articulation se fait d'une manière automatique.

L'opération est terminée.

S'il s'agit d'une entéro-anastomose, on passe à travers les lèvres de chaque orifice une suture en bourse, comme il a été dit plus haut, et on continue de la même manière.

Avantages du bouton.

Ce procédé est très rapide; il permet de faire des opérations très difficiles en dix ou quinze minutes.

L'emploi de cet instrument est facile à comprendre.

L'exécution de ce procédé est facile, et on n'est pas exposé aux inconvénients des sutures perforantes.

Inconvénients du bouton.

1° Il coûte très cher : 18 francs le bouton;

2° Les crochets sont soudés à l'étain ; ils se dessoudent facilement par le flambage ou l'étuve sèche ;

3° Le volume des boutons gros et moyen ne leur permet pas de traverser facilement l'intestin grêle; il est probable qu'on en constatera l'arrêt dans les opérations futures;

4° Le rebord de la tête du bouton est trop étroit; il expose à la perforation de l'intestin;

5° Dans mes expériences sur le chien, j'ai observé une fois sur deux la perforation de l'intestin par le bouton, d'où péritonite mortelle;

6° Dans les observations de Demons, de Zielewicz, on a constaté des perforations analogues;

7° L'emploi du bouton peut être contre-indiqué sur le gros intestin, à cause du volume des franges graisseuses, qui empêchent une coaptation exacte.

Conclusions

Il est impossible de porter à l'heure actuelle un jugement définitif sur le bouton de Murphy; il est possible que ses nombreux inconvénients le fassent rejeter complètement, quand on aura assez d'expérience pour l'apprécier en connaissance de cause.

Dr H. Chaput.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Bilan sanitaire de la Ville de Paris pour 1894. — Influence de la villégiature sur la mortalité des grandes villes. — Assainissement de Paris.

Le mouvement de la population d'une ville de deux millions et demi d'habitants constitue pour l'hygiène une source féconde d'enseignements pratiques. Les influences pathogéniques s'y font sentir avec une telle fidélité, s'y traduisent dans des proportions si exactes, qu'on les dirait amplifiées par un instrument grossissant. Que la température s'abaisse brusquement, et l'on voit le chiffre des pneumonies s'élever d'une quantité proportionnelle ; qu'une cause quelconque mette dans l'obligation de verser de l'eau de Seine dans les conduites de la Ville, et la courbe de la fièvre typhoïde s'élève et se maintient pendant un temps rigoureusement en rapport avec celui de la distribution exceptionnelle. Qu'une petite épidémie de variole survienne, on multiplie le nombre des vaccinations, et la maladie tombe bientôt au-dessous de la normale. Les différences de détail, les erreurs de diagnostic, les influences particulières, toutes les causes d'erreurs disparaissent devant l'autorité des grands nombres.

C'est pour l'hygiène une cause de satisfaction et de fierté légitimes, que de voir la mort lui obéir avec cette docilité. Il est de son devoir de profiter de cet enseignement et d'en faire ressortir l'importance.

L'année qui vient de s'écouler est particulièrement intéressante à étudier sous ce rapport, et le bulletin hebdomadaire de la statistique municipale fournit pour cela tous les renseignements nécessaires. Son dépouillement signale un premier fait qui vaut la peine qu'on l'enregistre. C'est la diminution notable de la mortalité générale. Elle a été inférieure de plus d'un dixième à la moyenne des trois années précédentes, et, chose plus remarquable encore, c'est que cette diminution n'a pas porté sur les maladies transmissibles. La fièvre typhoïde, la variole et la phtisie ont au contraire présenté une élévation assez notable. Les deux premières ont, il est vrai, revêtu le caractère épidémique au commencement de l'année. La diphtérie seule est tombée au-dessous de la moyenne. Le tableau suivant met en relief toutes ces différences :

ANNÉES	FIÈVRE TYPHOÏDE	VARIOLE	DIPHTÉRIE	TUBERCULOSE	MORTALITÉ TOTALE
1891	476	39	1.361	11.895	52.558
1892	799	42	1.557	12.153	57.137
1893	649	302	1.465	12.267	52.955
1894	758	183	1.149	12.288	49.079

L'augmentation régulière constante du chiffre des décès causés par la phtisie est également à noter. Elle est en rapport avec l'accroissement progressif de la population. Le minotaure réclame chaque année son tribut proportionnel de jeunes existences sans que rien puisse l'influencer.

Puisque le nombre des décès causés par les maladies infectieuses a plutôt augmenté que diminué pendant l'année dernière, et que cependant la mortalité totale a été inférieure de 5,036 unités à la moyenne des trois années précédentes, il en résulte nécessairement que cette décroissance a porté sur les maladies banales, sur les accidents et, je crois en avoir trouvé la cause dans l'accroissement rapide de l'émigration estivale. Le nombre des gens qui s'éloignent de Paris pendant la belle saison devient plus considérable chaque année; le goût de la villégiature se développe donc dans toutes les classes de la société. Il a pour cause l'intensité

croissante de l'activité dans toutes les professions et le goût du bien-être qui augmente aussi; il est favorisé par la facilité des communications, l'abaissement des tarifs sur les voies ferrées et les ressources plus grandes que la province offre aux émigrants.

Cet exode ne peut qu'être encouragé; il est salutaire à tous les points de vue. En ce qui concerne l'hygiène, il a l'avantage de rétablir les santés fatiguées par le séjour des grandes villes, de diminuer pendant quelques mois l'encombrement qui s'y produit; il a pour résultat d'abaisser d'autant leur mortalité.

Ce qui prouve que la différence que nous avons signalée entre le chiffre des décès survenus en 1894 et celui des années précédentes tient bien au développement croissant de l'émigration estivale, c'est que cette différence s'accentue d'année en année pendant la belle saison, tandis que la mortalité reste à peu près la même dans l'intervalle.

En 1894, pendant les quatre mois de villégiature, la mortalité de Paris a été inférieure de 1.191 décès à ce qu'elle a été pendant les mêmes mois des années précédentes, sans qu'on puisse invoquer d'autre cause que l'émigration. Il y a même une semaine, la 36e (du 2 au 8 septembre), où la mortalité est tombée à 693, tandis que depuis quinze ans que le bulletin de statistique se publie, on n'avait jamais enregistré de mortalité hebdomadaire inférieure à 764.

Les maladies infectieuses, bien que ne présentant pas dans leur ensemble de diminution sur les années précédentes, sont également influencées par l'émigration estivale. Ainsi la fièvre typhoïde, qui peut être considérée comme le critérium de l'état sanitaire d'une grande ville, n'a causé que 116 décès pendant les quatre mois de villégiature, tandis qu'il y en avait eu 483 dans les quatre premiers mois. La variole, qui avait fait 138 victimes dans les quatre premiers mois de l'année, n'en a fait que 11 pendant les quatre mois de la belle saison. On remarque une différence tout aussi notable dans les ravages de la diphtérie. 848 personnes en sont mortes dans le premier semestre et 301 seulement dans le second; différence : 547.

La phtisie est moins sensiblement influencée. Bien que la belle saison soit favorable aux poitrinaires, la différence entre les quatre mois qui la représentent et les quatre premiers mois de l'année est faible. 4,068 décès dans le premier cas, 4,377 dans le second; différence : 309 décès seulement, moins d'un dixième. C'est que la phtisie n'est pas influencée par la villégiature. C'est pendant l'hiver qu'émigrent les tuberculeux des classes aisées, et c'est une infime minorité dans cette destruction terrible qui représente 25 pour 100 de tous les décès de la capitale et qui pèse surtout sur les classes inférieures dont les malades ne peuvent émigrer en aucune saison et qui restent mourir à Paris.

— Nous avons parlé déjà de l'activité avec laquelle la Ville de Paris poursuit l'œuvre de son assainissement, depuis que les Chambres ont voté son emprunt de 117 millions; elle vient d'en donner une nouvelle preuve, en soumettant à l'obligation de l'écoulement direct à l'égout toutes les rues de Paris dans lesquelles il peut être appliqué dès aujourd'hui sans inconvénient. Le *Bulletin municipal officiel* du 27 décembre 1894 en a donné la liste. Elle comprend les noms de 631 rues appartenant à tous les arrondissements de Paris; mais la répartition n'est pas égale. Les arrondissements les plus favorisés sont situés sur la rive droite. C'est le VIIIe avec 75 rues, le XVIe avec 70, le XIe avec 57, le Xe avec 54 et le IXe avec 51. Ceux qui ont le moins de rues soumises à l'obligation de l'écoulement direct sont : le XIIe, qui n'en a que 5; le VIe, qui n'en a que 9, et le VIIe, qui en a 10.

Cette mesure n'est que la première phase de l'exécution d'un plan général, qui s'étendra prochainement à tout Paris. Cette ville compte 3,655 rues, boulevards, avenues, etc. C'est donc le sixième environ de ses immeubles qui va se trouver débarrassé des fosses fixes, des tinettes filtrantes et des vidanges nocturnes, avec leurs immondes appareils; c'est un sixième des déjections totales de Paris qui échappe aux dépotoirs, aux usines où on transforme les matières fécales et dont les émanations infectent Paris pendant l'été.

Jules Rochard.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il n'y a pas eu de séance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Ce n'est pas sans un certain intérêt que la Société de Chirurgie voit ses orateurs abandonner un moment le domaine de la pratique pour aborder des questions didactiques. Aussi a-t-elle écouté avec attention dans l'avant-dernière séance une communication de M. G. Marchant, qui défendait la classification adoptée dans les classiques, classification qui fait étudier les *abcès cérébraux* dans leur ensemble, sans les rattacher aux suppurations de l'oreille moyenne, comme le voulait M. Picqué. Ce dernier a

répliqué mercredi dernier et, il faut le reconnaître, à l'aide d'une argumentation serrée dont voici les principaux termes.

Peu importe qu'il y ait peu d'abcès cérébraux consécutifs aux mastoïdites; ce qu'il est important de savoir, c'est dans les abcès cérébraux le nombre qui revient aux otites; eh bien! il y en a plus de la moitié.

M. Marchant s'est servi de la comparaison de l'abcès du foie consécutif à la dysenterie, en s'appuyant sur ce qu'on n'étudiait pas le premier au chapitre de la seconde. La comparaison est inexacte, car il s'agit ici d'une complication chirurgicale, d'une lésion médicale. Il n'en est pas de même dans l'abcès cérébral consécutif à l'otite, affections qui peuvent être attaquées par la même voie chirurgicale, qui donne de plus la possibilité de trouver la collection péripétreuse.

M. Peiqué pense donc qu'il faut supprimer l'abcès cérébral en tant qu'entité nosologique, et reporte cette complication à l'étude de l'affection qui la fait naître de beaucoup le plus souvent, c'est-à-dire à la suppuration de l'oreille moyenne.

L'orateur termine sa réplique en disant qu'il n'a pas eu la prétention de créer une symptomatologie nouvelle, mais d'insister sur l'intérêt qu'il y a à découvrir le plus tôt possible la collection qui se forme dans la substance cérébrale; et quant à la douleur persistant après l'intervention et qui peut, d'après M. Marchant, disparaître, certes la chose est possible; mais dans des complications aussi graves, il vaut mieux s'exposer à une intervention infructueuse que de se tenir dans une abstention qui peut être mortelle.

M. le professeur Berger a pris ensuite la parole pour faire un rapport sur une observation de *polype naso-pharyngien* enlevé par la voie nasale et due à M. Calot (de Berck-sur-Mer).

Tout d'abord, il s'agissait dans l'observation d'un malade sur lequel on serait intervenu par la voie palatine, et c'est peu probable, dit le rapporteur, puisqu'il n'y avait pas la moindre cicatrice de ce côté. Toujours est-il que des symptômes d'asphyxie précipitèrent l'intervention chez ce jeune homme de quatorze ans, qui avait quitté Lariboisière pour reprendre des forces au bord de la mer.

C'est le procédé d'Ollier qu'employa M. Calot. Il rabattit donc l'auvent nasal sur la bouche et put avec une pince à polype enlever le néoplasme et ses nombreux prolongements. L'hémorragie nécessita un tamponnement de douze heures, après lequel on réunit les parties désunies.

La réunion se fit bien, et deux ans et demi après l'intervention, il n'y avait pas de récidive.

M. le professeur Berger tient à retenir deux points de l'observation. M. Calot pensa avoir affaire à un prolongement cérébral passant par la fente sphéroïdale en s'appuyant sur les symptômes de somnolence et de cris poussés par le malade. Tout d'abord, quand le polype gagne le crâne, c'est par les cellules ethmoïdales ou par les sinus frontaux, et si la fente sphéroïdale servait de voie à une des branches du néoplasme, cette dernière comprimerait les organes qui passent par la fente, et donnerait lieu à des symptômes qui n'ont pas existé; le plus probable, c'est que le prolongement enlevé par M. Calot venait de la fosse ptérygo-maxillaire.

En second lieu, M. Calot donne au polype qu'il a enlevé l'épithète anatomique de sarcomateux et fait remarquer qu'il n'y a pas eu de récidive. C'était à un polype ordinaire qu'il avait probablement affaire; du reste, l'examen anatomique n'aurait pas été fait.

Quant à la voie suivie, M. Berger ne l'approuve pas. Elle est trop étroite, elle vous met trop loin du point d'implantation et laisse une cicatrice disgracieuse, ainsi qu'il a pu se rendre compte sur les nombreux opérés de M. Ollier. Malgré les délabrements que paraît faire la voie maxillaire, elle laisse moins de difformité apparente que la voie nasale.

M. Picqué profite de la circonstance pour retracer un procédé qui lui a permis d'enlever un polype en respectant la voûte palatine. Il commence par enlever l'os malaire et réséquant la branche montante, l'apophyse zygomatique, il pénètre à travers le sinus sans ouvrir la cavité buccale et en laissant le plancher de l'orbite. On peut ainsi facilement extirper le polype et on a assez de jour.

Cette discussion se termine par quelques mots de M. Kirmisson, qui cite deux cas de prolongements intra-craniens ayant passé par l'ethmoïde, et qui affirme les arguments de M. Berger, et par une observation citée par M. Bazy, dans laquelle le polype avait perforé le sinus caverneux et donné lieu à une hémorragie mortelle.

La séance se termine par deux rapports de M. le professeur Tillaux. Le premier a trait à un *phlegmon périombilical*, dû à une concrétion sébacée contenue dans la cicatrice ombilicale. A ce propos, le chirurgien de la Charité discute le siège anatomique des phlegmons sous-péritonéaux décrits par Heurtaux. Il a cherché la loge décrite par le chirurgien de Nantes; il ne l'a pas trouvée, et il pense que beaucoup des abcès prétendus sous-péritonéaux ne sont que des abcès superficiels, mais qui donnent le change à cause de l'épaisseur des parties et de la profondeur à laquelle leur poche peut atteindre.

MM. Marchant et Segond ont pu contrôler le siège sous-péritonéal de certains phlegmons sous-ombili-

caux; l'un a senti en avant la gaine des droits; l'autre a pu toucher du doigt le péritoine, et M. Peyrot pense qu'il y a place pour ces deux abcès, l'un sous-péritonéal, l'autre sous-aponévrotique. Quant à M. Richelot, il a donné le septième cas venant après les six de Heurtaux, et il a eu affaire à une collection tuberculeuse; il pense que souvent ces abcès sont bacillaires. M. Tuffier en cite un cas dû à une appendicite.

Le second rapport de M. Tillaux relate une observation de M. A. Broca sur un *fibro-sarcôme de la plante du pied*. Il s'agissait d'un petit malade portant une grosseur sous la voûte plantaire, grosseur diagnostiquée fibrôme par M. Tillaux, qui fut enlevée et reconnue telle par M. Achard. Mais une récidive se produisit, envahissant le métatarse et à marche rapide. M. Broca fut amené à désarticuler le pied. L'examen histologique montra un fibro-sarcôme du long péronier latéral. Il y a plus d'un an que la dernière opération a été pratiquée, et l'enfant est aujourd'hui très bien.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 Décembre 1894

Présidence de M. Ferrand

Les succès obtenus par la *médication thyroïdienne dans le myxœdème* ne sont plus à compter. M. Lebreton en a présenté un nouvel exemple. Il s'agit d'un enfant de treize ans, chez lequel l'affection avait débuté à l'âge de trois ans. Le père de ce petit malade était alcoolique et syphilitique. Son grand-père était aliéné; de plus, son père et sa mère étaient cousins germains. L'enfant avait l'aspect ordinaire du crétinisme myxœdémateux : bouffisme des téguments, arrêt de développement, déformations des os du crâne, absence du corps thyroïde, torpeur intellectuelle, etc. Il fut soumis au traitement thyroïdien : on lui donna chaque jour un lobe de corps thyroïde de mouton, légèrement cuit. L'amélioration fut rapide. Au bout de quinze jours, l'infiltration myxœdémateuse avait disparu; l'enfant était beaucoup plus vif; il marchait et courait sans être essoufflé; son intelligence se développait rapidement. Il y a aujourd'hui neuf mois que le traitement est commencé : l'enfant est transformé; il a beaucoup grandi, et sa taille est devenue à peu près normale; il ne conserve que quelques déformations osseuses indélébiles. Mais il est nécessaire de continuer la médication thyroïdienne; quand on la suspend, en effet, les symptômes ont tendance à se reproduire, surtout la torpeur intellectuelle.

M. Hanot a rapporté ensuite une observation intéressante à plusieurs titres : un cas d'*abcès aréolaire du foie, à pus microbien stérile*, qui fut pris pour une *pleurésie purulente*. Le diagnostic de pleurésie purulente fut porté à l'entrée à l'hôpital de la malade, une femme de quarante-cinq ans, atteinte d'un mal de Pott ancien. On pouvait penser qu'il s'agissait d'une pleurésie tuberculeuse. Une ponction pratiquée dans le huitième espace intercostal droit donna issue à 300 grammes de pus fétide. Trois jours après, l'opération de l'empyème fut pratiquée avec résection de la neuvième côte sur une longueur de trois à quatre centimètres; deux drains furent placés dans la poche purulente. Malgré cette intervention et les lavages qui la suivirent, la fièvre resta élevée et la malade finit par succomber.

L'autopsie a démontré qu'il ne s'agissait pas d'une pleurésie purulente, mais d'un vaste abcès du foie, refoulant le diaphragme et le poumon droit jusqu'à la quatrième côte. Le lobe droit du foie était converti en une éponge purulente formant un abcès aréolaire formé de poches multiples, cloisonnées par des bandes de tissu hépatique plus ou moins altéré. Le lobe gauche du foie ne présentait qu'un seul petit abcès.

Dans le pus retiré par les ponctions, l'examen bactériologique avait montré la présence de quelques rares chainettes de streptocoques, se colorant difficilement; les essais de culture sur divers milieux et les inoculation aux cobayes n'avaient donné aucun résultat. Le pus était microbien, mais stérile. Ces caractères de la suppuration auraient pu faire rejeter le diagnostic de pleurésie et faire reconnaître un abcès hépatique.

M. Fernet a communiqué, en son nom et au nom de M. Henri Martin, une note sur *la parésie intestinale des typhoïdiques et son traitement par les courants continus*. Le tympanisme abdominal que l'on observait si souvent autrefois dans la fièvre typhoïde, à l'époque où l'on abusait des purgatifs, est beaucoup plus rare aujourd'hui, surtout depuis la balnéation froide, et ne prend qu'exceptionnellement un développement excessif. MM. Fernet et Henri Martin en ont cependant observé récemment un cas chez une dame de trente-cinq ans, atteinte d'une fièvre typhoïde grave, compliquée de broncho-pneumonie. Cette malade était obèse, dyspeptique depuis longtemps. Le tympanisme était dû évidemment à une parésie intestinale. M. Henri Martin eût l'idée d'exciter les contractions de l'intestin par des courants continus, comme on le fait dans l'obstruction intestinale due à une paralysie des muscles de l'intestin. Un pôle fut appliqué sur la région lombaire et l'autre promené sur le trajet du gros intestin. Le succès fut complet.

Cette méthode pourra rendre de réels services dans les cas analogues.

Après la communication de M. Fernet, M. Rendu a lu le compte-rendu annuel des travaux de la Société et une notice biographique sur les membres de la Société morts pendant l'année : MM. Quinquaud, Ollivier, Juhel-Renoy, E. Labbé, Legroux.

A la fin de la séance, M. Hayem a été nommé président, et M. d'Heilly, vice-président, pour l'année 1895.

H. Richardière et Fournier.

CHIRURGIE

REVUE DES TRAVAUX ÉTRANGERS

Le traitement chirurgical des maladies de l'estomac. — De la périgastrite. — Pyloroplastie. — Traitement des plaies par la poudre de serum.

Le traitement chirurgical des maladies de l'estomac intéresse de plus en plus les chirurgiens, surtout depuis l'application du bouton de Murphy; et si, en France, la question est seulement discutée dans le milieu chirurgical, il n'en est pas de même en Allemagne, où nous voyons la Société de médecine interne, dans sa séance du 3 décembre 1894, traiter ce sujet d'une façon complète; nous nous permettrons donc une petite incursion dans le domaine médical et nous allons résumer et discuter les communications des différents orateurs.

Pariser, qui a repris la parole sur cette question, s'occupe d'abord de la dilatation simple de l'estomac et commence par émettre ce principe : qu'avant d'intervenir, il faut s'assurer de l'état de la tunique musculaire de l'estomac et se demander si elle est susceptible de pouvoir encore remplir son office. C'est, comme on le voit, chose assez difficile; mais l'orateur conseille, dans ces cas, de mettre le patient pendant quinze jours à la diète, et de l'alimenter seulement par la voie rectale; au bout de ce temps, si la musculature de l'estomac est encore suffisante, celui-ci sera rétracté. Il n'y aura plus donc qu'à apprécier cette rétraction, ce qui, il nous semble, sera toujours difficile. Quoi qu'il en soit, M. Pariser admet dans ce cas l'intervention chirurgicale, qui se traduira par une diminution de la cavité stomacale. En Allemagne, on appelle cette opération : *l'opération de Bircher*.

Passant ensuite à l'étude des rétrécissements, M. Pariser conseille, pour ceux qui ne sont pas cancéreux, l'*opération de Loreta*, qui consiste à pénétrer dans l'estomac, par une ouverture faite à sa paroi, et à dilater le rétrécissement avec le doigt.

La question de l'ulcère rond est des plus intéressantes. Il n'est pas douteux, aujourd'hui, qu'en présence d'un ulcère rond il faille intervenir et cela dans le plus bref délai possible. Au bout de dix heures, il est déjà trop tard; il faut, comme on le voit, être prompt, et pour éviter que le contenu de l'estomac ne se vide dans le péritoine, il faut, pour M. Pariser, garder les malades soupçonnés d'un ulcère rond au lit et les alimenter par le rectum. Si, bien entendu, on estime que la perforation doit avoir lieu, il faut intervenir et il est inutile de dire que les ulcères placés sur la paroi antérieure de l'estomac sont plus faciles à traiter chirurgicalement que ceux de la paroi postérieure.

Des chiffres ont été réunis par M. Pariser, qui prouvent que sur 43 cas d'ulcère rond avec perforation, 10 ont été suivis de guérison. Le siège de la perforation — qui a été connu chez 30 malades — occupait 22 fois la paroi antérieure, 6 fois la paroi postérieure et 2 fois la petite courbure. L'ulcère siégeait 4 fois entre le cardia et le pylore, 4 fois au niveau du pylore et 16 fois au niveau du cardia. Ces observations concordent avec celles de Brinton, qui montrent que 85 % des ulcères ronds perforants siègent à la paroi antérieure, et seulement 2 % à la paroi postérieure.

Cette statistique donne de meilleurs résultats que celle indiquée par M. Rosenheim, dans une précédente communication. On n'avait, en effet, qu'une guérison sur 15 cas.

C'est de 14 malades opérés pour cancer de l'estomac que M. Boas parle ensuite. Chez l'un d'eux, on a réséqué la partie malade et le résultat a été fort beau, car à l'heure qu'il était, au 3 décembre dernier, la guérison était complète et le malade avait engraissé de 25 kilogrammes.

Chez 8 autres malades on a pratiqué la gastro-entérostomie, mais chez 3 seulement le résultat de l'intervention a été satisfaisant.

Chez les cinq autres opérés, on n'a fait que la laparotomie, car au cours de l'intervention on a reconnu l'inutilité de l'opération.

Pour apprécier à sa juste valeur les services rendus par la chirurgie à ces malades, il ne faut pas oublier, ajoute M. Boas, que la plupart des sujets étaient irrémédiablement perdus.

Les indications de l'intervention chirurgicale doivent être tirées : 1° de l'état des forces du malade; 2° de l'absence d'autres maladies organiques pouvant en compromettre le succès; 3° du diagnostic et du pronostic. Lorsque toutes ces conditions sont réunies, l'intervention paraît s'imposer.

Quant à la méthode opératoire à employer, c'est au moment même de l'intervention qu'on décidera

si une extirpation est possible ou si on doit pratiquer une gastro-entérostomie. Quant à la pylorectomie, M. Boas ne la croit pas souvent indiquée à cause des adhérences qui existent souvent entre le pylore et les organes voisins.

Un point important est de faire le diagnostic précoce du cancer. M. Boas a attiré l'attention sur l'apparition de l'acide lactique dans l'estomac. Cet acide ne se montrerait ni en présence de néoplasmes bénins, ni en présence d'affections gastriques autres que le carcinome. L'apparition de l'acide lactique dans le suc gastrique serait un des symptômes les plus fréquents et les plus précoces du cancer; mais il est incertain et la présence d'une tuméfaction au niveau de l'organe donne des présomptions beaucoup plus grandes. L'acide chlorhydrique disparaîtrait aussi du suc gastrique dans les cas de carcinome.

M. Rosenheim termine cette discussion en se défendant d'avoir jamais dit qu'il fallait adresser au chirurgien tous les malades atteints de cancer de l'estomac; mais il faut toujours songer à l'éventualité d'une opération.

Comme on le voit dans cette discussion, ce sont les affections cancéreuses, les rétrécissements, la dilatation et l'ulcère rond de l'estomac qui sont en question, et il n'est pas fait mention des dyspepsies. Nos voisins d'outre-Rhin ne vont donc pas aussi loin que M. Doyen (de Reims) qui, dans une récente communication à l'Académie de Médecine et dans un livre paru il y a peu de temps, préconise l'intervention chirurgicale pour les formes graves de la dyspepsie.

Il nous semble, en effet, qu'il faut y regarder à deux fois avant de supprimer l'estomac au point de vue fonctionnel, et il faudrait pouvoir s'assurer, en tous cas auparavant, du bon état de l'intestin, qui seul est appelé, dans ce cas, à faire tous les frais de la digestion. Le chirurgien, en effet, ne peut que remédier à des troubles mécaniques en diminuant ce qui est trop grand et en dérivant le cours des aliments par une bouche stomacale bien placée. Ce sont, comme on le voit la plupart du temps, des pis aller, des traitements palliatifs, et il ne guérit, à proprement parler, son malade que dans les cas d'ulcère perforant où il peut enlever toute la partie atteinte et empêcher ainsi la perforation en réséquant l'ulcération qui ne se reproduira plus.

Dans cette même discussion, les différents médecins cités plus haut ont traité la question de la *périgastrite*.

Plusieurs laparotomies ont été pratiquées en Allemagne pour cette affection, et dernièrement M. Terrier en rappelait deux exemples à la Société de Chirurgie, et M. Championnière un autre. Le chirurgien de Bichat citait même, à ce propos, le travail de Landerer, qui s'est occupé de cette question. Il y a même un symptôme qui porte, en Allemagne, le nom de *symptôme de Landerer* et qui est le suivant : tant que le malade est au repos, il n'éprouve aucune douleur; vient-il à faire un mouvement, passe-t-il de la situation assise à l'exercice de la marche, immédiatement apparaît une souffrance au creux épigastrique, s'irradiant dans l'abdomen. On peut encore se rapprocher du diagnostic en faisant des pressions sur la paroi antérieure de l'estomac, pressions qui déterminent des douleurs très vives. Enfin, quand les adhérences déterminées par la périgastrite siègent à gauche, il existerait une zône de matité au-dessus de la rate.

Tous ces signes ne donnent qu'une présomption; mais, en désespoir de cause, quand ils existent et qu'aucun traitement n'a réussi, on est autorisé à faire une laparotomie exploratrice, qui permettra de rompre des adhérences, de rendre sa liberté à l'estomac et de faire cesser ainsi les douleurs qui font quelquefois la vie insupportable au malade.

Les opérations de *pyloroplastie* — opération pratiquée pour la première fois en 1886, par Heineke et Mickulicz — sont assez rares pour qu'il soit intéressant d'en retracer une nouvelle observation. Elle est due à Miller (*Lancet*, décembre, page 1270) et a été pratiquée dans les conditions suivantes :

L'opérée était une femme de quarante-huit ans, qui souffrait depuis longtemps d'une dyspepsie grave, avec vomissements marc de café au début, accompagnés de douleurs violentes et de sensibilité vive à l'épigastre, sans tumeur appréciable. On avait essayé sans succès tous les antinévralgiques; l'estomac ne gardait aucun aliment solide et la malade ne vivait guère que de lavements nutritifs. Elle gardait le lit depuis onze mois, dépérissait de plus en plus, et, de guerre lasse, on avait diagnostiqué un cancer.

En août 1893, la malade, après avoir pris une dose de quinine pour rendre aseptique le contenu de l'estomac, fut opérée. On trouva l'estomac peu dilaté, mais la première partie du duodénum l'était beaucoup; il n'y avait pas d'adhérences péritonéales; le foie, l'estomac, le duodénum, l'épiploon et le côlon transverse étaient en bon état. Quand l'estomac fut ouvert près du pylore, on put constater avec le doigt que le sphincter pylorique était très développé, présentait intérieurement un bord très net et se contractait très fortement sur le doigt. Il s'agissait d'une contraction spasmodique, car le doigt, d'abord vivement serré, put bientôt explorer librement la première partie du duodénum. L'opération fut terminée sans difficulté et les suites en

furent très simples. L'alimentation par le rectum fut supprimée dès la troisième semaine. Dès le lendemain de l'opération, la malade avala du jus de viande et du lait; au bout d'une semaine, elle prenait de la viande hachée. Les digestions furent toujours bonnes, ainsi que son appétit, et l'intestin fonctionna régulièrement dès la troisième semaine. Au bout de vingt-trois jours, elle sortit de son lit, qu'elle n'avait pas quitté depuis un an, et, à la fin du mois, elle retourna chez elle. L'opération remonte aujourd'hui à quinze mois et les fonctions digestives s'accomplissent toujours dans les conditions normales.

Voilà donc un nouveau succès pour la pyloroplastie, qui n'a pas encore été pratiquée très souvent, puisque M. Doyen, dans sa statistique, n'en cite que cinquante-trois cas, avec dix insuccès, soit une moyenne de 18 %. On sait que cette opération a pour but de remédier au rétrécissement du pylore, en incisant le pylore suivant son axe et en transformant cette incision longitudinale en une incision transversale par la suture.

Le sérum et la sérothérapie sont en grande vogue en médecine; mais en chirurgie, on ne prévoyait pas encore son application, eh bien, il vient cependant de faire son apparition dans le *pansement des plaies chirurgicales* ou autres.

C'est Schleich *(Thérapeut. Monatskefte. Novembre 1894)* qui a eu l'idée d'employer la *poudre de sérum* provenant du sérum de mouton desséché, le tout recueilli avec toutes les précautions aseptiques possibles. Ce sérum exercerait une influence des plus heureuses sur les plaies, en y déterminant un afflux sanguin réparateur et en y occasionnant un soulagement efficace et une néoformation vasculaire active.

Comme on le voit, la brèche faite aux tissus se comble donc plus facilement et la cicatrice marche avec rapidité. L'auteur fait remarquer qu'il ne faut pas confondre ces phénomènes, qui sont des phénomènes de nutrition pure, avec ceux de l'inflammation; jamais, en effet, les plaies pansées avec de la poudre de sérum n'ont présenté le moindre symptôme de rougeur, de douleur ou de tuméfaction.

On voit d'ici à quels heureux mélanges on peut se livrer, suivant les indications, en incorporant à la poudre de sérum soit de l'iodoforme, soit du salol, soit un thymol quelconque.

De là à employer la *nucleïne*, substance albuminoïde contenue dans les noyaux des cellules, il n'y avait qu'un pas; Schleich l'a franchi, et cette nucléïne aurait pour grand avantage, en s'adressant aux parties nécrosées, de faciliter leur élimination et d'être, par conséquent, des plus utiles dans le traitement des ulcères croûteux, sales, si difficiles à déterger.

Nous n'avons pas expérimenté les deux topiques que nous venons de citer et nous ne pouvons pas nous prononcer. Il n'est pas impossible que, dans certaines conditions, ils ne trouvent leur emploi qui sera toujours restreint, il nous semble, tout au moins dans le pansement des plaies chirurgicales, que nous réussissons presque toujours.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Un buste au Dr Bucquoy. — Le 24 décembre dernier, M. le Dr Bucquoy, admis à l'honorariat, a fait ses adieux à son service de l'Hôtel-Dieu.

A cette occasion, un grand nombre de ses collègues, ses anciens internes et ses élèves, ont voulu lui donner un témoignage de leur profonde estime pour sa personne, et de leur reconnaissance pour son enseignement.

Ils lui ont offert, par souscription, son buste dû au ciseau d'un habile sculpteur, M. Marcel. Au moment où M. Bucquoy achevait sa visite d'hôpital, la remise du buste lui a été faite par M. Richardière, au milieu d'une nombreuse assistance, composée en majeure partie de ses anciens élèves.

M. Richardière a rappelé en quelques mots la carrière de M. Bucquoy dans les hôpitaux : trente-deux années consacrées avec un admirable dévouement aux malades, à la science et à l'enseignement.

La cérémonie s'est terminée par des remerciements émus, adressés par M. Bucquoy aux assistants.

Dans son allocution, M. Bucquoy s'est efforcé d'attribuer tout l'honneur de sa carrière, aux exemples que lui avaient donné ses maîtres, et qu'il avait puisés dans son entourage familial.

Il a oublié de dire que s'il a transmis une belle tradition, il a lui-même donné l'exemple de l'accomplissement de tous les devoirs qui incombent à un médecin d'hôpital.

Légion d'honneur. — *Au grade de commandeur :* M. Vallin, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Au grade d'officier : M. le médecin principal de première classe Madamet, sous-directeur du Val-de-Grâce.

MM. les médecins-majors de première classe Perret, Colin et Montet.

M. Roustic, médecin-major de première classe en retraite, bibliothécaire du Val-de-Grâce.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors de première classe Bachos, Farssac, Chagnaud, Delage, Fourcade, Laillier, Choué, Grivet, Tartiere, Famechon, Leuc, Dufour, Villier.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Petit, Uffoltz, Félix, Saletes, Baur, Brissé Saint-Macary.

M. le Dr Guigou (de Vauvert).

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

VIN FERRUGINEUX AROUD. — Viande, Quina et Fer.

Le Gérant : L.-G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. L.-G. RICHELOT : Remarques sur l'appendicite.
II. Feuilleton.
III. Le traitement du myxœdème par l'alimentation thyroïdienne.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie.
V. Revue de la Société de Thérapeutique.
VI. Revue des travaux étrangers : Médecine.
VII. Défense physiologique de l'utérus et de ses annexes contre l'infection.
VIII. Jugement rendu à propos d'une mort par le chloroforme dans les hôpitaux de Paris.
IX. Les livres nouveaux : *Thérapeutique des Maladies de la peau*, par le Dr GEORGES THIBIERGE.
X. Échos et nouvelles.
XI. Nécrologie.

REMARQUES SUR L'APPENDICITE

Par L.-G. RICHELOT.

Est-il vrai que la nature de l'appendicite soit encore en question? Notre excellent maître, M. Millard, n'est pas de ceux qui font table rase des acquisitions modernes. Rien, dans sa lecture à la Société médicale des Hôpitaux (23 novembre 1894), ne vient contredire les faits récemment observés. Le terme de « pérityphlite », qu'il préfère, est juste en lui-même et ne heurte aucune opinion. Son diagnostic est sage et à l'abri des subtilités. Sa confiance dans le traitement médical est un peu grande, mais se défend d'être exclusive; avec lui, nous condamnons les interventions systématiques.

Et, cependant, il vient de passer sur nos têtes comme un léger souffle de réaction qui nous met la plume à la main.

Est-il vrai que la théorie de « l'engouement stercoral » ait encore des partisans? Je crois cependant bien établi que c'est l'appendice qui est en cause, et que l'ancienne conception d'Albers a fait son temps. L'appendice est le plus souvent libre et flottant dans le péritoine, et, quand il s'enflamme par la présence de concrétions fécales ou de corps étrangers, les accidents qu'il détermine, autrefois connus sous le nom de « phlegmon de la fosse iliaque », sont ceux d'une péritonite locale, adhésive dans les cas légers, suppurée et circonscrite dans les cas moyens, généralisée et septique dans les cas de perforation rapide. Il peut y avoir du pus dans le tissu cellulaire, à cause des variétés de siège de l'appendice, mais ce n'est pas la règle. Or, si les autopsies d'autrefois et surtout les opérations d'aujourd'hui ont démontré ces faits, il faut avouer qu'ils ne sont pas toujours démontrables, parce qu'il y a des appendicites bénignes qui se terminent par résolution, et qu'alors le médecin, sagement temporisateur, se borne à constater l'empâtement de la fosse iliaque droite, qui bientôt diminue et s'efface. Le voilà, l'engouement intestinal! le cœcum était plein et se vide; où sont vos corps étrangers, vos perforations, vos péritonites? Personne ne peut le dire, puisque personne n'y va voir.

Est-il vrai qu'on peut faire le diagnostic entre une typhlite et une appendicite? La Société médicale des Hôpitaux semble le croire; engouements, typhlites catarrhales, pérityphlites d'origine cœcale, appendicites, viennent se ranger complaisamment dans un ordre qui séduit l'esprit. J'ai lu ailleurs une leçon de Rendu, qui développe ces idées avec une éton-

FEUILLETON

Cher confrère, vieil ami de la cinquantenaire *Union Médicale*, je vous salue bien affectueusement, vous qui êtes resté fidèle, à travers les années, à l'ancien journal, malgré ses caractères un peu usés, son extérieur un peu démodé, et son prix d'un autre âge. Vous l'aimiez bien, sous la coupe romantique de son habit, sous les allures sérieuses du temps passé qu'elle avait gardées; vous ne l'aimerez pas moins sous la forme nouvelle qu'elle vient de revêtir.

L'année médicale qui vient de finir a jeté sur la science un éclat superbe, et elle a disparu dans une apothéose. Laissons les esprits chagrins récriminer au lieu de s'extasier et jouissons encore des rayons de gloire qui illuminent, au seuil de cette année nouvelle, notre école française. Quand l'écho de l'admiration et de la reconnaissance du monde entier retentit, toujours aussi puissant autour de nos savants et de nos travaux, pourquoi se plaindre et gémir? On nous dit : « la profession s'encombre! » Cela prouve qu'elle est recherchée, c'est-à-dire estimée. — « Chacun s'occupe de nous, la presse politique s'acharne à empiéter sur notre domaine, s'ingénie à se donner une tournure médicale, tient son public avec un soin extrême, au courant de tout ce qui touche à notre art! » mais est-ce-là de quoi nous plaindre? Cela montre quel intérêt on nous porte, quelle place nous occupons dans les préoccupations du monde; quelle importance on attache à notre rôle social. — « La justice, ajoute-t-on, nous tient en suspicion; les magistrats nous témoignent une sympathie médiocre! » Comment peut-on soutenir une chose pareille! Est-ce parce qu'ils ont couvert de leur bienveillance des gens qui raffolent assez de la médecine pour s'être risqués à l'exercer sans diplôme? Mais c'est au contraire une fulgurante démonstration du profond attachement qu'ils ont pour les médecins. Puisqu'ils sont si cléments à l'égard des irréguliers, des contrebandiers de la profession, que ne peut-on pas espérer de leur miséricorde quand il s'agirait des officiels!

nante précision : « Dans la typhlite, on constate une tuméfaction ayant plutôt l'apparence d'une atmosphère diffuse d'empâtement, rénitente, immobile, en boudin.... L'appendicite, au contraire, présente une petite tumeur marronnée, située plus bas, dirigée transversalement, quelquefois mobile, d'autres fois immobile et susceptible de s'entourer d'un empâtement considérable... La première affection est relativement bénigne, même quand elle se complique de périty phlite; l'appendicite est beaucoup plus grave, car la perforation intestinale est une grosse menace. » En parlant ainsi, Rendu — qu'il me pardonne — fait une distinction purement schématique entre les formes atténuées dont il n'a pas fait l'autopsie et les formes plus sérieuses qui ont une évolution chirurgicale.

Pour trouver ces distinctions légitimes, il faut n'avoir jamais fait de chirurgie abdominale, ne pas savoir à quel point et combien souvent les subtilités d'un diagnostic ambitieux sont réduites à néant par l'examen des lésions. Le meilleur diagnostic est celui qui mène à l'indication par le plus court chemin. Le mal débute insidieusement, ou brusquement par une douleur vive rapportée à la fosse iliaque droite, mais il peut rester du vague sur ce point; il y a des vomissements réflexes, un peu de retentissement sur tout l'abdomen, du ballonnement, du péritonisme; en explorant avec soin, on localise la douleur, on sent l'empâtement, et le diagnostic est fait, entièrement fait, sans chercher midi à quatorze heures. Ce qui reste maintenant, c'est la conduite à tenir : l'orage va-t-il se calmer et la résolution survenir, ou bien, les phénomènes locaux s'aggravant, sera-t-on mis en demeure de prévenir les ruptures dangereuses et l'infection générale? Quant à se demander s'il s'agit du cœcum ou de l'appendice, on connaît les faits antérieurs, et les livres où est écrit ce que tout le monde sait maintenant ou doit savoir. C'est l'appendice, parce qu'on sait que c'est lui, parce que, sauf des cas exceptionnels d'épingles ou d'arêtes de poisson qui peuvent se planter dans le cœcum aussi bien qu'ailleurs, à des lésions aujourd'hui connues correspond une évolution clinique déterminée qui ne doit plus étonner personne.

Il y a cependant une forme de typhlite qui a sur les typhlites sus-mentionnées l'avantage d'exister, d'être même assez fréquente, plus fréquente qu'on qu'on ne le dit. Mais c'est d'elle justement que la Société médicale des Hôpitaux n'a pas parlé. Or, puisqu'on s'occupait du diagnostic, il n'était pas inutile de rappeler que la *typhlite tuberculeuse* peut revêtir des allures qui la font ressembler à l'appendicite vulgaire. A côté de la tuberculose massive du cœcum, formant de grosses tumeurs qu'on a confondues avec le cancer, il en est une très spéciale, bien circonscrite et sans lésions diffuses, que j'ai touchée du doigt et deux fois guérie par une résection partielle de la paroi intestinale. Lasègue disait que la périty phlite à répétitions devait éveiller l'idée de la tuberculose; et j'estime que nombre d'auteurs, ouvrant un abcès de la fosse iliaque sans bien voir la paroi cœcale ni trouver l'appendice, ont cru à tort opérer des appendicites vulgaires. Parmi les malades que j'ai traités, plusieurs m'ont paru suspects à cet égard. J'ai rencontré des pus et des appendices que je regrette maintenant de n'avoir pas mieux examinés. J'ai encore en observation des sujets qui ont bien guéri après l'incision de leur abcès, mais dont la fosse iliaque n'est pas nette, et dont le facies ou les antécédents m'inspirent des craintes. J'ai étudié ces faits dans une communication *Sur l'appendicite vulgaire et la*

Je vous vois venir, cher confrère et contradicteur. Vous allez me clore la bouche, croyez-vous, en m'objectant la lamentable histoire dont le dénouement insuffisamment réparateur, nous a laissé à tous une poignante impression. Je ne vous chicanerai pas là-dessus. Le proverbe : « Qui aime bien, châtie bien » serait, je l'avoue sans peine, une piètre réponse à ce rude argument. Mais laissez-moi vous montrer le bien à côté du mal, et vous faire toucher du doigt tout ce qu'a eu de beau, de grand, d'affectueux et de flatteur un autre jugement qui a été rendu il y a quinze jours à peine. Le fait qui l'a provoqué a déjà quelque ancienneté; peu importe, puisque les dernieres conséquences qu'il ait eues sont d'hier. Le voici résumé en deux mots :

Un homme qu'on allait opérer mourut sous le chloroforme. La veuve réclama une compensation pécuniaire à l'Assistance publique, responsable des erreurs des médecins. Les juges auraient parfaitement pu se contenter de déclarer que l'Administration n'était en rien responsable des actes purement professionnels et techniques des savants à qui elle confie le soin de ses malades. Ces excellents juges, cependant, auraient cru manquer au premier devoir de l'amitié en limitant à ces bornes étroites l'efficacité de leur tâche. Ils ont tenu à faire mieux. Il leur a fallu laver notre confrère du soupçon dont on avait voulu l'atteindre; ils ont voulu lui rendre, par des considérants bien et dûment motivés, la confiance et l'estime de ses malades, de ses élèves et de ses pairs. Aussi quelle reconnaissance ne leur doit-il pas?

Avec l'universelle compétence qui fait leur gloire et leur force, ils ont minutieusement étudié, épluché, disséqué ce cas difficile. La netteté de leurs conclusions est admirable. Voici donc consacré désormais, par la jurisprudence la plus éclairée, ce principe — était-il sérieusement contesté jusqu'à présent — que la douleur est une indication de l'anesthésie et que cette indication est d'autant plus précise que la douleur doit être plus prolongée. Nous sommes également fixés sur cet autre point capital, à savoir : que quand aucune des affections organiques qui contre-indiquent habituellement l'emploi du chloroforme, n'existe, cet emploi n'est nullement contre-indiqué. Toutefois, aux motifs d'abstention qu'une expérience d'un demi-

typhlite tuberculeuse (1), où je montre celle-ci trop négligée depuis les premiers exemples recueillis par Blatin, Duguet, etc.; oubliée par les Anglais et les Américains, bien qu'ils aient opéré un grand nombre d'appendicites chroniques. A la Société de Chirurgie, on connaissait les grosses tumeurs opérées par Terrier, Bouilly, prises d'abord pour des sarcomes et décrites par Pilliet, mais on n'avait plus souvenance de l'opinion de Lasègue; on semblait ignorer ces tuberculoses localisées du cœcum, dont les poussées successives peuvent aboutir légitimement à l'extirpation du foyer tuberculeux, suivie d'une guérison complète et durable.

Le malheur est que, dans de pareilles conditions, c'est-à-dire en dehors de toute lésion diffuse de l'intestin et d'une tuberculose pulmonaire confirmée, le diagnostic est fort malaisé. S'il était plus facile, la conduite des chirurgiens serait mieux réglée et l'intervention moins controversée dans un certain nombre de coliques appendiculaires à marche insidieuse. Il faut donc, pour deviner la lésion ou la reconnaître à temps, avoir ce fait présent à l'esprit, qu'elle n'est pas très rare, et qu'elle se confond, par son évolution clinique, avec les lésions inflammatoires banales; il faut y penser toujours dans les cas à rechutes. Ces faits encore peu connus méritent, si je ne me trompe, d'attirer l'attention, et je tiens à rappeler qu'ils ont été signalés pour la première fois à la Société de Chirurgie en mars 1892, avec preuves cliniques et détails opératoires.

Un mot sur le traitement. Faut-il considérer la chirurgie comme l'*ultima ratio* à laquelle on se résigne bien à contre-cœur, au risque d'en faire la « chirurgie des agonisants », ou voir dans l'opération une méthode qui peut être la meilleure et mériter d'être choisie, même quand on n'a pas la main forcée?

M. Millard a cent fois raison de dire que beaucoup d'appendicites guérissent toutes seules et qu'on doit souvent s'abstenir. Mais il faut dire cela surtout aux Américains, qui vous enlèvent l'appendice à la moindre douleur de côté. Si on le dit parmi nous avec trop d'insistance, et comme un amendement aux propositions raisonnées que les chirurgiens ont émises dans ces derniers temps, jusqu'où ira la débauche d'abstention des médecins qui demandent, pour s'émouvoir, que le pus crève la peau et les yeux?

Oh! la temporisation dans les maladies de l'abdomen! Voici d'abord un cas où j'espère n'être pas démenti : la perforation brusque de l'appendice en plein péritoine. J'ai été souvent appelé pour une « occlusion intestinale »; on ne voit que le ballonnement, l'absence de selles, les vomissements; on n'a pas remarqué la douleur à droite. Mais ce qui est désolant, c'est la manière de procéder : appelé souvent le second jour, le médecin prépare doucement l'entourage, appelle un consultant, qui doit être un médecin pour ne pas effrayer. Le lendemain, on délibère; la maladie paraît entrer dans une « phase chirurgicale ». Et j'arrive le quatrième jour au plus tôt! La famille est souriante et respire, car le malade est soulagé depuis quelques heures. Il est d'une lucidité parfaite et répond aux questions; mais il a les mains froides, il n'a plus de pouls. Qui n'a vu cet optimisme navrant des dernières heures de la vie? Quand j'annonce l'événement, tout le monde est stupéfait; le médecin me dit que « la situation s'est bien modifiée depuis hier ». Hélas! c'est il y a quatre jours qu'il fallait la comprendre.

(1) *Société de Chirurgie*, 23 mars, et *Union médicale*, 2 et 5 avril 1892.

---

siècle a fait connaître, il conviendra à l'avenir d'en ajouter deux autres; d'où il résulte que nos livres sur la matière sont d'ores et déjà très vieillis et qu'il est urgent de les refondre.

De ces deux motifs, le premier peut se formuler ainsi : la couleur grisonnante de la barbe et des cheveux est une menace dont il faudra dorénavant tenir compte (au prochain jugement, on y ajoutera la calvitie).

Le second motif est d'ordre différent. Mais tenez-vous ceci pour dit : qu'il est dangereux d'anesthésier un sujet lorsque quelqu'un déclarera l'avoir vu, parfois, entre deux vins. Le *considérant* reconnaît cependant que ce fait ne constitue pas, pour l'opéré, la qualité d'alcoolique et il condescend à admettre que le chirurgien puisse ne pas connaître l'unique témoin de hasard de ces libations un peu plus copieuses qu'il n'est correct d'en faire.

Le tribunal, d'ailleurs, avec une bonne grâce parfaite et une louable droiture d'âme, a compris que, ces deux grandes vérités scientifiques n'ayant encore jamais été proclamées et n'ayant pu, conséquemment, être connues des défenseurs, à l'époque où se sont passés les faits de la cause, il était juste, dans l'espèce, de ne point retenir la violation qui en a été faite. Pour ces raisons, dit : « Qu'il n'y a aucune imprudence à chloroformiser ».

En cette simple ligne les bons juges, à mon simple avis, ont atteint au sublime. Le « *transii, jam non erat* » de l'Écriture sainte, que tous les traités de littérature et d'éloquence citent à l'envi comme le plus admirable exemple de l'élévation de la pensée humaine, pâlit, disparaît devant la grandeur de ce texte judiciaire, comme une lanterne vitrée de corne devant l'éblouissement d'un arc voltaïque. Relisez, relisez cela, je vous prie : « Il n'y a eu aucune imprudence », non, c'est admirable.

Oh! que ne suis-je le fortuné mortel à qui un tel *satisfecit* a été donné et par de telles lèvres! « ... aucune imprudence... » j'en suis fasciné, hypnotisé, anéanti. Si j'étais riche, je voudrais, comme Harpagon, le faire écrire en lettres d'or, en majuscules d'or, sur la porte de mon cabinet de consultations.

En vous disant, tout à l'heure, que l'année dernière s'était terminée, pour nos médecins, en une radieuse apothéose, je songeais, certes, à tout autre chose qu'à ce

En opérant dès le premier ou le second jour, on a quelques succès authentiques, qui nous font un devoir de l'intervention rapide; d'autant plus que l'appendice n'est pas toujours perforé. Le 24 décembre 1890, entre à l'hôpital un homme de trente-huit ans, dans un état des plus graves. Je fais la laparotomie le 25; je trouve une péritonite généralisée, des fausses membranes et des nappes de pus concret sur toutes les anses de l'intestin grêle. L'appendice, point de départ et centre des lésions, est énorme, gorgé de muco-pus, mais sans perforation; je le résèque à sa base. Lavage prolongé du péritoine avec l'eau salée, drainage de l'abdomen, et finalement guérison. Voilà un exemple intéressant de péritonite généralisée à la suite d'une appendicite sans perforation, et de péritonite grave guérie par l'intervention chirurgicale.

Voyons maintenant dans quelle mesure nous pouvons recommander l'abstention dans les cas moins terribles. Il y a quelques semaines, mon collègue Hallopeau m'appelle auprès d'un jeune garçon qui vient d'être pris subitement d'une vive douleur abdominale, avec vomissements et péritonisme. Le pouls est bon, le facies n'est pas altéré, le ventre est presque normal, à peine ballonné, les vomissements n'ont duré que le soir et une partie de la nuit. La douleur, diffuse au premier abord, se localise à la palpation dans la fosse illaque droite, un empâtement léger n'est pas douteux, le diagnostic est fait. Ni Hallopeau ni moi n'avons l'idée d'intervenir d'emblée. Puis la situation reste bonne, les vomissements ne reparaissent pas et la douleur diminue; l'empâtement persiste assez longtemps, sans fièvre, pour s'effacer peu à peu avec un régime sévère et le repos au lit.

Voilà des cas bénins, heureusement assez nombreux pour qu'on puisse affirmer l'efficacité du « traitement médical »; mais de là à dire qu'il suffit dans la majorité, dans « l'immense majorité » des cas, il y a quelque distance; et la Société médicale des Hôpitaux, tout en le disant par la bouche de quelques-uns de ses membres, a posé elle-même en principe que, s'il y a du pus, il est dangereux de temporiser. Or, la suppuration est précoce, rapide; quand se produit-elle, quand faut-il y croire, au bout de quarante-huit heures, de trois jours? En vérité, je n'en sais rien; mais je sais qu'il faut être clinicien, savoir regarder son malade, comprendre que le mal progresse avant de sentir la fluctuation. Il y a, nous dit-on, des malades qui guérissent par la résorption de leur foyer purulent; tant pis, car ce sont là de mauvais exemples. Trop souvent, après une accalmie trompeuse, les accidents reprennent subitement, et la péritonite se généralise; Moizard et d'autres l'ont rappelé. Attendre au delà des limites prudentes, cela s'appelle « surveiller ». Qu'entendez-vous par là? Prendre un air soucieux en attendant que l'appendice crève, et, quand il est crevé, hocher la tête en disant : « Je m'en doutais ». Belle affaire pour le malade!

Quand la suppuration est évidente ou probable — et je répète qu'elle se produit de bonne heure — l'intervention est la règle, parce qu'un chirurgien doit marcher au pus comme un général doit marcher au canon. Je lui souhaite alors qu'on n'ait pas mis trop d'onguents et autres saletés sur la fosse iliaque.

J'ajoute qu'après les crises plus ou moins aiguës, dans les cas à répétition, et quand on soupçonne un foyer tuberculeux, je suis partisan de la *résection à froid*, c'est-à-dire en dehors de la poussée inflammatoire, dangereuse pour le péritoine. Mais j'aurais

---

jugement. J'avais tort. La voilà, la véritable et incomparable apothéose. Est-il donc possible qu'il se soit trouvé, après cela, des esprits assez moroses pour se lamenter, pour oser écrire ce que j'ai lu, ce que j'ai cru lire, du moins (car j'en viens à douter que mes yeux ne m'aient pas trompé), des gens assez oublieux des bienfaits reçus pour ne pas craindre d'insinuer que la magistrature ne nous témoignait qu'une amitié restreinte! Imprudents qu'ils sont d'attirer ainsi la foudre sur nos têtes! Et que brouillée à cause d'eux avec sa chère sœur la Médecine, la Justice se prend à lui dire, comme le loup de la fable :

Allez, vous êtes une ingrate,
Ne tombez jamais sous ma patte.

Statistique des malades pendant la campagne du Dahomey. — L'infanterie de marine a eu 90 °/₀ de malades, la flottille 80, l'artillerie de marine 74, les spahis 62, le génie 50 et la légion étrangère 35. La moyenne des malades a été de 56 °/₀.

A propos de la sérothérapie. — Dès à présent, l'Institut Pasteur, — 25, rue Dutot, Paris, — est à même de pouvoir répondre aux demandes de sérum qui lui sont adressées par des médecins pour des cas urgents.

Pour éviter toute perte de temps, le moyen le plus simple à employer est de télégraphier au docteur Roux, à l'Institut Pasteur. Les dépêches doivent être parvenues à l'Institut Pasteur avant trois heures et demie, les envois devant être remis à la poste avant quatre heures.

L'Institut Pasteur envoie également du sérum aux préfets et aux maires qui en ont un besoin urgent pour leur département ou leur commune.

A la fin du mois de janvier, et peut-être avant, il sera possible d'approvisionner de sérum les pharmacies, les hôpitaux et les établissements officiels de bienfaisance.

— A ce propos, le Dr Behring vient de quitter Paris. Il a vu le Dr Roux et s'est plu à reconnaître, avec une bonne foi digne d'éloge, que sans les travaux de ce dernier la sérothérapie ne serait pas ce qu'elle est.

trop à dire sur ce point et sur les détails de l'intervention ; j'avais surtout en vue les cas d'urgence, où la question principale est de prévenir les accidents graves par la simple évacuation du pus.

LE TRAITEMENT DU MYXŒDÈME

PAR L'ALIMENTATION THYROÏDIENNE

Le traitement du myxœdème par l'ingestion de corps thyroïdes a eu pour point de départ les expériences de Schiff, qui ont montré qu'on pouvait prévenir les effets de la thyroïdectomie totale en greffant, au préalable, sous la peau des animaux en expérience des fragments de corps thyroïde. Comme conséquence de ces expériences physiologiques, on essaya tout d'abord de traiter par des greffes thyroïdiennes le myxœdème, maladie dans laquelle l'absence du corps thyroïde est la règle chez presque tous les malades. Aux greffes de corps thyroïde, furent bientôt subtituées les injections d'extrait de corps thyroïde, préparé suivant la méthode de d'Arsonval. Ultérieurement, Slowictz (de Copenhague), et presque simultanément Mackensie et Fox, imaginèrent de faire ingérer aux malades purement et simplement des fragments de corps thyroïde cru. Ce mode de traitement du myxœdème par l'alimentation thyroïdienne a actuellement fait ses preuves ; disons mieux, il a dépassé toutes les espérances. Les effets surprenants de l'ingestion de corps thyroïde ont été confirmés par tous les médecins qui ont essayé cette médication chez les myxœdémateux. L'année dernière, plus de cent cinquante cas de myxœdème avaient été, sauf deux seulement, traités avec succès par l'alimentation thyroïdienne (W. Pasteur).

L'ingestion de lobes de corps thyroïde de mouton ou de veau (presque toujours de mouton), crus ou à peine cuits, est le mode d'emploi le plus fréquent de la méthode thyroïdienne. L'efficacité démontrée de la méthode thyroïdienne la fait préférer à l'injection sous-cutanée des extraits ou des sucs thyroïdiens, qui sont cause des accidents septiques locaux, qu'il n'est pas toujours possible d'éviter. La dose nécessaire et presque toujours suffisante est d'un lobe par jour, pendant les quatre à cinq premiers jours. Plus tard, elle n'est plus que d'un lobe tous les deux jours, pendant une ou deux semaines. Après deux ou trois semaines, il n'est plus utile que de recourir à la ration d'entretien, qui est d'un lobe tous les quatre à cinq jours (Pierre Marie).

En France, on fait ingérer les corps thyroïdes en nature, soit dans du bouillon ou des confitures, soit dans du pain azyme. Pour diminuer la toxicité de cet aliment, auquel sont si sensibles les myxœdémateux, on peut la faire cuire très légèrement.

En Angleterre, on emploie couramment les tablettes, dites de Burrough, qui renferment chacune 25 centigrammes d'extrait de corps thyroïde de mouton. La dose quotidienne est de deux à quatre tablettes.

Un point essentiel de la médication est de procurer aux malades du *vrai* corps thyroïde. Pour cela, il faut l'envoyer chercher directement aux abattoirs. Les moutons exportés dans les boucheries sont le plus souvent sans corps thyroïde ; les organes sont enlevés dans les abattoirs, ou, s'ils restent attachés à la trachée-artère, ils sont déchiquetés par l'instrument qui a servi à égorger les animaux. Il est facile de s'en procurer dans les abattoirs. On les montrera sur l'animal aux bouchers, qui les désignent sous le nom de glandes du cornet. Au besoin, on vérifiera par l'examen microscopique la structure des glandes fournies aux malades. Il arrive, en effet, assez fréquemment, que des ganglions lymphatiques du cou ou des glandes salivaires sont livrés à la place de corps thyroïde.

L'ingestion de corps thyroïde agit chez les myxœdémateux avec une rapidité surprenante. Dès le deuxième jour, la température s'élève et dépasse souvent 38°. Le pouls s'accélère. Les malades sortent de leur torpeur. A l'apathie intellectuelle fait place de l'excitation cérébrale, parfois du délire. L'insomnie est ordinaire. Simultanément, les urines augmentent considérablement. Les urines émises dans les vingt-quatre heures dépassent fréquemment deux litres. Tous leurs éléments solides (urée, phosphates, chlorures, etc.) subissent une augmentation considérable. Ces phénomènes de crise urinaire persistent les jours suivants. Très rapidement, les malades maigrissent. Il n'est pas exceptionnel de les voir perdre plusieurs kilogrammes pendant la première semaine du traitement. Leur peau, qui était sèche et écailleuse, se couvre de sueur. L'épiderme cesse de desquamer. La peau était presque glabre : les poils repoussent. En deux ou trois semaines, la métamorphose est complète. Des photographies tirées avant et après le traitement ont donné la preuve de ces transformations extraordinaires.

Une fois la myxœdémation commencée, cela continue sans arrêt pendant plusieurs semaines. Mais les effets du traitement ne sont pas indéfinis. Si on arrête l'ingestion de corps thyroïde, la maladie reprend son cours au bout de quelques mois. Aussi l'alimentation thyroïdienne doit-elle être continuée indéfiniment à la ration d'entretien. L'alimentation thyroïdienne agit, en effet, en restituant à l'organisme une sécrétion interne, dont l'absence était la cause du myxœdème.

Une médication aussi active a ses dangers. L'ingestion de corps thyroïde qui est sans effet sur les individus bien portants, qui n'agit que chez les myxœdémateux et quelquefois aussi chez les malades atteints de goitre enophtalmique (G. Voisin), peut amener dans ces conditions des accidents graves. Lorsque la dose de corps thyroïde ingérée quotidiennement est trop forte, ces accidents sont presque inévitables. Plusieurs cas de syncope mortelle ont été observés en Angleterre. Chez plusieurs malades, on a noté des pertes de connaissance passagère, des spasmes musculaires, des céphalées persistantes, des douleurs vives dans les membres, des crises de diarrhée, des accidents hystériques (Béclère).

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 janvier 1895

Au commencement de la séance, M. Rochard, en quittant le fauteuil de la présidence, remercie ses collègues de l'Académie de la bienveillance et de la sympathie qu'ils lui ont toujours témoignées pendant qu'il remplissait les fonctions si difficiles de président ; il les remercie de nouveau de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à exercer ces fonctions.

M. Empis succède à M. Rochard au fauteuil de la présidence.

Ce n'est point à Behring, d'après une note que lit M. Cornil au nom de M. Babès, que revient l'honneur de la découverte de la sérumthérapie. Les premiers travaux fle Behring et Kitasato, sur le tétanos, datent de 1890. M. Babès rappelle qu'il avait lui-même établi le principe de l'immunisation des animaux contre une maladie infectieuse, par le sang d'animaux préalablement immunisés contre la même affection ; ces recherches, faites en collaboration avec M. Lepp et publiées dans les Annales de l'institut Pasteur (juillet), datent de 1889. MM. Babès et Lepp avaient employé avec succès, pour vacciner des chiens contre la rage, le sang de chiens rendus préalablement réfractaires.

Sans nier l'importance des travaux de Behring, Frankel, Kitasato, Ehrlich, Roux, Büchner, etc., M. Babès réclame donc la priorité « de la découverte et de la démonstration scientifiquement exacte de l'action immunisante du sang des animaux immunisés. » Il réclame comme siennes ces deux lois dont le mérite est à tort attribué à Behring :

1° On peut transmettre aux animaux l'immunité contre une maladie infectieuse au moyen du sang d'animaux fortement immunisés contre cette maladie ;

2° Cette méthode empêche l'éclosion de la maladie chez les animaux auxquels le virus a été inoculé antérieurement au traitement d'une manière effective.

Que les travaux de M. Babès soient antérieurs à ceux de Behring et Kitasato, nous ne le contestons pas ; mais lorsqu'il affirme qu'ils sont antérieurs aussi à ceux de MM. Richet et Héricourt, nous ferons remarquer qu'il a omis de parler d'une note de ces deux auteurs, *présentée par M. Verneuil à l'Académie des Sciences, le 5 novembre 1888*, dans laquelle ils donnent la première démonstration de l'immunisation contre une maladie infectieuse par l'injection de sang d'animaux inoculés précédemment avec le micro-organisme de cette maladie ; il s'agissait dans leurs expériences de l'immunisation du lapin contre le *staphylococcus pyosepticus*.

Classement des candidats pour la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale : 1° M. Motet ; 2° M. Napias ; 3° MM. Du Cazal, Laugier, Le Roy des Barres, A.-J. Martin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Une grande partie de la séance a été occupée par la lecture d'un long et du reste intéressant travail de notre collègue et ami le Dr Potherat, sur *trois cas de grossesse extra-utérine* traités chirurgicalement. Nous ne donnerons pas le compte rendu de cette lecture. Un rapporteur a été nommé qui exposera, appréciera et discutera les observations et les conclusions de M. Potherat, et à ce moment nous reviendrons sur ce sujet.

On se souvient de la communication de M. Chaput, sur la *prothèse métallique* intercutanéo-muqueuse. M. Delorme (du Val-de-Grâce) prend la parole sur cette question à propos du procès-verbal.

Il arrive à la tribune avec trois faits, que nous allons analyser rapidement. Dans le premier, il s'agissait d'un cavalier qui reçut un coup de pied de cheval dans la face. Le nez fut défoncé, et M. Delorme songea à appliquer à la restauration de l'auvent nasale la prothèse métallique, préconisée par Martin (de Lyon). Le trépied métallique fut même modifié et appliqué en deux parties séparées. Tout alla bien jusqu'à la troisième semaine, mais à ce moment l'appareil se déplaça. Puis des douleurs se manifestèrent avec tendance à l'inflammation, et M. Delorme fut obligé d'enlever le trépied, à la suite de quoi le nez s'affaissa de nouveau, et comme le dit l'orateur, l'insuccès fut complet.

Il n'en fut pas de même chez les deux autres opérés, où le résultat fut presque satisfaisant, comme on va le voir. Chez son second malade, il s'agissait d'une perte de substance très notable, déterminée

par un coup de feu dans une tentative de suicide. Là encore, le trépied de Martin fut appliqué et donna au début d'excellents résultats; mais bientôt une ulcération se montra, il se fit à la base du nez une perte de substance qui laissa voir une partie de l'appareil. C'est dans cet état que se présente le malade amené par M. Delorme, chez lequel la difformité est corrigée; mais il y a intolérance de l'appareil prothétique.

Dans la troisième observation, il s'agit encore d'un suicide par coup de feu, mais avec une perte de substance plus considérable. Le trépied de Martin fut encore appliqué, mais pour avoir assez de parties molles, M. Delorme fut obligé d'emprunter un lambeau au bras par la méthode italienne. Ce lambeau se sphacela. Le chirurgien dut alors avoir recours aux décollements des parties molles latérales, et le malade qui est présenté à la Société de chirurgie a bien son auvent nasal en partie refait, mais il y a aussi chez lui intolérance de l'appareil métallique.

M. Delorme fait suivre l'exposé de ces trois observations des réflexions suivantes : sa pratique lui a montré que pour pouvoir donner au nez qu'on va refaire la forme qu'il doit avoir, il faut avoir un trépied à branches longues, qui peuvent être rognées suivant les besoins. Le platine mou a été vanté, mais il est inutile d'avoir une substance malléable, car la forme de l'appareil doit être arrêtée quand on commence l'opération. La fixation des tiges-supports est difficile et, pour y arriver, M. Delorme a été obligé de sectionner la lèvre supérieure en son milieu. De plus, quand l'os est atteint d'ostéite, le pont d'implantation n'est pas solide et l'appareil peut se déplacer. Enfin, l'orateur insiste sur la nécessité d'avoir de l'étoffe. On ne peut, en effet, se servir des parties molles géniennes, car si on dépasse le sillon nasogénien, on donne à la base du nez une largeur trop grande et au malade un air tout à fait disgracieux. M. Delorme termine en émettant l'avis qu'on pourrait procéder en plusieurs temps, en constituant d'abord les lambeaux à l'aide d'incisions libératrices, si cela était nécessaire, et en se servant d'un trépied à crémaillère qui pourrait être soulevé progressivement, de façon à mettre en jeu l'élasticité des tissus. Il ne partage pas l'opinion de M. Chaput, qui enterre son appareil prothétique dans les parties molles, car il pense que forcément cet appareil doit être éliminé un jour ou l'autre.

M. Chaput riposte en montrant que les malades présentés par M. Delorme ne font pas valoir la méthode de Martin et seraient plutôt en faveur de la prothèse intercutanéo-muqueuse. Quoi qu'en dise M. Delorme, en effet, ses deux opérés tolèrent parfaitement depuis des mois le trépied enfoui dans les parties molles du nez. Il ne faut pas d'appareils compliqués, d'après lui, et on doit éviter, bien entendu, quand on fixe dans l'os les pointes du trépied, de perforer les sinus frontaux ou maxillaires.

Eugène Rochard.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Emploi des vapeurs iodoformiques dans le coryza et la bronchite descendante. — Valeur comparative des laits stérilisés.

Dans le mucus nasal recueilli aux différentes périodes du coryza, on constate un assez grand nombre de microbes, parmi lesquels le staphylococcus albus existe habituellement en quantité dominante. Bien que le même organisme se retrouve dans le mucus nasal de personnes n'ayant pas le coryza, M. Maurel a pensé que ce staphylococcus jouait un rôle dans la production de la maladie. Il l'a soumis à l'action de l'iodoforme et a vu que cet antiseptique diminuait d'abord sa virulence et atteignait ensuite sa reproductivité.

Mais comment employer l'iodoforme dans le coryza? M. Maurel eut l'idée de mettre à demeure du coton iodoformé dans les fosses nasales et constata que ce coton, facilement supporté, ne provoquait ni gêne ni irritation.

Les résultats cliniques du traitement sont très bons. Le coryza aigu guérit rapidement et la bronchite descendante est évitée ou réduite à de faibles proportions. Si la bronchite a déjà commencé lorsque l'on intervient, il faut recommander au malade qui respire souvent par la bouche de laisser fondre lentement dans cette dernière des pastilles renfermant 5 milligrammes d'iodoforme; il peut en prendre six par jour.

M. Maurel a trouvé que l'iodoforme était aussi très utile dans le coryza chronique des arthritiques, dans les bronchites chroniques, même dans les affections tuberculeuses des voies respiratoires. Les vapeurs d'iodoforme doivent sûrement agir sur les microbes pyogènes constamment associés au bacille de Koch, mais il est également possible qu'elles exercent aussi leur action sur ce bacille lui-même.

En résumé, les vapeurs iodoformiques agissent dans toutes les affections provoquées ou compliquées par le staphylococcus aureus et albus.

— M. Dujardin-Beaumetz s'est préoccupé de l'utilisation possible des laits stérilisés dans les opérations militaires faites dans les colonies.

Il existe trois espèces de laits stérilisés :

Celui que l'on boit ordinairement est chauffé à 50°, puis refroidi ensuite brusquement; il conserve ses propriétés pendant quarante-huit heures appro-

ximativement. Le lait chauffé à près de 100° a le goût du lait bouilli; les bactéries y sont détruites. Enfin, le lait complètement stérilisé est porté à 105°, 120°, et peut se conserver pendant plusieurs mois, mais s'il est renfermé dans des vases fermés hermétiquement. Lorsque ce dernier lait vient d'être fabriqué, il a un goût de brûlé, ce qui n'empêche pas de le supporter quand même. Mais, plus tard, lorsque le beurre et la crème se solidifient en caillots flottants, il se développe un goût particulier de rance, d'acide butyrique, en dehors de toute influence bactérienne appréciable, et ce goût finit par devenir insupportable. De même, le caoutchouc qui entre dans la fermeture se détériore facilement et permet à l'air de passer. Sur dix bouteilles, M. Dujardin-Beaumetz en a rencontré jusqu'à six ou sept d'altérées au bout d'un an. Même quand il n'y a pas d'altération, le goût rend le lait inacceptable et, en le faisant chauffer au bain-marie, comme on l'a conseillé, on ne supprime pas cet inconvénient.

M. Berlioz n'est pas non plus partisan de l'emploi du lait stérilisé pour les transports à grande distance. Il a assisté, dans le service de M. Budin, à l'ouverture d'une caisse de huit bouteilles de lait stérilisé, revenue à l'hôpital après un long voyage. Sur ces huit bouteilles, quatre mal bouchées n'ont pas été examinées; les quatre autres bien stérilisées renfermaient un lait d'un très mauvais goût. Donc, en dehors de tout déplacement et malgré une stérilisation parfaite, au moins en apparence, le lait stérilisé cesse d'être un liquide acceptable au bout d'un certain temps.

En fait, le lait concentré est bien préférable pour les expéditions lointaines. M. Maurel l'a employé en Extrême-Orient et en Cochinchine, où en consomme au moins 300 litres par jour; il donne d'excellents résultats contre la diarrhée et dans l'allaitement des enfants.

REVUE DES TRAVAUX ÉTRANGERS

MÉDECINE

La médication thyroïdienne. — Pathogénie du goître exophtalmique et du myxœdème. — Altérations du sang dans la cachexie strumiprive.

La question de la médication thyroïdienne est, depuis longtemps, à l'ordre du jour en Angleterre. Il ne se passe guère de semaine sans que les journaux anglais ne relatent de nouveaux succès dus à cette méthode. Tout récemment encore M. Garrod montrait à la *Société médicale de Londres* (12 novembre), une enfant de dix ans atteinte de crétinisme myxœdémateux, chez laquelle le traitement thyroïdien, continué pendant vingt mois environ, donna les meilleurs résultats. L'enfant a grandi de douze centimètres et personne ne soupçonnerait actuellement qu'elle a été atteinte de crétinisme. M. Garrod a rapporté deux autres cas analogues, auxquels s'ajoutent les exemples non moins heureux cités par MM. Watson, Dockrell, Fenwick, Herbert Snow.

La médication thyroïdenne aura eu un autre résultat: celui de rendre plus claire la pathogénie, jusqu'à présent, si obscure, du goître exophtalmique. C'est du moins ce qui semble résulter de l'analyse des accidents provoqués par l'administration trop considérable de corps thyroïde; c'est aussi ce qui résulte des belles expériences de MM. Ballet et Enriquez (*Société médicale des hôpitaux*, séances du 16 novembre et 14 décembre 1894).

Eulenburg (*Deut. Med. Woch*, octobre 1894), dans une intéressante étude, passe en revue les objections que l'on a formulées contre la théorie thyroïdienne de la maladie de Basedow: l'hypertrophie du corps thyroïde peut manquer dans cette affection; les palpitations ou l'exophtalmie peuvent apparaître longtemps avant le goître; enfin, des goîtres volumineux peuvent exister sans symptômes de la maladie de Basedow. Eulenburg fait remarquer que ces objections n'ont que peu de valeur, elles atteignent la théorie mécanique et non pas la théorie chimico-toxique de l'affection. On admet, aujourd'hui, que la glande thyroïde sécrète une substance encore inconnue, mais absolument indispensable à la vie. Si cette sécrétion est amoindrie ou fait défaut, le myxœdème apparaît. Un excès de sécrétion produit, au contraire, le goître exophtalmique. Cette substance serait peut-être chargée de détruire des toxines contenues dans le sang normal. C'est, du moins, ce qui résulte des recherches de Bagenoff et de ses expériences sur les animaux thyroïdectomisés. Cet auteur prétend avoir retiré du sang et de l'urine de chiens auxquels le corps thyroïde a été enlevé, une sorte de leucomaïne sur les caractères chimiques de laquelle il insiste longuement. C'est un corps jaune foncé, soluble dans l'eau et dans l'alcool, donnant un précipité amorphe par le tannin, la solution d'iode iodurée, le chlorure d'or, etc. Ce qui prouve la réalité de cette substance toxique c'est le fait que l'injection à des lapins de sérum ou d'urine de chiens thyroïdectomisés provoque chez eux, et en particulier, des symptômes convulsifs, qui se produisent chez les chiens ainsi privés de leur corps thyroïde. En outre, l'injection à des souris de la substance toxique isolée par Bagenoff, reproduit, chez ces animaux, tous les phénomènes que donne l'ablation du corps thyroïde chez les rats. Ce sont là évidemment

des faits à l'appui de la théorie, ce qui fait de ce dernier organe un destructeur de poisons organiques. D'autre part, les phénomènes observés chez l'homme et chez les animaux, à la suite de l'absorption d'une trop grande quantité de glande thyroïde ou d'injections trop considérables de suc thyroïdien démontrent que la sécrétion de ce dernier organe possède également des propriétés toxiques, d'ordre différent, mais aussi très énergiques. On se trouve donc amené à penser qu'il se fait constamment dans l'organisme sain une neutralisation, l'un par l'autre, de deux poisons dont l'existence est normale ; et que des accidents graves peuvent survenir dès que la sécrétion de l'un de ces poisons est troublée, soit dans le sens de l'augmentation, soit, au contraire, dans le sens de la diminution ou de la suppression.

Quoi qu'il en soit, on est encore bien loin de connaître d'une façon précise le rôle et les fonctions du corps thyroïde. M. Maragliano le montrait encore récemment dans un travail sur les *altérations du sang dans la cachexie strumiprive (Gaz. degli Ospegale*, 20 octobre). Bien des auteurs soutiennent que la glande thyroïde ne joue aucun rôle dans l'hématopoièse ; que, par conséquent, son ablation n'est suivie d'aucune modification notable du liquide sanguin. Toutefois, les recherches d'Albertoni et de Tizzoni ont démontré que le sang d'individus atteints de cachexie myxœdémateuse a beaucoup perdu de son pouvoir de fixer l'oxygène. M. Moragliano a fait examiner, avant et après l'opération, le sang de chiens thyroïdectomisés. Les résultats ont été les suivants ; légère diminution des globules rouges, légère augmentation des leucocytes ; augmentation de la quantité du sang, d'où diminution de sa densité ; aucune modification appréciable du sérum. Toutefois, et M. Moragliano se fait à lui-même cette objection, cette légère diminution des globules rouges et cette légère leucocytose sont-elles des effets directs de l'ablation du corps thyroïde ? Le sang, en effet, comme tous les autres tissus, peut subir des altérations consécutives à l'espèce d'intoxication qui suit la thyroïdectomie et qui tue les chiens en expérience, au milieu de violentes convulsions tétaniformes.

Un point particulièrement intéressant du travail de M. Morigliano est celui qui a rapport à l'ablation simultanée du corps thyroïde, de la rate et des glandes sexuelles. Les phénomènes sont peu modifiés si, avec le corps thyroïde, on enlève la rate. Leur intensité et la rapidité de leur marche s'accroissent considérablement si on enlève les testicules en même temps que le corps thyroïde, surtout chez les animaux auxquels on a préalablement pratiqué la splénectomie ; en quinze ou vingt heures ils meurent dans le coma.

Ces faits viennent démontrer une fois encore les rapports qui existent entre le corps thyroïde et les glandes sexuelles.

DÉFENSE PHYSIOLOGIQUE DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES CONTRE L'INFECTION

On se demande comment l'utérus et ses annexes, en communication ouverte par le vagin avec l'extérieur ne sont pas plus souvent infectés ; les travaux de *Kronig* et de *Menge* viennent de démontrer d'une façon des plus satisfaisantes le rôle soupçonné, mais non encore absolument prouvé, des sécrétions vaginales.

Celles-ci seraient douées de propriétés bactéricides qui auraient pour but de détruire les micro-organismes dangereux qui peuvent pénétrer dans le vagin.

Entre autres expériences intéressantes, nous allons citer celles dans lesquelles Menge a introduit des cultures virulentes dans le vagin et a examiné ensuite ce qu'elles devenaient.

Ces expériences ont été faites sur 35 femmes, auxquelles il a introduit 23 fois des cultures pures du bacille pyocianique, 30 fois des cultures pures du staphylocoque pyogène doré, 27 fois des cultures pures de streptocoque. Le résultat fut le même pour ces trois microbes : *au bout d'un temps plus ou moins long, le vagin ne renfermait plus un seul des micro-organismes introduits*. Les sécrétions acides tuaient les micro-organismes aussi bien que les sécrétions alcalines ou les sécrétions neutres. L'auto-aseptie du vagin était complète au bout d'un temps variant de deux heures et demie à soixante-dix heures. Ainsi, au fond du vagin, le bacille pyocyanique disparaissait au bout de vingt et une heures, le staphylocoque au bout de vingt-quatre heures, le streptocoque au bout de vingt-deux heures, en moyenne. La destruction des bactéries était aussi rapide à l'entrée du vagin et, indépendamment de la réaction acide ou alcaline des sécrétions.

Restait à savoir le mécanisme de cette destruction et à rechercher quel était le facteur qui, dans telle ou telle circonstance intervenait. Menge l'a recherché dans une série d'expériences qu'on trouvera retracées dans la *Deut. Méd. Wochenschr* (novembre 1894), et qui lui ont montré que si l'acidité des produits vaginaux joue un rôle important dans la destruction des microbes, il faut aussi compter avec d'autres facteurs. Ces autres facteurs sont d'abord les bacilles vaginaux ordinaires et, enfin, la phagocytose. Si, en effet, chez les nouveau-nés, dont les sécrétions vaginales sont stériles, on introduit des

streptocoques dans le vagin, ils finissent par disparaître ordinairement au bout de cinquante heures. On constate la disparition progressive du streptocoque, l'apparition d'une leucocytose accompagnée ou non d'une phagocytose, qui disparaît avec la disparition des streptocoques, et, enfin, l'établissement définitif de la flore microbienne ordinaire du canal vaginal.

Donc pour Menge, les éléments du pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales sont nombreux et se succèdent, suivant leur importance, dans l'ordre suivant : l'antagonisme entre les bacilles vaginaux et les micro-organismes qui pénètrent par hasard ; les produits des bacilles vaginaux; l'acidité des sécrétions; les propriétés des sécrétions des éléments anatomiques du vagin; la leucocytose et aussi l'absence d'oxygène libre.

L'infection pathogène du vagin ne peut donc avoir lieu que quand un ou plusieurs des facteurs énumérés n'exercent plus leur action. Ainsi survienne un catarrhe du col dont l'écoulement neutralise l'acidité des sécrétions vaginales, que les périodes menstruelles seront abondantes et amènent une dilution des produits protecteurs des bacilles vaginaux, et le vagin se trouvera dans un état favorable à l'infection.

La grossesse au contraire, comme l'a vérifié Kronig, donne aux sécrétions vaginales un pouvoir bactéricide particulier, qui fait qu'une femme enceinte qui n'a pas été touchée depuis quarante-huit heures, a ordinairement un vagin dans des conditions d'asepsie suffisantes.

JUGEMENT

Rendu par la 1re Chambre du Tribunal civil de la Seine, sur un cas de mort par le chloroforme dans les hôpitaux de Paris.

Nous avons déjà parlé, dans l'*Union médicale*, de ce procès intenté par Mme veuve Driot à l'Administration de l'Assistance publique, à cause de la mort de son mari, survenue pendant l'anesthésie chloroformique.

Le jugement rendu par la 1re Chambre du Tribunal civil de la Seine est fort intéressant, et nous allons en donner les points principaux :

Attendu qu'il résulte que Driot est entré à la Pitié le 20 mars précédent, atteint d'un lipome de la main gauche; qu'il a été placé dans le service du Dr Polaillon à qui il avait été spécialement recommandé; qu'après un examen attentif, qui s'est prolongé pendant plusieurs jours, une opération fut jugée nécessaire, et qu'il fut reconnu qu'il était impossible de pratiquer l'opération sans le secours de l'anesthésie chloroformique; que Driot fut ausculté avec soin; que rien dans sa constitution n'a contre-indiqué l'emploi du chloroforme; que l'autopsie a sur ce point confirmé les données de l'auscultation et démontré que Driot n'était atteint d'aucune des affections du cœur, des gros vaisseaux, des voies respiratoires et du cerveau qui s'opposent à l'emploi du chloroforme; que si l'on avait remarqué la couleur grisonnante de ses cheveux et de sa barbe, et que si d'autre part il avait reconnu lui-même qu'il buvait de temps en temps, il n'était pas permis d'en induire qu'il fût alcoolique; que tous les renseignements recueillis sur lui le représentent comme très sobre et très rangé, ne buvant jamais ni eau-de-vie ni absinthe, et n'étant jamais pris de boisson; que seul, un sieur Rousselle a déclaré qu'il semblait être assez souvent entre deux vins, surtout dans les derniers temps; mais que cette indication, d'ailleurs isolée, ne pouvait être connue du médecin;

Qu'il n'y a donc eu aucune imprudence à chloroformiser Driot;

Qu'aucune faute n'est d'autre part relevée à la charge de ceux qui ont concouru à la chloroformisation pratiquée à l'aide des procédés classiques; que la substance employée était excellente, la dose normale; que l'opération a été faite, il est vrai, par l'interne Lamothe, assisté de l'interne Philippe et d'un externe; que ce fait, tout conforme qu'il soit à la pratique constante des hôpitaux de Paris, pourrait peut-être et à la rigueur constituer une violation de la loi aux termes de laquelle toute opération grave doit être faite par un docteur, si ces jeunes praticiens avaient agi seuls; mais qu'il est établi que s'ils ont commencé la chloroformisation alors que le docteur Polaillon était dans une pièce voisine où il donnait quelques signatures, celui-ci s'est rendu auprès du malade au plus deux ou trois minutes après les premières inhalations; que par suite c'est bien en la présence et sous la direction du docteur Polaillon que l'opération a été faite dans des conditions qu'il avait seul qualité pour déterminer;

Qu'il est impossible d'admettre, dans ces circonstances, à la charge du Dr Polaillon et de ses auxiliaires, l'existence d'une faute quelconque, imprudence, négligence, maladresse ou impéritie; que la mort de Driot ne peut être attribuée qu'à l'un des cas fortuits ou de force majeure; qu'en fût-il même autrement, l'action de la veuve Driot ne saurait procéder contre l'Administration de l'Assistance publique qui, seule, a été appelée en cause; que cette Administration ne saurait, en effet, être déclarée responsable du fait des médecins et chirurgiens qui sont chargés du service des hôpitaux; que la responsabilité que l'article 1384 du Code civil fait peser sur le commettant, suppose tout à la fois qu'il a choisi ses préposés et qu'il a le droit de leur donner des instructions et des ordres sur la manière de remplir les fonctions auxquelles il les emploie; que ce sont là les conditions essentielles qui fondent l'autorité et la subordination sans lesquelles il n'y a pas de véritables commettants et de vrais préposés;

Attendu que l'Administration de l'Assistance publique ne choisit pas les médecins et chirurgiens des hospices et hôpitaux de Paris; qu'aux termes de l'article 6 de la loi de 1849, ceux-ci sont nommés au concours, sous l'approbation du ministre de l'Intérieur, qui seul peut les révoquer sur l'avis du conseil de surveillance et sur la proposition du préfet de la Seine; que si, d'autre part, le directeur de l'Assistance publique a sous ses ordres le personnel de l'administration centrale, de l'inspection et des établissements, conformément à l'article 6 du règlement d'administration publique du 24 août 1849, cette disposition ne s'applique pas aux médecins et chirurgiens des hôpitaux qui sont, chacun dans leur sphère, les véritables chefs de

leurs services, agissant pour le traitement des malades avec la plus entière indépendance, et n'ont à recevoir, à ce point de vue, ni des ordres ni instructions de l'Administration de l'Assistance publique; qu'ils ne sont point, dès lors, les préposés de celle-ci, qui ne peut, par suite, à titre de commettant, être déclarée responsable de leurs actes; qu'on ne peut davantage lui reprocher de ne pas avoir pris par elle-même les précautions que commandait la situation;

Par ces motifs, déclare la veuve Driot mal fondée dans sa demande, l'en déboute et la condamne aux dépens.

LES LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique des maladies de la peau, par le Dr Georges Thibierge, médecin des hôpitaux de Paris — 2 vol. in-18 jésus. O. Doin, éditeur.

Deux nouveaux volumes viennent, sous ce titre, d'augmenter la collection déjà si intéressante de la Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale, publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon. Le nom seul de l'auteur suffirait à recommander l'ouvrage au public médical s'il ne puisait un intérêt tout particulier dans la concision, la clarté, l'exactitude des descriptions qu'il renferme. Sans prétendre donner des dermatoses une classification vraiment scientique, qui est encore à trouver, l'auteur n'a pas voulu suivre celle basée sur l'ordre alphabétique, et actuellement en honneur, qui réunit les unes à la suite des autres les affections les plus disparates; il a préféré, s'inspirant des données étiologiques aujourd'hui connues, réunir ces maladies en quelques groupes relativement homogènes, dans chacun desquels les procédés thérapeutiques présentent plus d'un point commun. Suivant cette méthode il décrit successivement, dans une *première partie*, les difformités cutanées, les dermatoses parasitaires, les dermatoses artificielles, les dermatoses liées à des troubles viscéraux, les dermatoses de causes complexes, variables ou indéterminées, rangées suivant leurs caractères anatomiques; enfin les affections des organes différenciés de l'épiderme. Cette première partie comprend de la sorte *sept chapitres principaux* correspondant à chacun des groupes indiqués ci-dessus. Le lecteur y trouvera, à propos de chaque affection, une description symptomatique résumée avec toute la clarté et la précision désirables. L'étiologie y est traitée avec plus de développements comme pour donner une base plus solide à l'enseignement thérapeutique qui en découle et est le but de cet ouvrage.

Dans une *seconde partie*, l'auteur étudie les agents thérapeutiques usités contre les dermatoses et leur mode d'emploi: résumé sommaire des propriétés des médicaments, formules des préparations pharmaceutiques, manuel-répertoire des opérations dermatologiques, etc. Sans entrer ni dans des comparaisons inutiles avec les ouvrages volumineux écrits sur les mêmes matières, dans ces dernières années, nous ne pouvons cependant nous dispenser de dire ce que nous pensons de celui que nous donne M. Thibierge. Dans ses modestes proportions, en dépit de son absence de toute prétention, c'est tout simplement un *excellent traité de dermatologie pratique* dont la place est marquée d'avance sur la table de tous ceux qui veulent s'instruire. En effet, en plus de l'exposé complet de nos connaissances en dermatologie, nous y trouvons un chapitre de considérations générales sur la thérapeutique des affections cutanées, qui devra attirer tout spécialement l'attention du lecteur. Dans ce chapitre très remarquable, l'auteur nous montre, avec le sens clinique qui caractérise l'École française, l'importance qu'il y a, dans l'étude d'une dermatose, à rechercher les modifications subies par les viscères et la santé générale. Et par suite, il détermine successivement le rôle qui revient au traitement externe et au traitement interne dans l'art de soigner les dermatoses. On devine quel succès doit mériter un livre conçu dans cet ordre d'idées. G. B.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Légion d'honneur. — *Au grade d'officier:* MM. J.-M. Lucas-Championnière et Ménière (de Paris).

Au grade de chevalier: MM. Ballet (Gilbert), Lermoyez, Duroziez, Hubert, Gratiot, Clado, Cadier (de Paris); Collardot (d'Alger); Spekahn (de Renwez); Maunoury (de Chartres); Dubaquié (de Bazas); Tédenat (de Lodève); Martin (de Cirey); Vérité (de la Bourboule); Massot (de Perpignan); Surmay (de Ham); MM. Mesnard, médecin principal du corps de santé des colonies, et M. Terrin, médecin de première classe des colonies; Mme Brière, en religion sœur Élise, supérieure de la léproserie de la Désirade (Guadeloupe).

— Ministère de la Marine. *Au grade d'officier:* M. Bonnafy, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier: MM. les médecins de première classe de la marine Théron, Laffont, Pungier, Rétière, Piton et Palud; M. le médecin de deuxième classe de la marine Ono, dit Biot; M. le pharmacien de première classe de la marine Robert; Mme Marie-Angélique Jollivet, en religion sœur Agnès des Anges, supérieure des sœurs de la Sagesse, à l'hôpital maritime de Brest.

Mérite agricole. — Ont été nommés chevaliers du Mérite agricole: M. André, docteur ès-sciences physiques, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; MM. les Drs Bontemps, maire de Jussey; Chapot, maire de Saint-Anthème; Hantraye (d'Avranches).

Distinctions honorifiques. — MM. les Drs Anselin (de Saint-James-Manche), Bouchoir, médecin-major de première classe au 62e d'infanterie, et Lévêque (de Montdidier), ont reçu une médaille d'argent, et M. Caussin, médecin à Rosières, une médaille en bronze, pour leur dévouement pendant des épidémies de diphtéries, choléra et typhus.

Concours. — *Concours pour la médaille d'or (Chirurgie):* Médaille d'or, M. Michon; médaille d'argent, M. Bouglé; mention, M. Glantenay.

— Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le Dr Nové-Josserand.

— Le concours de l'internat de l'asile de Vincennes s'est terminé par les nominations suivantes:

MM. Bosredon, Dellac, Debray, Duclos et Guerlain.

Nominations. — *École de médecine de Dijon:* M. le Dr Pauffard, ancien suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur d'anatomie.

— *École de médecine de Limoges:* M. Raymondaud est nommé professeur d'histologie (chaire nouvelle).

— *École de médecine de Reims :* M. le Dr Langlet est nommé professeur de physiologie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux :* M. le Dr Sabrazès est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de clinique.

M. Rivière est maintenu dans les fonctions d'aide du laboratoire des cliniques.

M. le Dr Carrière est institué chef de clinique médicale.

— *Concours du Val-de-Grâce :* M. Renard, docteur en médecine, a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire du Val-de-Grâce.

— *Hôpitaux de Bordeaux :* M. le docteur Lefour est nommé chirurgien en chef de la Maternité de Pellegrin.

— *Hôpitaux de Poitiers :* Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes : *Internes*, MM. Petit et Perraudeau; *Interne provisoire*, M. Patureau; *Externes*, MM. Perraudeau, Chédevergne, Brunet, Patureau, Roumanteau, Tiffault, Houpert, Ardillaux, Hérault, Billard.

Remise des Ambulances urbaines à la Ville de Paris. — La remise administrative des services et fonds des Ambulances urbaines a été faite à la Ville de Paris.

Deux postes nouveaux, analogues à celui de l'hôpital Saint-Louis, doivent être créés par la Ville, l'un sur la rive droite ; l'autre sur la rive gauche.

Collège de France. — M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1894-1895, par M. François Franck.

M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparée, est autorisé à se faire remplacer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1894-1895, par M. Henneguy.

Corps de santé mexicain. — Le service de santé de l'armée mexicaine comprend : 87 médecins, 10 pharmaciens, 10 officiers d'administration des hôpitaux, 168 infirmiers, 39 caporaux et 49 sergents. Le corps des infirmiers est commandé par 1 capitaine, 3 lieutenants et sous-lieutenants médecins.

Marches et manœuvres dans les Alpes. — Il ressort d'un travail paru récemment dans la *Revue du Cercle militaire*, que le mal de montagne ne se fait sentir qu'au delà de 3,600 à 4,000 mètres. Il se produit par des lourdeurs, des vertiges, un abattement général, une propension invincible au sommeil. C'est, en réalité, une sorte d'asphyxie. Il n'affecte, en général, que les hommes fatigués ; aussi, dans les marches en montagne, est-il important de ne laisser aucun homme en arrière, et faut-il secouer la torpeur de ceux qui veulent s'arrêter. Le mal des montagnes est causé par l'affaiblissement de la pression, qui permet aux principes gazeux en dissolution dans le sang de se dégager et d'interposer leurs globules entre les gouttes de sang. (*Gazette des Hôpitaux.*)

A-t-on le droit de publier un cours public, sans l'autorisation du professeur? — C'est là une question intéressante soulevée par M. Thomas, docteur en droit, dans la *Presse médicale*, et qui nous paraît curieuse. Il nous semble qu'il faut faire une première distinction entre les cours libres donnés, par exemple, à Paris, par les médecins et chirurgiens des hôpitaux et l'enseignement de la Faculté.

Pour les cours libres, il est très difficile d'empêcher leur publication. Il n'en est plus de même pour un cours officiel.

M. Thomas examine avec soin la question de savoir si le professeur a un recours légal contre le journal qui, en reproduisant sa leçon, lui attribue des idées contraires aux idées émises.

Il réfute d'abord l'objection que, le professeur étant payé pour faire son cours, ses leçons appartiennent à ses auditeurs qui, la plupart du temps, payent de leur côté pour les entendre.

Certainement le professeur reçoit des honoraires pour instruire ses élèves ; ceux-ci ont le droit et même le devoir de prendre des notes ; mais ces notes doivent rester essentiellement personnelles ; l'élève ne peut en retirer un bénéfice de publication qui revient de droit à l'auteur.

Quant à la loi de 1795 qui régit la propriété littéraire, elle ne parle, il est vrai, que des *écrits* ; mais elle n'a fait que prévoir le cas le plus fréquent, et sa protection s'étend à toutes les œuvres de l'esprit.

D'autre part, elle exige la formalité du dépôt, et l'on ne peut guère « déposer » une leçon orale. A cela, M. Thomas répond que la formalité du dépôt n'est pas exigée pour les œuvres qui n'en sont pas matériellement susceptibles, les œuvres de sculpture, de peinture, par exemple, auxquelles on peut en droit assimiler les cours publics non imprimés.

Comme on le voit, la question est assez complexe et intéresse nos confrères de la presse qui vont prendre des leçons cliniques, dans les hôpitaux, pour les publier ensuite.

Allemagne. — Le budget allemand pour l'exercice 1895-1896 comprend les effectifs suivants comme personnel sanitaire : 2,072 médecins militaires et 1,926 sous-aides infirmiers. La proportion des médecins militaires par rapport à l'effctif français est donc supérieure de plus d'un tiers.

Nécrologie. — On nous annonce le décès du Dr Sichel, qui vient de mourir à Ajaccio, où il avait été obligé de se retirer, à cause de sa santé, depuis quelques années. Cet oculiste bien connu avait eu une grande notoriété et publié un ouvrage important, apprécié par les spécialistes.

— MM. les Drs Louis Bardonnet (de Lyon); Adolphe Cintral, ancien médecin militaire; Donnet, sénateur de la Haute-Vienne; Lafargue (de Bordeaux); Lorrain (de Dompierre-sur-Besbre); Montgellaz (de Reignier); Bailly; ancien agrégé de la Faculté; Guibout, médecin honoraire des hôpitaux; Malécot (de Paris); Boudet (de Senouillac); Chauvet (d'Antony); Deconquans (d'Aurillac), Froment (d'Amiens); Jeanney (de Saulx-de-Vesoul); Lanoix (de Paris); Sézary (d'Alger); Cliquet, médecin militaire; Haspel, ancien médecin principal de première classe, en retraite ; Gomon (de Longuyon).

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

VIN FERRUGINEUX AROUD. — Viande, Quina et Fer.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 3. L'UNION MÉDICALE 19 Janvier 1895.

SOMMAIRE

I. Revue générale : La cure d'air dans la tuberculose, en particulier dans le pays de montagne.
II. Quelques conseils médicaux au sujet de l'expédition de Madagascar.
III. Double plaie de l'abdomen, dont l'une avec double pénétration du cœcum. Double laparotomie; guérison.
IV. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VI. Échos et nouvelles.

REVUE GÉNÉRALE

La cure d'air dans la tuberculose, en particulier dans le pays de Montagne.

La thérapeutique, malgré bien des défaillances, bien des incertitudes, bien des inconnues, est, somme toute, le but suprême de la science médicale, sans lequel celle-ci n'est plus qu'une science stérile, limitée à des constatations anatomiques et cliniques sans grande portée, susceptible toujours de soupçon de curiosité insensible ou indifférente. Comme elle a été de tout temps l'aboutissant ultime des doctrines médicales régnantes, il n'est pas étonnant qu'elle en reflète les variations et les contradictions apparentes ou réelles, et qu'on lui ait demandé, selon le temps et les lieux, trop ou pas assez.

En réalité, elle donne ce qu'elle peut donner; mais comme elle est la mise en pratique de conceptions plus ou moins justes, elle en révèle l'inanité ou la fausseté, et tandis que l'idée reste honorée dans l'histoire de la médecine, la thérapeutique, qui n'en a été que le reflet, emporte, à elle seule, le discrédit de l'hypothèse qui l'a inspirée.

Cependant il y a toujours une part de vérité à retenir même dans les théories les plus oubliées, lorsque celles-ci ont pour base des faits authentiques et bien observés. L'erreur nait, le plus souvent, de la généralisation trop hâtive, ou de la recherche d'une formule abstraite, forcément vicieuse, puisque nous ne pouvons avoir la prétention d'en connaître et d'en figurer tous les éléments. Ceci s'applique aussi bien aux déductions thérapeutiques des anciens médecins d'il y a cent ans et plus, qu'à celles que la médecine moderne, plus précise déjà, s'est crue en droit d'émettre, après les découvertes bactériologiques, celles de la tuberculose en particulier. L'étude des principales méthodes de traitement de celles-ci nous permet de vérifier à chaque pas ce que nous venons de dire; d'une part, l'exagération de la méthode qui, appliquée uniformément, conduit à des insuccès plus ou moins nombreux, de l'autre à la réussite de cette méthode chez des sujets à qui elle se trouvait convenir. De là les indications et contradictions du traitement, qui se dégagent lentement des faits observés par une génération de médecins.

La théorie de l'inflammation, *a frigore*, avait confiné les tuberculeux dans des chambres closes surchauffées, la méthode de la cure à l'air libre modifie de fond en comble cette manière de faire, mais nous verrons cependant, qu'elle en garde quelque chose chez certains malades et dans certaines conditions climatériques; on pourrait en dire de même au sujet du traitement antiseptique que la découverte du bacille de Koch mit justement en honneur, mais qui ne réussit pas toujours, de même également de la

QUELQUES CONSEILS MÉDICAUX

AU SUJET DE L'EXPÉDITION DE MADAGASCAR

La campagne que la France s'apprête à faire à Madagascar, au printemps prochain, est la plus importante des expéditions d'outre-mer qu'elle ait entreprises depuis la guerre du Mexique. Pour entrée de jeu, elle va lancer dans l'île un corps de quinze mille hommes, et c'est beaucoup lorsqu'il s'agit de les transporter avec leurs munitions et leurs *impedimenta* à une pareille distance. La traversée a été sensiblement raccourcie depuis le percement de l'isthme de Suez; mais il n'en faut pas moins vingt-cinq jours pour se rendre de nos ports de la Méditerranée au point de la côte où il est question de débarquer.

Si l'on ne veut pas trop entasser les hommes, et ce serait s'exposer à faire naître à bord des épidémies qui compromettraient l'expédition, il faudra une quinzaine de nos grands transports pour recevoir les troupes et le matériel. C'est donc une grosse affaire; mais on a le temps, puisque l'expédition ne doit partir qu'en mars; on a l'argent, puisque les Chambres ont voté un premier crédit de 65 millions, et le ministère de la Guerre fait ses préparatifs avec un soin qu'on n'avait pas apporté, jusqu'ici, dans les opérations du même genre.

Le succès dépend, en effet, de la façon dont l'expédition sera préparée. Ce sont là des guerres de médecins et d'ingénieurs, comme le disait lord Derby, en 1873, à propos de l'expéditton contre les Ashantis, et la première condition c'est de ne pas ménager l'argent. Plus on en dépensera pour les approvisionnements, l'hygiène et les soins médicaux, et moins on perdra de monde.

Madagascar est incontestablement un pays insalubre. Tout le monde le sait, et on se prépare en conséquence; mais cette insalubrité est bonne au littoral, à la zone palustre de profondeur variable qui s'étend de la mer au plateau central. C'est un terrain d'alluvions, sillonné par de petits cours d'eau, sans vitesse et sans profondeur, qui vont se déverser dans des baies profondes couvertes de vase et de palétuviers. Dans ce grand marais, le paludisme sévit sous toutes ses formes et n'épargne personne. Il ne

suralimentation. Il y a des conditions accessoires qui tiennent à la virulence du bacille, à sa masse, aux conditions de contagion, aux microorganismes associés, au genre de vie, à la santé antérieure du sujet, à sa résistance propre à l'infection, au fonctionnement de ses organes digestifs ou autres, etc., toutes conditions qui font nécessairement varier la formule du traitement selon les individus.

C'est ce qui explique la minutie des détails, la nécessité d'une véritable discipline sanitaire chez les malades qui se soumettent à la cure d'air en particulier; et les beaux résultats obtenus dans certains établissements consacrés à la guérison de la tuberculose, dans lesquels les malades obéissent à une règle rigoureuse établie par le médecin qui les dirige.

Voilà pourquoi aussi tant de malades, dans des conditions de fortune et de situation parfaites, ne trouvent pas, sur le littoral de la Méditerranée, la santé qu'ils y vont chercher, parce qu'ils commettent à chaque instant des infractions aux règles fixées par leurs médecins, et dont ils méconnaissent l'importance dès qu'ils ont obtenu une amélioration quelque peu sensible (1).

***

La vie d'un être animé dans une atmosphère confinée ne se traduit pas seulement par une absorbtion d'oxygène et par une production d'acide carbonique. On connaît l'expérience classique de Gavarret : ayant fait vivre des cobayes sous une cloche dont il absorbait l'acide carbonique et remplaçait l'oxygène au fur et à mesure de sa disparition, cet observateur vit ses animaux succomber au bout d'un certain temps. Hammond (de New-York), Quinquaud, Brown-Séquard et d'Arsonval démontrèrent en effet que cet air confiné *renfermait des matières organiques* — qu'elles décoloraient le permanganate de potasse, noircissaient l'acide sulfurique; — que ces matières organiques étaient *toxiques* — l'air de condensation de l'exhalation pulmonaire tuait les cobayes inoculés. Que ces matières organiques proviennent de gaz ammoniacaux, sulfurés, carbonés, éliminés par le poumon; ou de putréfaction sur les muqueuses des voies digestives supérieures; ou de l'exhalation cutanée, et de l'usure lente de nos tissus de revêtement, il n'en reste pas moins acquis qu'elles existent à l'état normal, et que vraisemblablement elles peuvent augmenter chez les sujets atteints de lésions pulmonaires, avec ou sans excavations.

Un deuxième inconvénient des atmosphères confinées est l'absence de lumière, et d'insolation, du moins dans la plupart des appartements de nos villes où les rideaux et les tentures absorbent encore une partie de la faible quantité de lumière que l'étroitesse des rues, l'élévation des maisons et l'exiguïté des ouvertures laissent pénétrer. Or, ces deux inconvénients s'aggravent l'un l'autre.

La lumière, en effet, et l'oxygène, activent la nutrition et les échanges organiques — voilà pour les terrains. — D'autre part, ils ont une action empêchante et destructive sur les microorganismes répandus dans l'atmosphère. C'est un fait que M. Duclaux a bien mis en évidence à propos de l'action des rayons solaires sur les germes : il est d'autant plus évident que le milieu est plus riche en oxygène. Mais, en réalité, la diminution de l'oxygène n'est qu'un facteur de second ordre dans les atmosphères confinées, puisque cette diminution est toujours peu

(1) Voyez les exemples cités par M. Daremberg : *Traitement de la phtisie pulmonaire*. Collection Charcot-Debove, tome II, troisième partie.

---

faut pas se flatter d'y échapper à l'aide des précautions les mieux entendues.

On cite les Européens qui, arrivés à la côte au commencement de la belle saison, ont pu y rester cinq mois, sans être atteints de fièvre intermittente. C'est le terme le plus long qu'on ait signalé. Tous les médecins qui ont habité Madagascar ont reconnu cette généralisation de l'intoxication paludéenne sur le littoral. Je l'ai constatée, moi-même, pendant un long séjour à la côte occidentale. J'ai contracté la fièvre en y arrivant, et il m'a fallu de longues années pour m'en débarrasser. Lorsqu'on a subi une première atteinte et qu'on s'en est débarrassé à l'aide des préparations de quinquina, on est à peu près sûr de la voir revenir à de courts intervalles, même pendant la belle saison et, si le séjour se prolonge, on tombe au bout d'un temps parfois assez court dans la cachexie paludéenne. Alors, il n'y a plus d'autre ressource que le retour en Europe.

Dans la belle saison, les premiers accès sont habituellement compliqués d'embarras gastrique ou d'état saburral et affectent le plus souvent le type quotidien. Dans l'hivernage, c'est la forme bilieuse qui domine, c'est aussi l'époque où l'on voit éclater la fièvre bilieuse hématurique. Les accès pernicieux ne sont pas rares et se présentent le plus souvent sous la forme ictérique, comateuse ou délirante.

En somme, le littoral de Madagascar est le type des pays de marais situés sous la zone torride; mais le paludisme est la seule maladie qu'on ait à y redouter. On n'a pas à craindre, comme à la côte occidentale d'Afrique, ces formidables épidémies de fièvre jaune qui s'abattent parfois sur les corps expéditionnaires et en emportent la moitié, comme cela est arrivé en 1875, à la colonne d'infanterie de marine qui revenait de l'expédition de Sabouciré. On n'a pas à y redouter le choléra, comme au Tonkin; enfin la dysenterie y est rare et bénigne, et l'hépatite y est presque inconnue.

Ce sont là des conditions rassurantes, au point de vue de l'expédition qui se prépare, parce que si la fièvre intermittente attaque beaucoup de monde, elle n'en fait périr qu'un très petit nombre et nos troupes franchiront assez rapidement la zone palustre pour ne pas avoir le temps de s'y impaluder fortement.

importante (voir à ce sujet l'ouvrage de M. Daremberg, t. II, p. 48) puisqu'elle est loin d'atteindre les chiffres et les proportions des atmosphères artificielles dans lesquelles Brown-Séquard et d'Arsonval ont pu respirer sans inconvénients et qui contenaient vingt parties d'acide carbonique pour soixante parties d'air. Ce qui paraît beaucoup plus important, ce sont les quantités de germes contenus dans ces atmosphères. On trouvera dans l'Annuaire de l'Observatoire du Parc Montsouris, les résultats intéressants et probants des recherches de M. Miquel, et d'après lesquelles les chambres mal aérées, les salles d'hôpital contiennent des quantités innombrables de germes, qui peuvent dépasser en nombre 15,000 par décimètre cube.

***

Ceci posé, nous pouvons aborder l'étude de la cure d'air proprement dite.

Et tout d'abord, peut-on la tenter partout et toujours? Existe-t-il des contre-indications du fait du climat ou de la température?

En réalité, et ceci est d'une extrême importance pratique, tous les climats se prêtent, a dit justement Daremberg, à la cure d'air. Mais, sous réserve de précautions particulières à prendre pour chacun d'eux, et ce d'autant plus grande que le climat est moins favorable, c'est-à-dire qu'il est sujet à des variations brusques de température, qu'il est peu ensoleillé, que les vents y sont plus fréquents, que la température y est plus froide et plus humide en même temps, ou au contraire plus élevée. L'action du froid humide et de la grande chaleur sont particulièrement désastreux. Nous verrons dans un instant que les sanatoria construits dans le but déterminé des cures d'air recherchent précisément les conditions inverses de climat, et il est inutile d'ajouter qu'il doit toujours en être ainsi, malgré ce que nous venons de dire, toutes les fois que, de propos délibéré, on enlève un malade à ses occupations ou à ses travaux pour l'envoyer faire une cure d'air. Partant, de là, on peut donc dire que nos climats brouillardeux se prêtent mal à l'application du traitement. Inversement, on peut dire qu'il n'y a pas de climats d'immunité contre la tuberculose. Les climats d'altitude ont joui pendant un certain temps de cette réputation basée sur ce fait que, d'après la géographie médicale, la tuberculose serait exceptionnelle sur les hauts plateaux, aussi bien en Amérique qu'en Europe. Il est néanmoins certain, et nous allons y revenir à propos des stations d'altitude, que les conditions physiologiques de la vie dans ces conditions favorise la défense de l'organisme contre l'infection tuberculeuse, mais sous réserve d'une hygiène particulière.

Le froid a été considéré aussi pendant longtemps comme l'ennemi des tuberculeux. Or, la géographie médicale est particulièrement intéressante à consulter, en ce qu'elle nous apprend que la tuberculose, dans les pays à température moyenne élevée, sévit avec une gravité toute spéciale. Dans l'Inde, dans l'Indo-Chine, à la Nouvelle-Calédonie, dans les pays tropicaux en général, elle a même une marche particulièrement rapide. Au contraire, dans les pays septentrionaux, glacials, elle y est beaucoup plus rare, sa marche beaucoup plus lente. Qu'il y eût là conjointement des questions d'immunité de race, de genre de vie et d'alimentation, de toute absence de contagion, le fait est probable. Mais il est vraiment remarquable de constater qu'il coïncide, d'une part, avec les observations faites par les médecins qui exercent dans le Midi de la France, et qui ont relevé l'influence néfaste des températures élevées, et les

---

Le plateau central, but de l'expédition, est sain, comme tous les points de la zone torride situés à la même altitude. Dans un mémoire que le ministre des Affaires étrangères a transmis, il y a quelques mois, à l'Académie (1), le Dr Villette, attaché à la résidence générale de Tananarive, représente les environs de cette ville et la province d'Emyrne, au centre de laquelle elle s'élève, comme un foyer de paludisme; mais M. Le Roy de Méricourt, qui a fréquenté les côtes de Madagascar, et dont les connaissances en pathologie exotique sont connues, a montré dans un rapport très étudié (2) que les fièvres observées à Tananarive, par le Dr Villette, avaient été contractées sur le littoral.

C'est cette zone dangereuse qu'il faudra faire franchir le plus rapidement possible au corps expéditionnaire. Il paraît décidé qu'il débarquera à la côte ouest, dans la baie de Bombatoke, sur laquelle est située l'importante ville de Majunga. La rivière de Betsiboka se jette au fond de cette baie. C'est le plus important cours d'eau de la côte occidentale. Il est navigable, pendant la saison des pluies, jusqu'au village de Mahetena, situé environ à 180 kilomètres de son embouchure, et l'un de ses affluents, l'Ikopa, prend sa source près de Tananarive.

Il faut espérer que le corps expéditionnaire, en arrivant au mois d'avril à la côte, trouvera encore assez d'eau dans la rivière pour la remonter, pendant au moins le tiers de la distance à franchir, par les chalands à très petit tirant d'eau qu'on fait construire à cet effet, et qu'on fera bien de couvrir d'une double tente pour éviter les insolations. Cet espace franchi, il faudra cheminer à travers des massifs rocheux, des forêts impénétrables, dans un pays sans chemins; mais alors les troupes seront sorties de la zone palustre et les difficultés de la route ne sont pas pour arrêter un corps expéditionnaire, muni de tout ce qui est nécessaire pour en triompher. Il ne s'agit, d'ailleurs, que de franchir ainsi deux cents kilomètres, au maximum.

Les précautions à prendre sont celles que l'expérience

(1) Dr Villette : *Contribution à l'étude des fièvres du plateau central de Madagascar.*

(2) Séance de l'Académie de médecine du 16 octobre 1894, t. XXXII, p. 320.

mauvais résultats des séjours des tuberculeux sur le littoral de la Méditerranée pendant les mois d'été (Daremberg); de l'autre, avec celles qui ont été relevées par les médecins qui exercent dans les climats d'altitude ou de température, moyenne est relativement basse, et dans lesquels les tuberculeux soumis à l'action constante de l'air froid éprouvent des améliorations indiscutables dans leur état. Cependant, comme nous l'avons dit plus haut, les températures basses, pour être supportées, ne doivent être accompagnées ni de vent ni d'humidité, auquel cas les conditions et les effets changent complètement.

On n'a donc pas, ce semble, à redouter les températures basses, du moins en ce qui concerne l'air inhalé par le malade, mais, à une condition, capitale celle-là, c'est que le malade sera protégé contre les déperditions excessives de sa chaleur propre. On y arrive en prescrivant au malade le repos soit au lit, soit sur une chaise longue, le corps bien protégé contre les rayonnements par des vêtements suffisants et des couvertures. Les exercices physiques un peu fatigants, surtout les ascensions, doivent être absolument proscrits.

L'influence bienfaisante de la lumière, soit de la lumière diffuse, soit de la lumière solaire directe, doit être dosée de la même façon. Il faut, selon la charmante expression de Daremberg, se faire caresser et non mordre par le soleil. L'action directe des rayons solaires, surtout lorsque la température est élevée, est préjudiciable aux phtisiques : elle provoque du malaise, de l'éréthisme, des congestions, des hémoptysies, de la fièvre. Aussi tous les médecins compétents recommandent-ils de protéger la tête et le tronc des malades contre les rayons solaires par des ombrelles fixes, ou par des cabines en osier, de façon à ne leur laisser que les jambes au soleil. Mais ces précautions et ces dangers ne vont pas à l'encontre de la nécessité qu'il y a pour une station de tuberculeux à être ensoleillée. Bien au contraire, cette deuxième condition est capitale, surtout dans les climats d'altitude où la température est naturellement plus basse. Ce qu'il faut éviter, c'est l'abus, c'est le bain de soleil dont tant d'illusionnés croient retirer quelque bénéfice imaginaire.

La deuxième condition du traitement est le repos, repos absolu sur une chaise longue; ou, chez les convalescents, repos relatif avec exercice modéré. Mais pas d'exercices violents, pas d'ascensions fatigantes, pas de sport, et surtout pas de préoccupations morales, pas de veilles, pas de fatigues intellectuelles. Respirer, se nourrir, se reposer, telles doivent être les uniques préoccupations des malades s'ils veulent tirer quelque avantage de leur cure, ou s'ils ne veulent pas perdre en quelques jours tous les bénéfices obtenus jusque-là.

Nous avons vu plus haut que tous les climats étaient susceptibles de servir à la cure d'air, sous réserve que celui-ci soit pur. Néanmoins, il est certain, et on le comprend, après ce que nous venons de dire, il est certain qu'il y a des climats de choix : ce sont ceux qui répondent précisément aux conditions de température, de sécheresse, de calme, d'état hygrométrique, d'asepsie décrites plus haut. Or, si l'on tient compte, avant tout, de cette dernière condition, que l'on ne peut guère obtenir par des moyens hygiéniques lorsqu'elle n'est pas réalisée, on est amené, en dernier terme, à ne considérer comme climats propres à la cure d'air que ceux qui se disputent à l'heure actuelle la faveur du plus grand succès thérapeutique, *les climats dits d'altitude*, *les climats marins*, c'est-à-dire ceux dont l'at-

---

a sanctionnées pour les expéditions intertropicales. Elles ont été très bien indiquées par le Dr Reynaud (1); mais il en est quelques-unes de spéciales à la campagne qui se prépare et que nous allons indiquer.

En premier lieu, il faudra pour le vêtement des troupes se préoccuper du changement d'altitude et du refroidissement considérable de la température qu'elles subiront en arrivant dans la province d'Emyrne. Pendant le temps qu'elles mettront à traverser la zone palustre, elles y seront soumises à une température moyenne de 26°; en arrivant sur le plateau, par une altitude de 1,340 mètres, elles doivent s'attendre à une moyenne de 15° avec des minima de 5° à 6°. Il n'est pas rare, à cette époque, de voir de la gelée blanche dans les montagnes et parfois même de la glace. Les hommes devront donc avoir deux tenues, l'une pour le littoral, l'autre pour le plateau.

L'équipement doit être allégé autant que possible. On ne peut pas songer à faire porter aux soldats, au moins pendant la traversée du littoral, les 29,480 grammes qui constituent la charge réglementaire du fantassin français. Sous la zone torride, il ne doit porter que ses armes, ses munitions, un vêtement imperméable roulé en bandoulière et sa musette. Le reste est mis sur des mulets, quand on en trouve dans le pays. A Madagascar, on pourrait utiliser les bœufs, qui s'y trouvent en abondance; mais on a été obligé d'y renoncer au Sénégal, à cause de leur indocilité. Le plus sûr sera de se servir, comme porteurs, des Sakalaves. On en trouvera facilement le nombre nécessaire, et c'est le seul service qu'ils pourront nous rendre. A Madagascar, du reste, tous les transports se font à dos d'homme.

Il faudra se défier de l'eau des rivières, et on fera bien d'emporter des filtres Chamberland, bien qu'on n'ait pas eu à s'en louer dans l'expédition du Dahomey (1).

On doit s'attendre, d'après ce que nous avons dit, à avoir de nombreux malades et quelques blessés. Il ne sera pas

(1) G. Reynaud : *L'Armée coloniale au point de vue pratique de l'hygiène*, Paris, 1894.

(1) Molinier : *Quelques remarques sur le filtre Chamberland en usage dans la colonne expéditionnaire du Dahomey* (*Archives de médecine navale*, année 1894, t. LXII, p. 460).

mosphère est le plus pauvre en microbes. Mais, avant d'en aborder l'étude, il nous faut dire un mot du traitement par *l'aération continue des chambres à coucher des malades*, qui a été préconisée et appliquée dans nos climats par M. Bouchard, Debove, Dujardin-Beaumetz, Nicaise, etc.

***

I. *Aération continue.* — Il est possible, dans nos climats, d'y soumettre les tuberculeux à qui leur position sociale ou leurs occupations ne permettent pas une installation dans un sanatorium ou dans le Midi. Cependant, le peu de lumière des appartements, le nombre considérable de jours brumeux et humides, la saturation de l'atmosphère nocturne, les variations diverses de température, la fréquence des vents, constituent un ensemble de conditions défavorables auxquelles on doit remédier dans la limite du possible, en recherchant les zones suburbaines des grandes villes, de préférence une exposition de maison et de chambre à coucher qui soit élevée au-dessus de la vallée, bien exposée au midi, protégée contre les vents dominants de la région. Faute de mieux, c'est dans l'appartement de la ville qu'on doit rechercher ces conditions. La saturation hygrométrique sera combattue par un feu de cheminée qui, selon la recommandation de M. Bouchard, ne doit pas élever la température au delà de 8 à 10 degrés.

Le principe fondamental de la méthode est de faire vivre d'une façon permanente le malade dans un air toujours nouveau : le jour, en dehors de sa chambre, et soumis à un exercice modéré, selon la forme fébrile ou non de son mal; la nuit, dans une chambre dont les fenêtres sont constamment ouvertes. Cette méthode de traitement, dont M. Nicaise a rapporté les bons effets sur le littoral de la Méditerranée, a été appliquée dans nos climats. MM. Bouloy et Courtois Suffit (*Gazette des Hôpitaux*, 1890, n° 60, et 1892, n° 135) ont publié les résultats obtenus par M. Debove dans son service, dans les conditions d'installation que peut offrir un hôpital.

L'aération peut être indirecte au début et se faire par une chambre voisine dont la fenêtre est laissée ouverte. Une fois habitué à l'idée plus qu'à la chose, le malade laisse alors les fenêtres de sa chambre directement ouvertes, en prenant quelques précautions contre le vent, au moyen de stores ou de persiennes et par une bonne orientation de son lit; contre le froid nocturne, par un supplément de couvertures ou d'édredons, et au besoin, par un feu de cheminée entretenu pendant la nuit contre l'humidité. Les constatations thermométriques faites dans les chambres ainsi aérées ont montré qu'on avait peu à craindre un abaissement de température extrême, même par les froids de l'hiver. De — 2 a' + 14° au dehors, la température de la chambre varie de + 10° a' + 15 (Nicaise). A l'hôpital Andral, M. Debove a constaté dans la chambre des variations de + 9 a' + 15 pour des oscillations au dehors de — 2 a' + 21. Avec 7° dehors, la chambre conservait + 5 sans feu. L'air de la chambre ne se refroidit donc pas suffisamment pour qu'on craigne le refroidissement général du malade; de plus, elle présente des oscillations diurnes et nocturnes insignifiantes.

Les résultats ont été : l'absence de fièvre, l'augmentation de poids, la disparition des sueurs, la diminution de l'expectoration, le relèvement de l'appétit, l'absence de toute complication inflammatoire dite *a frigore*.

***

II. *Sanatoria d'altitude.* — Les bons résultats ob-

---

facile de leur trouver des refuges. Le *sanatorium* du cap d'Ambre a été détruit par les Hovas. L'île de la Réunion est beaucoup trop loin. Aujouan dont on a parlé au début, pour y construire un grand hôpital est également bien éloigné de Majunga; Nossi-Bé, qui est plus près, n'est pas suffisamment salubre. Le plus sage serait peut-être d'installer un grand navire-hôpital, comme les Anglais avaient disposé le *Victor-Emmanuel*, dans la campagne contre les Ashantis, et de l'envoyer mouiller près de Majunga. Dans cette saison, le temps est beau dans le canal Mozambique, les brises y sont régulières et le navire y serait à l'aise. Les transports qui devront faire, au moins, deux voyages par mois, y prendraient les malades et les rapporteraient directement en France, au lieu d'aller les déposer provisoirement, dans un sanatorium pour les y reprendre ensuite. Tout homme sérieusement impaludé est perdu pour la campagne; il vaut mieux rapatrier tout de suite ces non-valeurs et les remplacer par des hommes valides, en profitant du départ des transports.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés : *Officier de l'instruction publique*, MM. Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Rogron (Paris).

Nominations. — *Faculté de médecine de Toulouse* : M. le Dr Estienny est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Chamayou, dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole de médecine de Clermont : M. le Dr Lepetit est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

École de médecine de Grenoble : Un congé est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Berger, professeur de clinique médicale. M. Porte, suppléant, est chargé d'un cours de clinique médicale.

tenus par l'aération permanente ne sauraient cependant être comparés à ceux qu'on obtient dans les établissements uniquement consacrés aux phtisiques. C'est qu'il y a en effet une série de conditions accessoires de réussite dans la cure, et qui tiennent à une série d'obligations hygiéniques dont nous avons dit déjà un mot plus haut, et auxquelles les malades doivent se soumettre : repos physique et moral, repos respiratoire, dose d'exercice, de soleil, alimentation, etc., et que le médecin seul peut formuler selon les cas.

De plus, un élément nouveau est venu s'ajouter aux précédents, et qui n'est pas à dédaigner : c'est l'altitude et consécutivement les conditions de pression atmosphérique, de pureté d'air, de sécheresse et de clarté du climat qui s'y rapportent.

L'influence bienfaisante de climat de montagne a été signalée dès 1881 par M. Jaccoud (1) et les heureux résultats de la cure dans les stations d'altitude sont là pour encourager dans cette voie.

La diminution de la pression atmosphérique a pour effet d'activer la circulation périphérique au détriment de la tension pulmonaire, ainsi que Poiseuille et Volkmann l'ont montré, d'éloigner par conséquent les dangers d'héroptysie. C'est un fait que tous les médecins ont pu observer dans ces conditions, et sur lequel insiste M. Lauth *(Leysin, station climatérique*, par le Dr Lauth. Paris, 1893), dans son opuscule sur la station de Leysin. De plus, la diminution dans un même volume d'air de la quantité d'oxygène et de sa tension, forcent le malade à faire des mouvements respiratoires plus actifs, à déployer plus à fond ses vésicules pulmonaires ; il s'ensuit une augmentation de l'acide carbonique exhalé (2).

D'autre part, on connaît les résultats obtenus par Paul Bert, Viault, Regnaud, d'après lesquels dans ces conditions la quantité des globules rouges augmente, ainsi que leur capacité globulaire à absorber l'oxygène de l'air ; richesse plus grande en hémoglobine.

A côté de cette influence physiologique bienfaisante, les climats d'altitude ont encore un autre avantage précieux : c'est la pureté de l'air qu'on y respire, et qui avait fait croire à certains observateurs à l'existence de véritables climats d'immunité contre le bacille de Koch. Que celle-ci tienne à des conditions de non contagion, de non encombrement, comme le veut M. Daremberg, elle n'en est pas moins un fait dont il importe de tenir compte. Il n'y a pas seulement en effet dans la phtisie pulmonaire à se préoccuper du bacille de Koch, nous savons le rôle préparateur et déterminateur joué par les microorganismes phlogogènes, créant des foyers inflammatoires vulgaires dans les poumons. Or, nous sommes loin d'avoir approfondi cette question des rapports de la tuberculose avec les autres microorganismes quels qu'ils soient, pathogènes reconnus ou non. Il y a donc lieu de se préoccuper de la teneur microbienne de l'air.

A ce point de vue, l'observation clinique et l'analyse microbiologique concordent : d'une part, les inflammations bronchiques sont exceptionnelles (Lauth, p. 8) et ne se montrent qu'au moment de certaines perturbations atmosphériques dont l'humidité est le facteur dominant ; d'autre part, la richesse microbienne de l'air est à peine appréciable. Au sommet du Mont-Blanc, dit M. Morin *(Revue médicale de la Suisse romande,* 1890*)*, on trouve à peine un microorganisme par mètre cube d'air ; sur l'Eiger, à 4000, M. Frendenreich n'en a pas trouvé. A des altitudes moins élevées, on trouve par décimètre cube :

De 2000 à 4000	0
A 560 m. sur le lac de Thoune	8
Dans le voisinage d'un hôtel, sur le lac de Thoune	25
Dans une chambre, sur le lac de Thoune	600 (Lauth)

Que l'on compare ces chiffres à ceux fournis par l'analyse :

Au parc Montsouris	7600
Rue de Rivoli	55000 (1)

Ces chiffres sont suggestifs.

Aux conditions dont nous venons de parler, il convient d'ajouter la *sécheresse relative de l'air*, ainsi qu'il vient des courbes hygrométriques qui ont été pesées jour par jour au moyen de l'hygromètre à cheveu. C'est ainsi que la moyenne de quatre années d'hiver (1887-1890) à Leysin est de :

	71,05 à 7 heures du matin ;		54,35 à une heure	
et à Davos	88,75	—	76,65	—

Enfin, l'altitude dans les orientations convenables augmente la durée de l'insolation, puisque le soleil se lève plus tôt et se couche plus tard : condition essentiellement favorable, surtout si l'on prend la précaution fondamentale de choisir un climat clair et non ordinairement brumeux, et un sol sec et poreux facilitant l'écoulement des eaux.

Nous n'insisterons pas sur les conditions d'hygiène auxquelles doivent se soumettre les malades dans ces établissements, et dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises. Elles sont capitales, et le médecin seul peut les formuler et les diriger.

Quant aux saisons pendant lesquelles les phtisiques peuvent séjourner dans ces sanatoria, elles dépendent du climat plus ou moins froid du lieu de la cure. Règle générale, ce sont surtout des résidences

(1) Jaccoud : *Curabilité et traitement de la phtisie pulmonaire.*

(2) C. Veraguth : Th. de Paris, 1887. — Id. Marmod, Lausanne 1877. Cités par Lauth, p. 9.

(1) *Annuaire de l'Observatoire de Montsouris*, 1884.

d'été, cependant quand les malades sont aguerris, ils peuvent rester pendant l'hiver.

Les observations météorologiques, soigneusement relevées par certains d'entre eux montrent pendant l'hiver une insolation journalière de cinq heures à cinq heures et demie, avec un maximum accentué de temps sereins et clairs, et très peu de brouillard proprement dit : la température moyenne oscille entre — 6° et — 9°, avec quelques minimas de — 15° à — 19°. (Voir la brochure de Lauth sur la station de Leysin dans les Alpes Vaudoises).

Nous ne pouvons que mentionner ici sans plus de détails sur chacun d'eux les sanatoria installés pour la cure d'air. Le plus ancien est celui de Gœbersdorf en Silésie, fondé par Brehmer, à 633 m. d'altitude, et où il se guérit lui-même. Celui de Davos dans l'Engadine, à 250 m., dont M. Richardière nous a donné une excellente description en 1886 *(Sem. méd.)*; celui de Falkenstein dans le Taunus, près de Francfort, à 500 m. (relation de M. Pouzet, *Bulletin médical*, 1888); d'Aussée en Styrie, à 695 m.; de Reiboldsgrün en Saxe, près de Dresde, etc. Ajoutons y la station du Canigou, dans les Pyrénées-Orientales en France, à 130 m. au-dessus de Vernet-les-Bains, celle du Leysin dans les Alpes Vaudoises, à 1,450 m. d'altitude.

Les résultats immédiats de la cure d'air dans ces conditions sont bons, il s'ensuit une amélioration certaine des symptômes fondamentaux de la phtisie. A combien se monte le chiffre des guérisons définitives? c'est ce que la longue observation des malades pourra nous apprendre; ces guérisons seront d'autant plus certaines que le séjour des malades dans le sanatorium aura été plus long et moins intermittent, et qu'ils abandonneront à tout jamais le séjour dans les grandes villes pour vivre et s'occuper en plein air à la campagne. Le tuberculeux, même le mieux guéri en apparence, est toujours un être fragile, chez qui on doit redouter de nouvelles inoculations tuberculeuses lorsque son genre de vie l'éloigne des règles d'hygiène que nous n'avons pu malheureusement qu'esquisser ici.

III. *Climats marins.* — Nous avons suffisamment insisté plus haut sur les éléments de climats ennemis des phtisiques pour avoir à entrer dans de longs détails sur le traitement à l'air libre des phtisiques sur le bord de la mer. Ici comme plus haut, c'est l'humidité de l'atmosphère, le froid humide, les grands vents, les variations brusques de température, ou au contraire l'excès de température journalière qui constituent les contre-indications formelles d'un climat à la cure de la tuberculose pulmonaire, par l'air marin.

Par conséquent, il faut que le phtisique fuie les côtes humides, brouillardeuses et froides, et en réalité c'est sur le littoral de la Méditerranée, de Menton à Hyères, et sur le littoral de l'Océan Atlantique, dans les parties arrosées par le Gulf-Stream, que se limitent les zones où le séjour au bord de la mer puisse être sans danger pour les phtisiques.

Il ne faut pas chercher, ainsi que l'avait cru Laennec, une propriété antiphtisique à l'air marin proprement dit. Cet air est bon, parce que comme celui des montagnes, il est bactériologiquement pur, du moins tant que les stations ne sont pas encombrées.

Nous ne pouvons pas entrer ici dans les détails que comporterait une pareille étude pour être faite complètement; d'ailleurs, nous avions surtout en vue d'étudier la cure d'air en général, et en particulier dans les pays de montagne. Nous ne pouvons que renvoyer à ce que M. Daremberg en dit dans son ouvrage déjà cité, aux *Traités de climatologie* et enfin, pour le climat de nos côtes Atlantiques, à un très suggestif article de M. Lalesque, dans la *Presse Médicale* du 12 janvier 1895.

DOUBLE PLAIE DE L'ABDOMEN

DONT L'UNE AVEC DOUBLE PÉNÉTRATION DU CŒCUM

Double laparotomie; guérison

Par le Dr E. ROCHARD, chirurgien des hôpitaux.

Dans la nuit du 26 au 27 janvier 1894, je fus appelé, à deux heures du matin, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Peyrot, pour donner mes soins à une femme qui venait d'être l'objet d'une tentative d'assassinat.

Mme A. Ch..., lingère, se trouvait seule à dix heures et demie du soir, dans la loge de l'Hôtel d'Espagne et d'Angleterre, 10, rue Taitbout, quand son mari, un sieur G..., dont elle vivait séparée depuis huit ans, entra et la frappa de *trois coups* de poignard. Elle fut transportée à l'hôpital, ayant eu déjà quelques vomissements qui cessèrent dès qu'elle fut alitée, et quand j'arrivai, c'est-à-dire *quatre heures* après le traumatisme, elle était dans l'état suivant : le visage était *pâle et anxieux*, le pouls normal à 68 pulsations par minute, la température à 36° 8, et on pouvait constater trois blessures : l'une sur la cuisse gauche, sans importance, et *les deux autres à la région abdominale*.

Une des plaies du ventre siégeait à *deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope* et non loin de l'épine iliaque antérieure, c'est-à-dire aux environs de la région cœcale; elle était triangulaire, ne laissait échapper aucun gaz ni matières; la paroi abdominale, peu épaisse chez cette femme maigre, la douleur abdominale à la pression, les *vomissements*, me *permirent de diagnostiquer facilement la pénétration* et de penser même que le cœcum pouvait être atteint. *Léger météorisme.*

La seconde plaie siégeait à la *région épigastrique*, à *la hauteur de la neuvième côte*, environ *un peu en dehors et à gauche de la ligne médiane*, et fut aussi *soupçonnée de pénétrer jusque sur le lobe gauche du foie*.

Je me mis immédiatement en demeure de pratiquer une *double laparotomie* et commençai d'abord par m'adresser à la région atteinte par la blessure du flanc droit. Incision sur la *ligne médiane*, la cavité péritonéale est de suite ouverte et je trouve immédiatement à droite l'*épiploon rempli de caillots* sanguins et les *anses légèrement* agglutinées l'une contre l'autre. L'anse de l'intestin grêle la plus voisine était rouge, distendue, et fut amenée au dehors et isolée immédiatement; *à sa partie antérieure, le cœcum portait deux orifices de très petite dimension, séparés par un pont de tissus sains de trois à quatre millimètres*. Le tout était recouvert d'un *champignon de matières fécales* brunes, demi-liquides, *laissant, de temps en temps, passer quelques gaz*.

Un nettoyage attentif fut pratiqué sur toutes ces parties, qui furent désinfectées avec des *éponges trempées dans du sublimé et exprimées*.

Traitant ces deux plaies comme une seule, je pratiquai cinq points de *suture de Lembert à la soie*. J'inspectai soigneusement les anses voisines sans trouver d'autres lésions, et après avoir bien nettoyé toute la région avec des éponges asséchées, je fis un *point de Lembert sur l'orifice interne de la plaie pariétale* et refermai l'abdomen par trois points de suture.

Je fis alors une *seconde laparotomie sus-ombilicale*. Le trajet du poignard avait été oblique; mais le lobe gauche du foie n'avait pas été atteint; pas d'hémorragie, pas de plaie de l'estomac. Le ventre fut aussitôt refermé.

28 janvier. — Même état.

29 janvier. — Petite amélioration.

30 janvier. — Amélioration notable. La malade prend un peu de lait.

31 janvier. — Première garde-robe. L'opérée va de mieux en mieux, et le 28 février, je la présente à la Société de Chirurgie, rétablie déjà depuis près d'une semaine.

Cette observation n'a qu'un but, ajouter un succès de plus à l'effectif des plaies pénétrantes de l'abdomen, traitées par la laparotomie. Il est certain que les blessures du gros intestin guéries par cette pratique sont assez nombreuses, mais chez notre malade l'*abstention eut été à coup sûr, suivie de la mort*. La cavité péritonéale était en effet infectée par l'issue de matières fécales à laquelle ne *s'opposait pas le moindre bouchon muqueux*. Cependant les orifices étaient *très petits* et une balle de revolver quelconque aurait certes causé une perte de substance aussi grande. Ces deux plaies séparées par un pont de tissus sains étaient faites par la pointe du poignard, déterminant un pli dans la paroi du cœcum, repoussée devant elle et perçant la base de ce pli à deux reprises différentes.

Le procédé le plus simple, pour réparer ces deux pertes de substances, m'a paru celui qui consistait à repousser les parties blessées dans le calibre même de l'intestin en pratiquant des *points de suture séro-séreuse par dessus les orifices*.

Nous nous permettrons de soulever, à ce propos, une question qui, sans avoir une très grande importance a son petit intérêt, et sur laquelle tous les chirurgiens ne nous paraissent pas d'accord. Faut-il dans tous les cas de plaie pénétrante de l'abdomen *pratiquer toujours la laparotomie sur la ligne médiane?* Certes il n'y a pas de doute pour les blessures qui ne sont pas très éloignées de la ligne blanche, mais lorsqu'une plaie, comme dans notre cas, se trouve placée de telle façon que pour arriver à attirer l'intestin dans l'incision médiane, on s'expose à inoculer, en déplaçant les anses, une grande étendue du péritoine, on peut se demander s'il *ne vaudrait pas mieux faire son incision sur l'orifice extérieur*.

Dans les plaies par instruments tranchants et piquants, les conditions ne sont pas les mêmes que dans les plaies par armes à feu; il n'y a *point ici besoin de dévider tout l'intestin;* la lésion est localisée, limitée, et il nous semble qu'on ferait le moins de dégâts possibles en y arrivant par le plus court chemin. On peut nous objecter la mobilité des anses intestinales; mais on peut répondre que *par le fait même de la blessure, le blessé est maintenu dans l'immobilité*, et *quant aux mouvements propres de l'intestin, ils sont certainement diminués sinon supprimés par l'hémorragie et les caillots sanguins qui réunissent en une masse* toutes les parties qu'ils englobent, et peut-être aussi par le *shock* subi et par les *premiers phénomènes de l'inflammation*.

Au point de vue de la *cicatrice* et de l'*éventration possible*, il n'y a *pas plus de chance que cette dernière se produise à travers des muscles bien réunis* qu'à travers du tissu aponévrotique.

Aussi, à moins qu'il n'existe des raisons que nous ne voyons pas pour le moment, pourrait-on proposer de pratiquer la laparotomie *sur la ligne blanche* toutes les fois que la plaie pénétrante siège *dans la région des muscles droits*; de faire l'incision *sur le bord externe du muscle droit, quand la plaie siège un peu en dehors de celui-ci*, et enfin de sectionner la paroi abdominale sur *une ligne verticale passant par l'orifice externe de la plaie* quand cette dernière siège tout à *fait en dehors*.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Les nouvelles mesures prises contre l'alcoolisme en Russie et en Suisse. — Fixation de la hauteur maxima des maisons à Londres, à Paris et à Lyon.

La question de l'alcoolisme est toujours à l'état aigu chez tous les peuples de l'Europe et y prend, chaque jour, un caractère plus inquiétant ; je l'ai si souvent traitée, en ce qui concerne la France, dans les colonnes de ce journal (1), que je crois inutile d'y revenir, mais il est intéressant d'observer ce que font les autres nations pour lutter contre le fléau.

La Russie vient de mettre à exécution un nouveau règlement qui inaugure la vente des boissons alcooliques par l'État. Il avait reçu la sanction impériale le 6 juin 1894 et il aura, sans nul doute, pour effet de diminuer la consommation. Il est entré en vigueur le 1er janvier 1894, dans les quatre provinces: de Perm, d'Oufa, d'Orenbourg, de Samara, et, à la même date, les règlements des *curatelles de tempérance* ont reçu leur application dans les mêmes provinces.

Cette institution sera essentiellement intéressante à étudier dans ses résultats. Elle n'a rien de commun avec les mesures de rigueur et de coercition auxquelles il semblerait presque naturel de recourir dans un état autocratique; le caractère de persuasion sur lequel elle repose a quelque chose de paternel et de conforme à la nature douce et bienveillante d'Alexandre III, à l'initiative duquel elle est due.

Les *curatelles de tempérance* sont des comités qui sont constitués dans tous les villages, pour aider l'État à réaliser la réforme qu'il se propose. Composés des hommes les plus éclairés de la localité, et connaissant le mieux les coutumes de la population, ils auront pour mission de veiller à la régularité de la vente des boissons alcooliques, de faire connaître à leurs concitoyens les dangers que fait courir l'abus de l'alcool, de fonder pour cela des conférences, et de créer des *cafés de tempérance*, dans lesquels les gens sobres pourront se réunir et trouver les distractions qu'on va chercher d'habitude dans les débits de boissons.

Ces comités seront par le fait des sociétés de tempérance fonctionnant sous la direction et la surveillance du gouvernement. C'est la première fois qu'il s'en forme en Russie. Elle était, jusqu'à ce jour, restée étrangère au mouvement qui a commencé en 1828, en Angleterre, et qui s'est, comme on le sait, propagé depuis en Amérique et sur le continent.

(1) *Union médicale* des 16 février et 5 septembre 1893; 12 juin et 30 octobre 1894.

Les sociétés de tempérance n'ont pas produit jusqu'ici de résultats bien remarquables en Angleterre, où l'on en compte pourtant aujourd'hui 392, contenant environ cinq millions d'abstinents, avec dix mille réunions hebdomadaires et quarante-quatre journaux, ni en Amérique où il existait en 1855, huit mille sociétés, avec un million et demi de membres.

Le seul pays où elles aient complètement réussi, est la Suisse. C'est le peuple qui a le mieux organisé la lutte contre l'alcoolisme. La Société de la Croix-Bleue, fondée le 21 septembre 1877, comptait le 30 septembre 1893, 241 groupes avec 11,143 membres adhérents, parmi lesquels 4,118 anciens buveurs complètement corrigés. Elle déploie une activité sans égale, et son action est aidée par la législation sévère qui réglemente, en Suisse, la vente des boissons (1).

L'article 32 *bis* de la Constitution fédérale adoptée le 25 octobre 1885, après avoir déclaré officiellement *la guerre à l'alcoolisme*, décida que *la fabrication et la vente des boissons* seraient désormais considérées comme *un commerce et une industrie dangereux* et imposa aux Cantons *le devoir de combattre l'alcoolisme dans ses causes et ses effets*, et d'employer à cette lutte *le dixième au moins des bénéfices qu'ils retireront des droits sur l'alcool*. La loi du 12 mars 1892 sur les aubergistes, débits de boissons et autres établissements analogues, comprend l'obligation de l'autorisation préalable pour exercer le métier de cabaretier, de cafetier, de liquoriste, etc. Elle soumet ces professions à une surveillance rigoureuse et impose au Département de la Justice et Police l'obligation de fermer les établissements qui ne se conforment pas à la loi. Ce sont là les mesures que les hygiénistes français réclament depuis si longtemps et que les pouvoirs publics persistent à leur refuser.

La Suisse est également le pays des *cafés de tempérance*. Il en existe cinq à Genève et on en trouve dans un certain nombre d'autres grandes villes. Ils ont été d'abord institués, à titre philanthropique, par la Société de la Croix-Bleue, mais il s'en est formé depuis par l'initiative privée, comme simple spéculation, et, ce qui a lieu de surprendre, ils réalisent des bénéfices très suffisants pour rémunérer convenablement leurs actionnaires.

Nous avons dit en commençant que la Russie recommandait à ses *curatelles* de former des établissements analogues. Il serait à désirer qu'on suivît partout cet exemple. Ce serait le meilleur moyen de soustraire les ouvriers à la séduction du cabaret, et ce serait rendre à la société un service immense que de substituer, ne fût-ce que partiellement, dans

(1) *National tempérance League's amural*, 1893.

les classes laborieuses, le goût des boissons à base de caféine, à celui des liqueurs alcooliques.

— Le 1er janvier 1895 a été signalé en Angleterre par la mise en vigueur d'une nouvelle loi *(The London Building Act)*, qui intéresse spécialement l'hygiène. Elle fixe à 24 mètres la hauteur totale que peuvent atteindre les maisons d'habitation. Celles qui se trouvent situées dans des rues larges de moins de 15 mètres ne doivent pas dépasser la hauteur de la rue. En France, la hauteur des maisons est réglementée depuis plus d'un siècle. L'ordonnance du 10 avril 1783, confirmée par la loi de 1792, la fixait à 54 pieds dans les rues de 30 pieds de largeur et à 45 pieds dans les rues moins larges. Des règlements locaux sont intervenus depuis dans les principales villes de France.

A Paris, le règlement du 23 juillet 1874 fixe à 12 mètres la hauteur *maxima* des maisons dans les rues qui ont moins de 7 m. 80. Elles peuvent avoir 15 mètres dans les rues de 7 m. 80 à 9 m. 75; 18 mètres dans celles qui ont de 9 m. 75 à 20 mètres; au-dessus de cette largeur, les maisons peuvent s'élever jusqu'à 20 mètres.

A Lyon, le règlement de voirie de 1874 permet d'élever les maisons jusqu'à 22 mètres, sur les quais et les places de 50 mètres; à 20 m. 50 dans les rues de plus de 10 mètres; à 19 mètres dans les rues de plus de 8 mètres, et à 18 mètres pour les voies plus étroites.

Ces largeurs sont considérées comme insuffisantes par les hygiénistes de tous les pays. Pour les Allemands, les deux dimensions doivent être égales. C'est aussi le vœu qu'a formulé l'an dernier le Congrès international d'hygiène de Budapest, sur la proposition de M. Corfield (de Londres). M. Trélat est plus exigeant; il voudrait que la largeur des rues eût une fois et demie la hauteur des maisons. C'est aller un peu trop loin, à mon avis; l'égalité me semble le comble de l'exigence et, dans les villes anciennes, on est bien obligé de se contenter de largeurs moindres, quand il s'agit d'établir de nouveaux alignements dans les vieilles rues.

Jules Rochard.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 janvier 1895

M. Camus, médecin-major à Clermont-Ferrand, a adressé à l'Académie l'observation d'un nouveau succès dû à la méthode de Laborde, intitulée : *goître suffocant, dyspnée paroxystique, mort apparente; guérison des accidents par les tractions rythmées de la langue.*

D'autre part, les tractions de la langue appliquées aux nouveau-nés en état de mort apparente, ne sont pas pour tous d'une supériorité évidente et incontestable. Dans une longue communication, M. Pinard présente les résultats que lui ont donnés les diverses méthodes employées pour ranimer les enfants nés en état de mort apparente. Sur cinquante enfants, quarante-quatre revinrent à la vie, mais dix-neuf moururent consécutivement; six ne purent être ranimés. Les tractions de la langue furent pratiquées douze fois : dans six cas, la mort était réelle et non pas apparente; il ne faut pas en tenir compte. Sur les six autres cas, il n'y en a qu'un où les tractions rythmées de la langue aient pu faire reparaître la respiration là où l'insufflation s'était montrée inefficace. Chez un enfant de quatre ans, syphilitique, empoisonné accidentellement avec de la morphine, M. Pinard a vu aussi la respiration reparaître après dix tractions de la langue. Mais il fallut continuer les tractions pour maintenir la respiration; au bout de douze heures, l'enfant finit par succomber. M. Pinard fait remarquer que, pour être efficaces, les tractions doivent être modérées, et qu'il vaut mieux, pour tirer la langue, se servir de ses doigts recouverts d'un linge, que d'une pince. M. Pinard pense donc, en résumé, que si le procédé de M. Laborde donne souvent d'excellents résultats, il ne faut pas néanmoins se hâter de conclure à sa supériorité sur les autres procédés, du moins chez les enfants nouveau-nés. M. Laborde répondra mardi prochain à cette communication de M. Pinard.

M. Colin (d'Alfort) a adressé une note sur la *pathogénie du coup de chaleur.*

Après avoir critiqué les expériences rapportées précédemment par MM. Laveran et Regnard, et relaté un certain nombre d'expériences personnelles faites sur de grands animaux (cheval, bœuf), M. Colin conclut que l'on ne sait pas du tout encore ce qu'est le coup de chaleur; il s'agit là sans doute d'un état complexe présentant des degrés et des formes nombreuses, pouvant aboutir à l'asphyxie, à la syncope, etc. M. Laveran répond aux critiques de M. Colin; les conditions expérimentales dans lesquelles il s'est placé, rappellent celles où se trouve un homme marchant au soleil sur une route.

Deux intéressantes communications sont faites ensuite l'une par M. Mouchet (de Sens) sur l'*utilité de l'élongation des nerfs dans les paralysies traumatiques* (deux observations), l'autre par M. Clozier (de Beauvais) sur les *zones hystérogènes et les zones hystéroclassiques.* Il existe des régions limitées dont l'excitation fait éclater ou arrête au contraire une crise hystérique. Les premières sont les zones hystérogènes; les secondes pourraient être nommées

zones hystéroclassiques. La pointe du cœur, la voûte palatine, le tiers supérieur de la membrane pituitaire, telles sont les trois zones hystéroclassiques que cite M. Clozier.

A la fin de la séance, M. Motet a été élu par 65 voix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Le lecteur a trouvé dans nos premières pages l'observation qui a fait le sujet du rapport de *M. Chaput*, communication qui a occupé toute la séance. Comme il s'agit de celui-là même qui signe d'ordinaire cet article, il préfère remercier son collègue et ami Chaput, d'abord de son rapport, et ensuite d'avoir bien voulu lui communiquer le résumé ci-joint, qu'il transcrit :

Si nous analysons cette intéressante observation, nous constatons d'abord, que la laparotomie a été faite quatre heures après l'accident, fait intéressant, puisque M. Reclus soutient qu'on ne peut, en pratique, opérer de bonne heure. Dans la thèse d'Adler, 55 malades ont été opérées cinq heures après l'accident. D'après la doctrine de MM. Reclus, Berger, Jalaguier, lui-même, l'indication opératoire n'existait pas nettement, car les vomissements précoces sont liés à l'indigestion occasionnée par le traumatisme et l'émotion ; le météorisme léger était difficile à apprécier, puisqu'on n'avait pas vu la malade avant sa plaie. La température et le pouls étaient normaux. La face était pâle, mais on ne saurait, sur ce signe, poser une indication de laparotomie.

M. Rochard, suivant les préceptes posés par Terrier, Quénu, Broca et moi-même, a opéré, et l'événement a prouvé qu'il avait raison, puisqu'il a constaté une péritonite commençante et deux petites plaies locales laissant échapper des matières et des gaz.

On admettait jusqu'ici que les plaies par instruments piquants n'étaient pas dangereuses. Cette observation prouve le contraire, elle constitue un véritable document qui mérite de rester dans les annales scientifiques. M. Rochard n'a pas constaté le bouchon muqueux signalé par M. Reclus; ce bouchon est presque nul chez l'homme; mais il est très volumineux chez le chien. Chez cet animal, il n'empêche nullement la sortie des matières.

Le procédé employé par M. Rochard est très satisfaisant; mais j'aurais ajouté un second étage de suture.

Je ne puis admettre avec M. Rochard la laparotomie latérale pour les plaies latérales, parce que le dévidement de l'intestin est difficile, et l'intervention limitée à un champ très restreint. En outre, elle expose davantage à l'éventration.

Dans l'immense majorité des cas, avec une plaie de la région ombilicale, étroite et récente, il est impossible de diagnostiquer la pénétration ; — L'exploration au stylet, le débridement de la plaie ne sauraient nous renseigner dans tous les cas avec certitude ; — En cas de plaie abdominale datant de quelques heures, il faut faire la laparotomie toutes les fois qu'on a un doute même léger sur l'intégrité de l'intestin ; — Si la plaie date de quelques jours, il faut laparotomiser si on a le moindre doute sur l'existence d'une septicémie intestino-péritonéale ; — On s'abstiendra s'il s'agit d'une plaie datant de 24 ou 48 heures avec une santé parfaite et une sensation de bien-être très accentuée ; — L'expectation est dangereuse, elle fournit une mortalité de 60 à 70 % ; — La laparotomie précoce et bien exécutée est seule rationelle et bénigne. D'après les observations d'Adler, les laparotomies précoces (faites dans les cinq premières heures et exécutées avec correction) ont donné, sur 32 cas, 26 guérisons et 6 morts (18 %) ; — Il est indispensable de dévider tout l'intestin pour être sûr qu'on ne laisse pas une ou plusieurs perforations méconnues dans le ventre ; — Pour trouver facilement la source d'une hémorragie, pour laver le péritoine jusque dans ses recoins, il faut éviscérer tout l'intestin ; — Pour réparer les perforations, on aura recours, selon les cas, à la suture à deux étages, à la greffe intestinale, à l'excision losangique, ou même à la résection de l'intestin.

Au cours de la séance, MM. Durante, Horsley, Mac Burny, Sormenburg ont été nommés correspondants étrangers, et MM. Cahier, Dudon, Dardignac et Fontorbe membres correspondants.

EUG. ROCHARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 Janvier 1895

Le malade que M. CATRIN présente à la Société est atteint de *névrite paludéenne*. Il faut se hâter de dire, étant donnée la rareté d'une telle affection, que l'on ne relève, dans les antécédents du malade, ni alcoolisme, ni saturnisme, ni syphilis, ni béribéri ; il ne présente non plus aucun stigmate d'hystérie. C'est un homme de vingt-huit ans qui, au Soudan en juillet, eut des fièvres intermittentes à type tierce ; en septembre, il eut un accès pernicieux à forme comateuse, qui laissa à sa suite, avec une amnésie passagère, des troubles sensitifs et moteurs dont quelques-uns persistent encore : douleurs très vives dans la jambe gauche et dans la jambe droite, mais hyperesthésie telle, de la plante et du dos du pied droit, que le malade ne pouvait appuyer ce pied sur le sol; en outre, paralysie absolue de la jambe et du pied droits. Enfin il existait sur le dos du pied droit deux taches rouges très douloureuses. Actuellement, plusieurs mois après le début de la maladie, l'état est le suivant : le pied droit est en talus-varus, les orteils sont fléchis en griffe et paralysés; la plante et le dos du pied sont le siège d'une hyperesthésie considérable; les deux taches hyperesthésiques ont persisté. L'examen électrique montre une réaction de dégénérescence incomplète.

Le diagnostic de névrite périphérique paludéenne semble s'imposer, d'après M. Catrin. Cependant M. MARIE fait remarquer que ce n'est point là l'aspect habituel des névrites périphériques. On décrit, sous ce nom, des paralysies symétriques des extenseurs du pied et des orteils, avec atrophie musculaire, anesthésie des extrémités inférieures et déformation en pied-bot équin. L'hyperesthésie particulière limitée à un seul pied et à une seule jambe ferait penser à l'hystérie, mais le malade n'en présente aucun

stigmate. On pourrait aussi incriminer une affection des petites articulations du tarse. En tout cas, il ne s'agit pas ici de ces polynévrites symétriques, auxquelles on donne le nom de névrite périphérique. Dans le cas de M. Catrin, toutefois, s'il s'agit d'une névrite locale, le terme de périphérique serait bien mieux appliqué que dans les cas ordinaires de névrites dites périphériques. M. Marie pense, en effet, que le siège primitif de celles-ci est dans la moelle.

On peut comparer, ainsi que le fait remarquer M. Rendu, au malade de M. Catrin un malade présenté, il y a quelques années, par M. Barié, et qui était atteint de troubles analogues. Le diagnostic était resté incertain. Or, quelque temps après, M. Thibierge ramenait ce malade alors porteur de lésions lépreuses. Il y avait donc eu chez lui névrite locale. Dans le cas de M. Catrin, il doit exister aussi une lésion nerveuse locale, dont la nature reste inconnue.

M. Marie présente ensuite un homme atteint de *cyanose par malformation congénitale du cœur*, et fait ressortir tout l'intérêt de l'étude de ce malade au double point de vue des déformations osseuses concomitantes et de l'hématologie. Les doigts sont en baguettes de tambour; mais on constate en outre une forte saillie en avant du sternum et de l'extrémité antérieure des côtes; de plus, il existe une dépression considérable au niveau de la jonction de l'occipital et des pariétaux. Or, l'ossification de ces os commence à peu près à la même époque que le cloisonnement du cœur, c'est-à-dire vers le deuxième mois. Il est donc probable que c'est la même cause qui a agi ici à la fois sur les os et sur le cœur pour en arrêter le développement et produire les malformations que l'on constate aujourd'hui.

Quant aux altérations du sang dans la cyanose congénitale, elles sont aujourd'hui connues, surtout depuis les travaux de Krehl en Allemagne et de Vaquez en France. Chez le malade de M. Marie, il y a près de 8 millions de globules par millimètre cube et 0,60 pour 100 de fer au lieu de 0,44. Sous quelle influence cette hyperglobulie se produit-elle? On peut cependant faire, avec M. Marie, un intéressant rapprochement avec ce qui se passe dans le sang d'individus placés à des altitudes élevées. On sait depuis les recherches de Viaud, de Mercier (de Zurich), que le nombre des globules rouges croit proportionnellement avec l'altitude. L'augmentation du nombre des globules se fait même très rapidement; en quelques heures un individu, ayant gravi une montagne, en gagne plusieurs centaines de mille par millimètre cube. A une hauteur de 4,000 mètres, le chiffre normal des globules est de 8 millions. On pourrait presque, pour calculer approximativement une altitude, se servir de la numération des globules et se passer de baromètre.

Cette augmentation du nombre des globules rouges est due à la difficulté de l'hématose sur les montagnes, où la pression atmosphérique est d'autant moins forte que l'altitude est plus grande. L'organisme semble compenser cette difficulté en augmentant le nombre des globules rouges, ces organites essentiels à l'hématose. A ce point de vue, les malformations congénitales du cœur agissent d'une façon analogue aux altitudes; la gêne de l'hématose est aussi considérable. Pourquoi l'organisme ne compenserait-il pas cette gêne de la même façon?

Ce sont encore les modifications du sang qui font le point intéressant du fait présenté par MM. Lebreton et Vaquez. Il s'agit ici d'un malade traité par l'ingestion de corps thyroïde pour un myxœdème congénital.

Avant le traitement, il y avait 1,750,000 globules rouges et 4,500 globules blancs par millimètre cube; quarante jours après le début du traitement on trouvait 2,450,000 globules rouges et 9,600 globules blancs. L'hémoglobine avait augmenté. Avant le traitement le diamètre moyen des globules rouges était considérable (8 μ 1), et quelques éléments géants atteignaient 9 μ 57; en même temps on constatait l'existence de cellules rouges nuclées. Après le traitement, celles-ci avaient disparu et le diamètre moyen des globules était revenu au chiffre normal 7 μ 5. La présence des cellules rouges à noyaux et le grand diamètre des globules rouges démontrent la persistance chez les myxœdémateux du processus fœtal de l'hématopoïèse.

MM. Lebreton et Vaquez ont constaté enfin que la guérison du myxœdème s'accompagne d'une leucocytose spéciale, due à l'augmentation des gros leucocytes mononucléaires. A la fin de la séance, M. Achard rapporte un cas comparable à celui communiqué récemment par M. Hanot, d'abcès du foie pris pour une pleurésie purulente. Le pus était stérile. M. Achard l'ensemença d'une part avec des colibacilles et d'autre part avec des staphylocoques. qui seuls se développèrent.

H. Richardière et Fournier.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

VIN FERRUGINEUX AROUD. — Viande, Quina et Fer.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. E. Valude : Diagnostic et traitement du strabisme.
II. Feuilleton.
III. H. Richardière : La gangrène pulmonaire dans la scarlatine.
IV. E. Rochard : A propos de quelques méfaits du massage en gynécologie.
V. Revue des travaux français : Médecine.
VI. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VII. Revue de la Société de Dermatologie.
VIII. Échos et nouvelles.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU STRABISME

(ÉTUDE CLINIQUE)

Par M. E. VALUDE,
de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

La question du strabisme, celle de ses origines surtout, est loin d'être encore clairement élucidée.

Lorsque Donders eut reconnu les rapports intimes existant entre le strabisme vrai et les troubles divers de la réfraction, on crut alors le problème définitivement résolu et on divisa les déviations oculaires en deux grandes catégories : une classe qui comprenait les paralysies oculaires, constituant le strabisme paralytique, et l'autre, qui était représentée par le strabisme amétropique, dit concomitant. Mais on reconnut vite que le problème n'était pas si simple et que les déviations oculaires des enfants ne sont pas toujours gouvernées par des troubles de la réfraction, étant fait abstraction, naturellement, des paralysies des muscles moteurs des yeux. Nous-mêmes, dans une communication faite au Congrès de Berlin (*Archives d'ophtalmologie*, juillet-août 1890), avons essayé d'établir par des observations multiples que des troubles névropathiques pouvaient être seuls la cause de la déviation en dehors de tout état amétropique des yeux. Aujourd'hui, des observations réitérées du même genre ont amené la majorité des auteurs à penser que la pathogénie du strabisme suivant la conception de Donders, ne répondait plus qu'à une majorité assez faible des cas de strabisme dit concomitant. Certains auteurs, tel M. Parinaud, voyant la question de plus haut, estiment que la cause première et principale des déviations oculaires consiste en un défaut dans l'innervation de la convergence, défaut qui tiendrait le plus souvent à un vice de développement portant soit sur l'appareil moteur de l'œil, soit sur la partie sensorielle de l'organe de la vision.

On voit, par cette conception dernière, tout ce que cette question de la pathogénie du strabisme offre encore d'inconnu. On peut dire d'elle, toutefois, qu'elle est en ce moment à l'étude et que sa solution semble approcher.

Heureusement qu'au point de vue pratique les progrès de cette solution du problème pathogénique importent assez peu, et, actuellement, en raison de la variété des méthodes opératoires dont nous disposons, le diagnostic clinique et le traitement du strabisme peuvent être exposés avec une suffisante clarté et assez de précision.

Savoir facilement reconnaître, et cela sans même le secours d'aucun appareil spécial, quel est le genre du strabisme et surtout quel traitement doit lui être appliqué, est, à l'heure actuelle, un problème qui n'offre que de rares difficultés. Notre but, en écrivant cet article, est de chercher à mettre à la

FEUILLETON

Banqueroute... non frauduleuse.

Dans quelques mois nous lirons — M. Zola n'est pas homme à manquer à la promesse qu'il en a faite — le livre pour lequel il est allé chercher des documents à Rome. Il sera sans doute intéressant de rechercher alors la différence des effets que le voyage à la Ville Éternelle aura produit sur les deux maîtres de la langue française — l'académicien et l'autre. Pur intérêt de curiosité, d'ailleurs, car au point de vue rigoureusement scientifique, les conditions des deux phénomènes ayant quelque peu varié, et varié sur un point qui est d'importance, la comparaison des résultats ne saurait être absolument concluante. M. Brunetière a vu ce qui est resté caché à M. Zola, et il en a profité pour intituler victorieusement son bel article de la *Revue des deux Mondes* : « Après une visite au Vatican ».

Cet article a ravivé une querelle qui ne date pas d'hier, et ne sera pas terminé demain. Tour à tour, presque périodiquement, elle s'apaise, par lassitude des deux camps adverses, et se ranime au hasard de quelque incident. C'est un feu qui couve perpétuellement sous une cendre toujours chaude; le moindre souffle y rallume des flammes d'incendie.

Je ne trouve pas que les conclusions où veut tendre M. Brunetière soient en rapport ou, pour mieux dire, en proportion avec ses prémisses.

Sa charge à fond de train contre la science considérée en elle-même, envisagée dans ses applications et dans les résultats où elle est arrivée, n'aboutit, somme toute, qu'à un expédient de politique; et c'est peu pour légitimer, pour expliquer même, une si sévère généralisation.

Je conçois mal qu'il ait cru nécessaire de prononcer contre la raison humaine un réquisitoire sans atténuation, qui paraît presque plus propre à affaiblir sa thèse qu'à la faire triompher. Peu de gens, peut-être, comprendront; beaucoup, du moins, ne comprendront pas que l'abandon des recherches biologiques, mathématiques ou naturelles puisse faire avancer d'un pas la solution de la question sociale. Car il y a — comment dirai-je? — cette faiblesse

portée de tous les praticiens, des données pouvant s'appliquer aux cas les plus communs, données qui leur ont été souvent présentées avec un entourage d'obscurité qui n'était pas toujours nécessaire.

Tout d'abord, il convient d'établir que cette étude ne se rapporte qu'au strabisme non paralytique, au strabisme vrai, et le premier acte du diagnostic sera de distinguer ces deux variétés si différentes des déviations oculaires.

Le strabisme paralytique est essentiellement caractérisé (surtout au début et encore pendant longtemps) par de la diplopie ; la diplopie accompagne si essentiellement cette forme de strabisme, qu'elle peut exister même quand la déviation est invisible.

Dans le strabisme vrai il n'y a point de diplopie. Si celle-ci existe tout au début elle ne persiste pas dans l'immense majorité des cas. Pratiquement, on rangera dans la classe des paralysies les déviations oculaires avec diplopie, et on considérera comme étant du strabisme vrai toutes les déviations sans diplopie ; c'est de celles-là seulement que nous allons nous occuper. D'ailleurs, à l'âge où apparaît le strabisme concomitant, dans l'enfance, les paralysies des muscles oculaires sont d'une grande rareté.

Le strabisme vrai peut être *externe* ou *divergent*, puis *interne* ou *convergent*. Le strabisme *externe* n'offre le plus souvent qu'une seule catégorie ; il est fixe, ni alternant ni intermittent, et sa cause réside ordinairement dans un état amblyopique de l'œil dévié, qu'il s'agisse de myopie, ou d'une taie de la cornée, ou encore de lésions des membranes profondes. L'expérience démontre que cette variété de strabisme est justiciable d'une opération, presque toujours la même : la ténotomie du droit externe jointe à l'avancement du muscle droit interne de l'œil dévié. C'est donc une ténotomie et un avancement *musculaire* qui sont applicables au strabisme divergent, et cette opération doit être exécutée avec le maximum d'effet possible. Nous reviendrons sur le procédé opératoire à propos de certains cas de strabisme convergent.

Le strabisme *interne* ou *convergent* est le plus fréquent de beaucoup, et aussi le plus varié ; c'est celui qui nous intéresse le plus par la diversité des indications thérapeutiques ou opératoires qui se produisent suivant les cas. On le divise en strabisme *intermittent*, *alternant*, puis en strabisme *fixe*, le plus commun.

Le strabisme *convergent intermittent*, qui se définit de lui-même, n'apparaît qu'à de certains moments, quand l'enfant est fatigué, énervé ou contrarié, ou bien quand il fixe un objet rapproché, ou encore dans le cours d'un travail appliqué. A d'autres moments, il n'existe aucune trace de déviation. Chez d'autres sujets, la déviation apparaît et disparaît sans aucune cause apparente et, dans le cours de l'examen, il n'est pas rare de voir la déviation, et quelquefois même une déviation considérable, se produire et s'évanouir rapidement. Dans la pathogénie de ce genre de strabisme, il entre pour beaucoup un élément névropathique, soit qu'il s'agisse d'un épuisement nerveux, soit, au contraire, d'un état de spasme des muscles oculaires. Dans tous les cas, il suffira de se rappeler cette circonstance pour savoir qu'à côté de la correction optique des troubles de réfraction qui peuvent exister, il faudra faire une certaine place à une thérapeutique dirigée contre l'état général. En pareille circonstance, bien entendu, tout acte opératoire est à rejeter. On corrigera les erreurs de réfraction s'il en existe, puis on prescrira à l'enfant des règles d'hygiène en rapport avec son état général. Les

---

dans l'étude de M. Brunetière, que son attaque contre la science est essentiellement théorique, qu'elle a toute l'envergure d'une haute spéculation de métaphysique, et que sa défense de la religion se réduit aux dimensions, vastes encore mais combien moindres, d'un système pratique de gouvernement. Ayant lu la première, on attendait autre chose de la seconde qui, pour être écrite aussi d'une langue superbe, n'en laisse pas moins quelque désillusion.

Je ne saurais fournir une meilleure preuve de ce que j'avance ici, que la riposte si lestement lancée par M. Richet, champion de la science en ce tournoi.

Dans cette réponse éclate tout d'abord la supériorité intrinsèque de la méthode scientifique. L'équilibre cette fois est parfait ; les deux termes de l'équation sont également développés ; la défense des sciences et l'attaque des religions (il ne me semble pas que le mot dépasse la portée de l'article) y sont de même valeur, y ont même vigueur, même conviction, même ardeur et même fougue.

Dans le travail de M. Brunetière on sent un artifice de héteur ; celui de son adversaire est plus entraînant, plus net, plus persuasif, plus carré, s'il est permis de faire servir un terme si vulgaire à l'appréciation de deux morceaux d'une forme si parfaite.

M. Richet, il faut l'avouer sans détours, avait l'avantage du terrain ; je m'empresse d'ajouter que ce n'était pas lui qui l'avait choisi ; mais il a su en profiter avec une indéniable habileté. Il eût pu être plus habile encore. La victoire de la science était si sûre, si facile, si complète, que je me fusse offert, je crois, le plaisir de m'en contenter. J'aurais laissé les religions en paix, craignant de tomber, en me lançant à leur assaut, dans le même péril où s'était exposé mon contradicteur. Pour être sincère, en effet, les arguments de l'un contre les sciences ne sont guère plus aisés à rétorquer que ceux de l'autre contre la religion ; et c'est une étrange dispute, quand on y réfléchit bien, que celle qu'on soutient ainsi avec tant d'âpreté entre deux choses infiniment dissemblables, mais nullement contradictoires, nullement incompatibles par essence.

Dire que la science a promis de donner certaines solutions, c'est une pétition de principes flagrante. Elle n'a rien promis, que de chercher droit devant elle, et sans parti-

préparations bromurées seront tout à fait indiquées. Souvent, grâce à ces dispositions, ou même sans elles, spontanément, le strabisme disparaît; c'est, qu'en effet, cette forme de strabisme est la plus légère et la plus curable, celle qui ne tient pas un déséquilibre profond entre les muscles oculaires.

Le strabisme *alternant* est celui dans lequel la déviation porte indifféremment sur l'un ou l'autre œil; dans le strabisme *fixe*, la déviation est localisée dans un seul œil, toujours le même.

Il n'est pas toujours aussi facile qu'on le croirait de reconnaître l'œil « qui louche », c'est-à-dire en un mot, de faire le diagnostic du strabisme alternant et du strabisme fixe. Les parents, qui examinent constamment leurs enfants, s'y trompent quelquefois.

Voici le moyen d'établir ce diagnostic :

Se plaçant bien en face de l'enfant, on cache avec une main l'œil qui apparait droit, et on incite à fixer l'index de l'autre main l'œil qui semble en état de strabisme. Cet œil prend la position de la fixation directe, bien au milieu de la fente palpébrale. On enlève alors la main qui cache l'autre œil. S'il s'agit d'un strabisme alternant, les yeux ne feront aucun mouvement au moment où la main sera enlevée; l'œil découvert restera droit et celui qui était caché apparaîtra en déviation. S'il s'agit d'un strabisme fixe de l'œil qu'on a incité à fixer, cet œil se détournera de la fixation et se remettra à loucher en dedans, tandis que l'œil couvert par la main prendra la fixation.

S'il s'agit d'un strabisme alternant, on répétera l'expérience avec succès de l'un et l'autre côté, ce qui prouve que l'acuité visuelle est à peu près égale des deux yeux, puisque chacun d'eux est capable de rester en fixation ou en déviation aussi facilement. Pour le strabisme fixe, la première épreuve suffit à le caractériser; elle prouve, et c'est là une notion des plus importantes, que l'œil strabique possède un pouvoir visuel inférieur, puisque la fixation lui est impossible dès que l'œil bon peut le suppléer. Dans le strabisme alternant, en effet, la vision est à peu près semblable des deux côtés, et les deux yeux peuvent également servir; dans le strabisme fixe, l'œil dévié est souvent très amblyope et toujours incapable de prendre part à la vision.

C'est cette question qui sert de base pour l'établissement du traitement.

Dans le strabisme alternant, on cherchera, au moins dans les premiers temps, à éviter l'opération. Autrefois, on se servait de ces appareils, encore connus sous le nom de " louchettes ", et qui consistent essentiellement en des coques opaques percées d'un petit trou au milieu. L'idée était d'obliger les deux yeux à regarder par les deux petits trous simultanément et ainsi de prendre l'habitude de rester en parallélisme. En fait, derrière ses louchettes opaques, l'enfant regardait par l'un ou l'autre trou et déviait toujours un de ses yeux.

Les louchettes disparurent peu à peu du jour où Donders démontra que le strabisme n'était pas une affection purement musculaire, mais que la source en était dans une erreur de réfraction qui retentissait directement sur la fonction de la convergence. Il devenait logique alors de s'attacher à corriger ce défaut de réfraction qui était l'organisateur du strabisme, et les lunettes remplacèrent avantageusement les louchettes.

Ce fut un progrès capital, et, en effet, dans le strabisme alternant surtout, où l'acuité visuelle est égale des deux côtés, il faut corriger les troubles de réfraction, tout d'abord, pour procéder logiquement

---

pris. Bien plus elle convient, de fort bonne grâce et sans que cet aveu lui coûte le moindre effort ou le moindre ennui, qu'il est des problèmes qu'elle ne résoudra jamais, non seulement parce qu'ils sont en dehors ou au-dessus de ses moyens et de ses méthodes, mais parce qu'elle ne se les pose même pas. Ils lui sont indifférents, étrangers tout au moins. Elle observe et étudie des faits, des phénomènes, comme elle dit; elle en recherche la succession, c'est-à-dire les lois; mais elle est loin de prétendre qu'elle en puisse ou en veuille découvrir les causes premières et les causes finales. De ce qu'elle a trouvé la cellule ovulaire et la cellule pollenique d'une part et, de l'autre, leur conjugaison dans l'ovaire, a-t-elle conclu qu'elle avait pénétré l'essence même de la fécondation et de la reproduction des êtres? De ce qu'elle ne l'a point pénétré peut-on conclure qu'elle a failli à ses engagements? Si je dis qu'en enlevant une corde à un piano on rendra muette la touche correspondante, ai-je voulu prétendre que ce piano pouvait résonner sans que la main de l'artiste le frappât? Pourquoi donc, si j'affirme que la destruction de tel centre de l'écorce supprime telle manifestation vitale, veut-on me convaincre de matérialisme? Le facteur d'instruments songe-t-il au Rubinstein inconnu qui martèlera l'ivoire de son clavier? Je revendique le même droit à l'insouciance, moi, physiologiste ou clinicien, qui ai acquis la certitude que l'aphasie résulte de la lésion d'une partie déterminée des circonvolutions cérébrales.

Botaniste, je soutiens que la betterave n'est pas faite uniquement pour nous fournir du sucre, et je le prouve en laissant vivre la plante encore une année, jusqu'à ce qu'elle ait utilisé, pour elle-même, pour sa floraison et sa fructification, les réserves accumulées dans sa racine. Ai-je nié pour cela les causes finales? et avais-je promis, par hasard, d'en faire bonne et prompte justice?

On me présente une traite que je n'ai point endossée; suis-je un failli si je ne la paie pas?

Non, la science n'a point promis de résoudre ces étranges problèmes de l'origine et de la destinée de l'homme. Elle déclare seulement, avec la plus grande franchise, qu'elle ne s'en occupe point.

Mais poussons la franchise jusqu'au bout. Ces problèmes existent. Je veux dire que l'humanité n'a jamais cessé et

au traitement de cette variété de strabisme. Donc on fera porter à l'enfant des verres appropriés, et il les gardera constamment pour ne permettre, à aucun moment, l'action défavorable de l'amétropie sur la convergence. Souvent le strabisme alternant s'augmente quelque peu, par le fait d'un spasme accommodatif susceptible d'agir, lui aussi, sur la convergence. Pour supprimer cette cause adjuvante du strabisme, on atropinisera les yeux pendant quelque temps, au début du port des lunettes. En même temps, quelques prises de bromure de potassium trouveront leur indication, bien qu'elles soient moins nécessaires que dans le cas précédent, où l'action nerveuse primait celle de l'amétropie. Ici au contraire, c'est l'erreur de réfraction qui représente la cause principale de la déviation.

Le port des verres appropriés est un moyen qui réussit assez souvent dans le strabisme alternant, pour qu'on ne manque pas de le recommander et même de le prescrire pendant quelques mois au moins, pour en juger complètement. Cependant, tous les strabismes alternants ne sont pas guéris par les verres; dans la majeure partie des cas même, il faut reconnaître que si la déviation est améliorée par les lunettes, elle ne disparaît pas tout à fait. Il est nécessaire alors d'avoir recours à l'opération. Quelle opération? La ténotomie ou l'avancement?

Le strabisme alternant offre bien l'exemple d'un déséquilibre musculaire, mais ce déséquilibre ne porte pas plus sur un œil que sur l'autre, et surtout il n'affecte pas la puissance intrinsèque des muscles de l'œil. Dans ces conditions, l'opération d'avancement, qui immobilise violemment l'œil opéré dans une situation qui correspond à la rectitude, n'est pas la plus convenable. Il y a à craindre d'avoir un surcroît de correction et un certain degré de strabisme divergent. Dans la grande majorité des cas, on tentera d'abord une simple ténotomie du droit interne d'un côté, qu'on fera peu large en débridant très faiblement les ailerons du muscle. Si une seule ténotomie ne suffit pas — et il faudra plusieurs jours pour s'en rendre compte — on pratiquera la même opération à l'autre œil, également en donnant à la section du tendon une faible étendue. Une ténotomie simple, ou plutôt double dans la majorité des cas, est donc l'opération qui nous semble convenir le mieux dans les cas de strabisme alternant ayant résisté au port rationnel des verres.

Dans le strabisme *fixe*, l'œil dévié est amblyope à un plus ou moins haut degré, et le déséquilibre fixe des mouvements oculaires a affaibli la puissance des muscles de l'œil dévié. Il est tout à fait inutile, dans le cas de strabisme fixe, de tenter la correction par les verres avant l'opération, même si l'amétropie est très caractérisée et se trouve améliorée par les lunettes. L'amblyopie existante et l'affaiblissement musculaire empêcheront toujours l'œil dévié de revenir à sa fixation.

Le premier remède est l'opération, et celle-ci, non seulement réussit à corriger la déviation, mais encore permet à l'amblyopie de diminuer en maintenant l'œil amblyope dans le parallèlisme.

Donc, en présence d'un strabisme fixe, il faut songer d'abord à l'opération, et le port des verres ne viendra qu'ensuite.

L'opération, ici, en raison de la diminution de la puissance musculaire de l'œil dévié, ne saurait, en aucun cas, ou peu s'en faut, être la seule ténotomie. Même si le strabisme est très faible, il est facile de se rendre compte que la simple ténotomie interne, si largement faite qu'elle soit, ne donne qu'une correction presque nulle.

---

ne cessera point de se les poser. Répondent-ils à des vérités ignorées, ou n'ont-ils point d'objet réel? Peu importe, en l'espèce. Instinct inné et nécessaire, ou résultat contingent d'un atavisme cent fois séculaire, ces questions troublantes sollicitent l'inquiète curiosité de tous ou de presque tous. Ce sont points d'interrogation auxquels on est avide d'avoir une réponse.

Les sciences ne la donnent point. Leurs préoccupations sont tout autres. Si quelques-uns ont voulu croire ou espérer que ces solutions-là sortiraient claires et inattaquables des efforts réunis des chercheurs, ils savent aujourd'hui, à n'en plus douter, qu'il leur faut renoncer à cette illusion. Ce sont ces espérances injustifiées et que jamais la science n'a volontairement fait naître ni encouragées, dont l'actuelle et définitive déception se traduit en reproches amers que synthétise cette formule : « La banqueroute de la science ». Banqueroute imaginaire comme les engagements prétendus qu'on s'est persuadé à tort qu'elle avait pris.

Il reste donc ceci : un besoin général de notre espèce, auquel nous ne pouvons pas donner satisfaction; une invincible nécessité de connaître pleinement certaines choses, d'être fixée sur certains points, nécessité à laquelle nous sommes impuissants à faire face.

Or, les religions déclarent être en mesure de calmer cette inquiétude et ce trouble. Ce qu'elles enseignent sur ces sujets spéciaux a la vertu incontestable de reposer l'esprit, de le détendre, de faire succéder le calme à l'agitation du doute. Elles répondent par là à un appétit de notre nature.

En se plaçant à un point de vue purement intellectuel, elles complètent la science pour ceux qui ont besoin de ce complément. A n'envisager que ce seul rôle, elles resteraient d'une haute utilité. C'est pourquoi l'antagonisme sans cesse maintenu entre elles et la science me paraît étrange et regrettable et illogique quand la lutte est circonscrite sur le terrain de nos « *connaissances* », plus regrettable et plus illogique peut-être lorsqu'on l'étend jusque sur le domaine de la *morale* qui est celui où la conciliation serait peut-être le plus facile.

La morale, en réalité, est une; il n'y en a pas une *laïque* et une *religieuse*. Dire, avec M. Brunetière, que la physio-

Il est curieux de voir comme la ténotomie produit un résultat considérable dans le strabisme alternant, alors que pour un strabisme fixe, la même opération reste sans aucun effet. En résumé, dans le strabisme fixe, il ne faut pas compter sur la puissance musculaire du droit externe pour replacer l'œil dévié dans le parallèlisme, lorsque la ténotomie de l'interne aura été faite; il faut faire plus encore et replacer, opératoirement, l'œil dans la rectitude au moyen d'une opération pratiquée sur le droit externe. Cette opération sera l'*avancement capsulaire* ou l'*avancement musculaire*, suivant le cas. Et le cas dépendra du degré du strabisme lui-même. Dans les déviations faibles ou moyennes, on pratiquera l'avancement capsulaire plus ou moins accentué et dosé; dans les strabismes très forts, où la pupille se cache dans l'angle interne, il sera préférable d'employer l'avancement musculaire, dont l'effet est toujours plus énergique. Bien entendu que la ténotomie du droit interne reste toujours le premier acte de l'intervention.

Rappelons, sans y insister, les divers temps de ces opérations, décrites dans tous les livres et avec des figures qui rendent les explications plus compréhensibles. On la pratiquera sous le chloroforme chez les enfants au-dessous de cinq ans, et, autant que possible, avec la cocaïne, chez les sujets plus âgés. La chloroformisation a l'inconvénient de ne pas permettre de se rendre compte de la correction pendant l'opération et c'est un inconvénient assez sérieux, car le dosage de l'avancement offre toujours de la difficulté. Toutefois, dans le très jeune âge, il est bien difficile d'obtenir du sujet la tranquillité nécessaire aux manipulations délicates qui constituent l'opération du strabisme, et c'est pourquoi on est obligé de chloroformiser.

Pour la cocaïnisation, j'ai l'habitude de me servir d'une solution à 2 %. On instillera trois ou quatre fois de cette solution pendant le quart d'heure qui précédera l'opération; puis deux minutes avant, avec une seringue de Pravaz, on injectera au niveau de l'insertion des droits interne et externe, sous la conjonctive, une goutte de la même solution.

La ténotomie du droit interne sera faite prudemment dans le cas de strabisme alternant; on se gardera de débrider trop largement les ailerons latéraux.

On pourra donner plus d'effet à la ténotomie lorsqu'il s'agira de strabisme fixe; mais tout l'effort de la correction, suivant l'avis de M. de Wecker, devra porter sur l'avancement de l'antagoniste. Pour l'effectuer, on mettra à nu l'insertion du muscle qu'on chargera avec sa capsule sur un crochet. On plantera ensuite les aiguilles dans l'épisclère, de chaque côté de la cornée, et dans un point de plus en plus rapproché du méridien vertical, suivant qu'on voudra obtenir une correction plus forte.

Les aiguilles passeront ensuite dans les côtés du muscle et dans sa capsule.

Pour l'avancement musculaire, les aiguilles auront la même insertion fixe, mais on s'attachera moins à se rapprocher du méridien vertical qu'à passer le fil solidement dans l'épisclère ou voisinage de la cornée.

Ensuite les aiguilles seront conduites dans le muscle, et celui-ci, une fois coupé, sera doucement approché de l'insertion fixe des fils par une striction progressive de ceux-ci.

Dans le strabisme fixe, nous avons dit que la correction optique était un leurre avant l'opération; mais il ne s'ensuit pas qu'elle doive être complètement mise de côté, au contraire. Une fois effectuée la correction opératoire de la déviation, il deviendra nécessaire de s'appliquer à rehausser la vision de

---

logie toute seule nous donnerait des mœurs « abominables », c'est méconnaître les plus clairs enseignements qu'on puisse tirer de son étude. Déclarer, avec M. Richet, que la « morale laïque » de notre siècle est très supérieure à la « morale religieuse » d'il y a quelques cents ans, c'est tout simplement s'étonner que la nature humaine soit perfectible. Et n'a-t-il pas pensé, en formulant cette proposition, qu'il viendrait à l'esprit de plusieurs que le *struggle for life* des doctrines évolutionnistes est peut-être moins admirable que la *charité* de l'Évangile.

La mortalité dans le Corps médical. — A un moment où les juges font tout ce qu'ils peuvent pour diminuer les honoraires des médecins, où, quand ils appartiennent aux corps militaires, on les traite de personnel non combattant, où enfin, il faut l'avouer, chacun, simplement poussé par un peu d'envie, ne manque pas de donner un coup de patte à notre profession, il n'est pas mauvais de mettre sous les yeux de nos lecteurs la statistique dressée par un savant russe, qui a relevé les cas de mort dans le corps médical de son pays pendant les années 1891, 1892 et 1893.

Sur un total de 15,000 ou 16,000 médecins que compte la Russie, il a relevé 642 décès, ce qui donne une mortalité annuelle de 14 ‰. En laissant de côté 417 cas dans lesquels la cause de la mort était inconnue, il restait 225 cas pour lesquels on avait, à cet égard, une information précise. Or, les tables montrent que la première place est occupée par les maladies contagieuses, probablement contractées au lit du malade : la diphtérie, la fièvre typhoïde, le choléra, la pyohémie, etc., ont causé 71 décès, en sorte que près du tiers des médecins sont morts de maladies transmissibles qu'ils rencontraient dans leur pratique journalière.

Au second rang vient la tuberculose, responsable de 15 % du nombre total des décès; ce rapport, beaucoup plus élevé que pour le reste de la population adulte, s'explique par la nature contagieuse de la tuberculose, à laquelle le médecin est continuellement exposé.

l'œil strabique au moyen du port de verres appropriés et d'exercices orthoptiques avec le stéréoscope. On commencera, une fois les verres choisis, par fortifier l'œil opéré, en lui faisant faire des exercices isolés, tant pour la vision à distance que pour celle de près, lecture, écriture, etc., puis lorsqu'il surviendra de la diplopie, on s'attachera à rétablir la vision binoculaire normale, au moyen des exercices stéréoscopiques.

GANGRÈNE PULMONAIRE DANS LA SCARLATINE

Par H. RICHARDIÈRE.

La gangrène pulmonaire est rare dans les fièvres éruptives. On l'observe surtout dans la rougeole, où elle est une des manifestations viscérales de la tendance générale au sphacèle que présentent les tissus des malades atteints de cette fièvre éruptive. Dans la scarlatine, la gangrène pulmonaire est tout à fait exceptionnelle, comme les autres gangrènes viscérales d'ailleurs, comme les gangrènes de la peau et des muqueuses, abstraction faite de la gangrène de la muqueuse du pharynx.

Bien que la marche de la gangrène pulmonaire dans la scarlatine ait pour conséquence de ne pas faire rentrer cette complication dans les prévisions ordinaires de la clinique, un fait que j'ai observé récemment à l'hôpital Trousseau montre que le sphacèle du poumon peut survenir dans le décours de la scarlatine, sans qu'aucun symptôme antérieur, sans qu'une gravité particulière de l'angine ou des phénomènes généraux ait permis de prévoir le développement de cette complication.

Il s'agissait d'un enfant de huit ans qui fut pris des premiers symptômes de la scarlatine le 27 juillet 1894. L'éruption se fit le lendemain, avec ses caractères ordinaires de moyenne intensité. L'angine fut peu intense, avec un seul point blanc sur l'amygdale gauche, qui disparut au bout de vingt-quatre heures. L'albuminurie fit défaut pendant tout le cours de la maladie. Les poumons ne paraissaient pas atteints.

La maladie paraissait bénigne. Déjà l'éruption avait presque disparu et la desquamation commençait à se faire, quand, le 7 août, la température qui était redevenue normale depuis quatre jours, présenta une brusque élévation de deux degrés et monta à 39°5. L'enfant se plaignit pour la première fois d'un point de côté. Il avait de l'oppression et de la toux quinteuse. Ces symptômes attirèrent l'attention sur l'état de la poitrine et, à l'auscultation, dès le premier jour, je constatais l'existence de frottements rudes à la base du poumon gauche. L'existence d'une pleurésie sèche rendait parfaitement compte de ces signes et s'expliquait aisément, la pleurésie étant une complication relativement fréquente de la scarlatine.

Les jours suivants, les symptômes thoraciques persistèrent et le diagnostic de pleurésie se confirma.

Le 11 août, l'haleine de l'enfant devint fétide. Ne pensant aucunement à la possibilité d'une gangrène du poumon, je crus que la fétidité de l'haleine était due à une complication angineuse concomitante. A mon grand étonnement, je trouvais cependant la gorge absolument normale.

L'élévation de la température oscillant entre 39 et 40 ou 41°, la fétidité persistante de l'haleine sans expectoration, la pâleur de l'enfant, son état cachectique furent alors attribués à un épanchement purulent. Le 17 août, le diagnostic de pleurésie purulente parut confirmé par l'existence des signes d'un pneumothorax. Une ponction fut pratiquée et donna issue à 400 grammes de pus fétide mélangé de sang. L'empyème était décidé pour le lendemain, quand l'enfant mourut dans la nuit.

A l'autopsie, la plèvre gauche, tapissée de fausses membranes pyogéniques, renfermait du pus horriblement fétide. Le poumon était recouvert de fausses membranes. Une de ces fausses membranes cachait la perforation. Au niveau du lobe supérieur du poumon, il existait un noyau de sphacèle de la grosseur d'un œuf de poule. Ce noyau était isolé et parfaitement limité.

A propos de quelques méfaits du Massage

EN GYNÉCOLOGIE

On sait que sous l'impulsion d'un médecin suédois, Thure-Brandt, le traitement de certaines affections des organes génitaux de la femme par le massage a pris, d'abord en Allemagne et ensuite en France, une grande et rapide extension. Il a été reconnu d'une efficacité indiscutable dans certaines lésions et recommandé à juste titre par les chirurgiens les plus compétents; mais, pour être salutaire, il doit être naturellement pratiqué par des personnes expérimentées. Au début de son entrée dans la gynécologie il en a été ainsi; mais comme on peut décorer du nom de massage toute espèce de manœuvre plus ou moins bien appliquée, cette pratique n'a pas tardé à s'étendre, à sortir du domaine médico-chirurgical et à être employée par la première masseuse venue.

Aussi, n'a-t-on pas tardé à reconnaître les mauvais côtés d'une méthode qui doit cependant donner, dans certains cas, de bons résultats, et n'avons-nous pas été étonné quand, il y a quinze jours, à la

Société de Chirurgie, M. Pozzi est venu apporter des pièces anatomiques montrant à n'en pas douter des lésions graves déterminées par des manœuvres intempestives de massage gynécologique. Il s'agissait d'une femme à laquelle le chirurgien de Pascal avait été obligé de pratiquer une laparotomie et qui portait, d'un côté, une périsalpingite suppurée, due à l'extension dans le ventre d'une collection purulente tubaire, sous l'influence de manœuvres qui avaient vidé la trompe dans le péritoine, et, de l'autre côté, une hémorrhagie dans un kyste préexistant. Ce cas est loin d'être unique, car la voix de M. Pozzi a eu immédiatement, au sein de la Société, de nombreux échos. MM. Bouilly, Richelot, Routier, Championnière, sont venus citer des faits semblables, et il a même été décidé qu'une discussion sur les indications du massage était opportune. Elle aura lieu prochainement.

Sans préjuger ici les arguments que les membres de la Société de Chirurgie pourront faire valoir, il nous paraît utile de mettre le public médical en garde contre une pratique qui, sous de prétendues apparences de bénignité, peut déterminer des accidents très graves. Il n'est pas besoin d'insister sur les dangers que font courir à une femme la rupture d'un pyosalpinx dans le ventre et la péritonite à laquelle cet accident donne lieu. Et que fait une malade dans la grande majorité des cas? Elle souffre; elle a entendu parler du massage; elle s'y soumet sans même souvent avoir consulté un médecin, ne se doutant pas que de simples manipulations puissent entraîner des suites très fâcheuses, et, si elle a une salpingite, elle est à la merci de manœuvres faites imprudemment.

Nous ne voulons pas ici discuter les indications du massage en gynécologie; la Société de Chirurgie nous les dira bientôt; mais, d'ores et déjà, il faut dire que de pareilles manœuvres ne doivent être mises en œuvre qu'après un diagnostic ferme. Si on a affaire à une déviation de l'utérus sans complications, si on n'a qu'à rompre ou à relâcher des adhérences, on aura dans le massage un moyen puissant qu'il ne faudra pas négliger; mais il n'en sera plus de même si on se trouve en présence d'une lésion inflammatoire, et celle-ci est difficile à diagnostiquer. Un pyosalpinx peut, en effet, exister sans la moindre réaction fébrile, sans avoir même quelquefois interrompu la vie active de la malade. Nous disons même plus : toutes les fois qu'on aura reconnu une lésion du côté des annexes, même très ancienne, si elle donne les moindres soupçons de collection liquide, comme on ne peut être assuré de la nature de son contenu, il faudra s'abstenir de toute pratique de massage. Il est en effet trop dangereux de chercher, à l'aide de pressions manuelles, à vider un kyste salpingé dans l'utérus. Comme le disait M. Pozzi, l'ostium utérin est presque toujours oblitéré et, si le reflux se fait d'un côté, c'est du côté du péritoine. E. ROCHARD.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS

MÉDECINE

L'envahissement des organes par les microbes pendant l'agonie et après la mort, par ACHARD et PHULPIN. (*Archives de Médecine expérimentale*, 7 janvier 1895.)

L'envahissement des organes par les microbes normaux de l'organisme pendant l'agonie et après la mort rend souvent fort incertains les résultats des examens bactériologiques faits au moment de l'autopsie. L'embarras est surtout grand quand il s'agit du bactérium coli, ce microbe si abondamment répandu dans le tube digestif. Les recherches entreprises pour démontrer ou infirmer la réalité de l'envahissement des organes par ce microbe après la mort sont contradictoires. Wurtz et Herman admettent que cet envahissement a lieu une fois sur deux; Marfan et Nanu soutiennent, au contraire, que la présence du colibacille dans les organes ne peut être constatée que si le sujet a présenté pendant la vie des modifications intestinales morbides.

Achard et Phulpin ont étudié l'état du sang, du foie et de la rate, au point de vue bactériologique, pendant la période agonique et après la mort. Leurs recherches ont porté sur quarante-neuf cas, qui peuvent être divisés en trois séries.

Dans une première série, la présence des microbes a été reconnue pendant la vie. Six fois il s'agissait de malades atteints d'une septicémie quelconque. Dans huit autres cas, les microbes faisaient défaut dans le sang, mais existaient dans le suc hépatique.

Dans une deuxième série de vingt-quatre cas, les microbes faisaient défaut pendant l'agonie, mais existaient après la mort.

Enfin, dans une troisième série de onze cas, l'examen est resté négatif pendant les vingt-deux ou vingt-sept heures qui ont suivi la mort.

La température extérieure a une grande influence sur la pénétration des microbes dans les organes. Il en est de même de la nature de la maladie qui a causé la mort. Le foie est l'organe qui est envahi le plus facilement et le plus rapidement, ce qui s'explique par le voisinage de l'intestin et la pénétration facile des microbes du tube digestif dans les voies biliaires.

Les microbes qui pénètrent dans les organes pendant la période agonique sont : le streptocoque, le staphylocoque blanc, le coli-bacille.

Après la mort, c'est le staphylocoque blanc qu'on

rencontre le plus souvent, soit seul, soit associé à d'autres microbes. Après lui, le coli-bacille. Les bacilles de la putréfaction ont été trouvés cinq fois seuls et dix-huit fois associés. Le staphylocoque blanc précède souvent dans les organes les bacilles de la putréfaction. Il n'est jamais devancé par ces bacilles.

Nécroses viscérales multiples dans la tuberculose humaine aiguë et subaiguë, par LEREDDE. (*Archives de Médecine expérimentale*, janvier 1895.)

La nécrose des épitheliums est fréquente dans la tuberculose, quand la maladie prend, à un moment donné, la marche aiguë ou subaiguë. Elle frappe souvent simultanément le foie et le rein, où elle s'associe à des altérations nécrotiques portant sur les éléments conjonctifs et vasculaires. La nécrose des épitheliums peut être observée dans la tuberculose, indépendamment de la présence de granulations tuberculeuses dans les organes atteints. Elle semble due à l'action des toxines tuberculeuses circulant dans le sang.

Paralysie générale dans l'enfance, par REGIS. (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.)

Regis a montré un jeune garçon de dix-sept ans, atteint de paralysie générale typique. Il a rappelé que la paralysie générale était très rare dans l'enfance. On n'en compte actuellement que trente cas dans la science.

La paralysie générale est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Elle se déclare entre treize et seize ans.

La forme démente est la plus fréquente dans l'enfance.

La syphilis parait être la cause la plus ordinaire de la paralysie générale qui frappe les jeunes sujets. Sur douze cas, un seul enfant n'avait pas d'antécédents syphilitiques.

Lithiase urinaire expérimentale, par GERVAIS DE ROUVILLE. (*Nouveau Montpellier médical*, n° 49.)

Ebstein et Nicolaier ont obtenu les premiers des calculs urinaires par l'ingestion expérimentale à différents animaux de doses variables d'oxamide, corps voisin de l'acide oxalique. Tuffier a reproduit ces expériences et a provoqué la formation chez le chien de calculs siégeant dans la vessie, le bassinet, l'urètère et l'urèthre.

Ces résultats sont confirmés par Gervais de Rouville, qui, en faisant ingérer pendant un mois une dose quotidienne de 2 grammes d'oxamide, a obtenu les calculs gros comme un haricot, sans que l'état général des animaux en expérience ait paru s'en ressentir.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 janvier 1895

Il est souvent difficile, chez certains malades atteints de cancer du larynx, de reconnaitre cliniquement jusqu'où s'étend le néoplasme et si les organes voisins sont respectés. Le malade que M. PÉAN présente à l'Académie en est une preuve évidente.

L'examen laryngoscopique avait montré que toute la moitié gauche de l'organe était envahie par la tumeur maligne. M. Péan pensa à faire une laryngectomie partielle, mais après avoir incisé le cartilage thyroïde sur la ligne médiane, il reconnut qu'un prolongement cancéreux envahissait la partie droite du larynx; il y en avait, d'ailleurs, bien d'autres, que M. Péan apercevait à mesure qu'il enlevait les organes; successivement, en poursuivant la tumeur maligne, il dut enlever outre le thyroïde, le cricoïde, l'os hyoïde et tous les tissus mous jusqu'à la base de la langue, puis la partie postérieure du larynx, la plus grande partie de l'extrémité supérieure de l'œsophage et une partie du pharynx. La carotide gauche, qui se trouvait englobée dans un prolongement cancéreux, avait été réséquée sur plusieurs centimètres de hauteur.

M. Péan s'occupa alors de combler l'énorme perte de substance qui résultait de l'opération; il fallait aussi assurer la perméabilité de l'œsophage et de la trachée. Celle-ci fut suturée à l'angle inférieur de la plaie et munie d'une canule. L'œsophage fut de même suturé au-dessus de la trachée.

Les suites opératoires furent très simples, le malade guérit parfaitement. M. Péan fit alors fabriquer un appareil protéthique particulier permettant aux liquides de passer de la bouche dans l'œsophage, et à l'air de passer des fosses nasales dans la trachée.

Ce fait est intéressant parce qu'il montre que ces sortes d'opérations ne sont plus aussi meurtrières qu'autrefois, et que toutes les laryngectomies ne sont plus mortelles; enfin, parce qu'il a fourni à M. Péan l'occasion d'imaginer un nouvel appareil prothétique très ingénieux, qui pourra certainement rendre de grands services.

— Tous les auteurs qui se sont occupés de l'actinomycose ont insisté sur la rareté de cette affection en France. Que faut-il penser de cette rareté? M. PONCET en venant rapporter six nouveaux cas observés, par lui, à Lyon, affirme que l'actinomycose est plus fréquente qu'on ne l'a dit. Elle serait aussi fréquente qu'en Suisse, en Italie, etc.; dans l'Allemagne du Sud et en Autriche, cependant, les cas seraient plus nombreux. L'actinomycose doit passer

souvent méconnue en France. M. Poncet insiste sur les difficultés du diagnostic ; ce sont surtout la syphilis et les tumeurs malignes que l'on confond avec l'actinomycose.

Les six cas que M. Poncet a observés, dans le courant de cette année, sont :

1° Un cas d'actinomycose thoraco-pulmonaire, terminée par la mort ;

2° Un cas d'actinomycose du maxillaire supérieur gauche, avec propagation à la voûte du palais et de là à la base du crâne ; l'affection s'est terminée par une méningite mortelle.

3° Un cas d'actinomycose laryngée avec phlegmon cervical profond, qui paraît devoir se terminer aussi par la mort ;

4° Enfin trois cas d'actinomycose faciale temporo-maxilaire, rappelant la forme la plus commune de la maladie.

M. Poncet termine en insistant sur ce fait que l'actinomycose doit être soigneusement recherchée, en s'aidant même du microscope et des cultures, dans toutes les suppurations. Si cette recherche était faite systématiquement, il est certain que l'on trouverait l'actinomycose aussi fréquente en France que dans les autres pays.

— La discussion sur les *tractions rythmées de la langue* chez les nouveau-nés en état de mort apparente, a ensuite commencé par la réponse de M. Laborde à la communication que M. Pinard a faite dans la dernière séance.

Après avoir constaté que ceux, que n'a pas convaincus le grand nombre de succès rapportés jusqu'ici, sont justement ses collègues de la section d'obstétrique, M. Laborde reprend, une à une, les observations faites par M. Pinard, et montre qu'elles ne sont pas à l'abri de toute critique.

Sur les six cas observés par M. Pinard, il n'y en a qu'un où les tractions ont été le seul procédé appliqué. Les autres sont des observations mixtes, où les tractions rythmées de la langue ont été employées concurremment avec d'autres procédés. Dans presque tous, les tractions rythmées n'ont pas été pratiquées avec une persévérance suffisante. D'autre part, avec un si petit nombre de cas, il est impossible à M. Pinard, et c'est lui-même qui l'a dit, de tirer une conclusion définitive.

MM. Guéniot et Pinard maintiennent leur affirmation première : la méthode de M. Laborde est bonne, excellente même, mais elle n'est pas supérieure à l'insufflation, qu'elle ne saurait remplacer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de Chirurgie a tenu, mercredi dernier, sa séance annuelle.

Après un compte rendu des travaux de l'année, par le secrétaire, M. Peyrot, et un discours du président, M. Championnière, M. Monod, le secrétaire général, prononce l'éloge du professeur Léon Lefort.

Le président annonce en terminant, que le prix Duval a été accordé à M. Morestin, et le prix Laborie, à M. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 Janvier 1895

Si le traitement thyroïdien est aujourd'hui en grande faveur, grâce aux merveilleux résultats qu'il donne, il ne faut pas néanmoins qu'il puisse être dangereux.

M. Béclère a déjà insisté au mois d'octobre dernier sur ce fait, que le suc thyroïdien agit comme un poison du cœur, pouvant amener la mort par syncope. On a signalé, en effet, plusieurs cas de mort subite en Angleterre, et quelques faits semblables se seraient même produits dans les hôpitaux de Paris. On ne saurait donc trop surveiller le cœur toutes les fois que l'on prescrit l'ingestion de corps thyroïde. Un singe, que M. Béclère a soumis à ce traitement, est mort au bout de dix jours dans le collapsus.

Le pouls est le meilleur guide, il doit être chaque jour attentivement consulté. Il faut tenir grand compte de sa fréquence et surtout de sa mobilité, de son instabilité. Une précaution très utile, surtout au début du traitement thyroïdien, c'est de prescrire le séjour au lit ou tout au moins le repos à la chambre. Le malade doit éviter tout effort, tout mouvement capable d'augmenter brusquement le travail de son cœur.

Ces précautions devront être continuées pendant les premiers jours après la cessation du traitement, car le suc thyroïdien possède le même pouvoir accumulatif que la digitale, et son action dépressive sur le cœur peut encore se faire sentir plusieurs jours après l'interruption du traitement, ainsi que le démontrent certains cas de mort survenus en Angleterre, chez des malades qui n'ingéraient plus depuis plusieurs jours de corps thyroïde.

L'origine infectieuse des myélites aiguës est à l'ordre du jour. Après avoir rappelé les deux faits communiqués récemment à la Société par M. Rendu, ceux plus anciens de Gilbert et Lion, Thoinot et Masselin, Roger, Bourges, etc., M. Widal donne les résultats qu'il a obtenus avec M. Bezançon, en essayant de produire des *myélites infectieuses à streptocoques* chez le lapin.

Ils ont inoculé cent seize lapins avec les échantillons de quatre-vingt-neuf streptocoques provenant

de sources diverses, et doués des virulences les plus variées. Chez sept animaux se sont développés des phénomènes paralytiques, variables dans leur allure clinique et apparaissant de sept jours à deux mois après l'inoculation; ces accidents se sont toujours terminés par la mort.

Si l'on compare les résultats obtenus par MM. Widal et Bezançon avec ceux qui ont été publiés jusqu'ici, on voit que les myélites expérimentales déterminées chez le lapin par inoculation du streptocoque peuvent se traduire symptomatiquement, soit par des atrophies musculaires à marche progressive (cas de Roger), soit par des paraplégies flasques à marche suraiguë (cas de Bourges, et quatre observations personnelles).

Au point de vue anatomo-pathologique, la moelle, examinée à l'œil nu, ne présente aucune modification appréciable; mais l'examen histologique y décèle dans toute la hauteur des lésions dégénératives diffuses intéressant l'axe gris et les cordons blancs: dégénérescence granuleuse ou colloïde, ou vacuolaire des grandes cellules multipolaires; atrophie ou même disparition totale d'un certain nombre de ces cellules; vaisseaux dilatés, sur certains points, petits infarctus hémorragiques. Dans la substance blanche, les lésions essentiellement diffuses frappent les divers cordons: dégénérescence de la myéline, cylindre axe hypertrophié; quelquefois disparition complète de la myéline et du cylindre axe.

Les myélites expérimentales, causées par le streptocoque, reproduisent donc la plupart des lésions décrites dans la myélite diffuse aiguë, dite spontanée, de l'homme. Il suffit de se reporter à la description donnée par M. Hayem dans son mémoire de 1874, pour juger de l'analogie de la lésion humaine et de la lésion expérimentale.

MM. Widal et Bezançon n'ont pas retrouvé le streptocoque dans la moelle des animaux en expérience (examen des coupes et cultures). Les lésions étaient donc de nature toxique, et résultaient de l'imprégnation des centres nerveux par les substances solubles d'origine microbienne.

L'étude des myélites expérimentales à coli-bacille explique la pathogénie des myélites des urinaires. Cette étude des myélites expérimentales à streptocoques peut aider à comprendre la genèse des myélites aiguës, dites primitives, chez l'homme. Une infection à streptocoque peut, en effet, être assez minime et assez profondément cachée pour passer inaperçue et produire une myélite en apparence spontanée.

— M. Béclère communique un fait d'*empyème pulsatile* intéressant à plusieurs points de vue; c'est là d'abord une affection rare; M. Comby n'en a pu réunir que quarante-sept observations. De plus, il n'y avait chez le malade de M. Béclère ni pneumothorax ni déplacement du cœur. L'absence de déplacement s'explique par une déformation congénitale du thorax. Le malade a, d'après l'expression d'Ebstein, la *poitrine en entonnoir*. Le sternum, en effet, est profondément enfoncé; la distance antéro-postérieure de l'appendice xyphoïde à l'épine dorsale n'est de de 14 cm. 5. Or, d'après Sappey, il faudrait retrancher de cette longueur 9 cm. 3, pour avoir le diamètre antéro-postérieur du médiastin au même niveau. Ce diamètre est donc de 5 ou 6 centimètres; l'étroitesse de cet espace, par lequel passent déjà l'aorte, l'œsophage, n'a pas permis au cœur de se déplacer vers la droite, d'autant plus que l'épanchement repoussait cet organe en avant, de façon qu'il ne pouvait contourner la saillie faite en dedans par le sternum.

On a pu constater, chez le malade de M. Béclère, un fait déjà signalé par Storkes et qui avait été mis en doute par M. Comby: une exagération telle des pulsations thoraciques qu'elles se transmettaient au lit. Il faut remarquer que l'épanchement pleural était ici peu considérable, mais le cœur était immobilisé. C'est là, peut-être, qu'il faut chercher la cause d'une telle force de pulsations.

— Pratiquer un soir une thoracentèse et retirer du pus, faire le lendemain matin, à peu près au même point, la pleurotomie et ne voir couler que de la sérosité, voilà assurément une aventure peu commune. Elle est cependant arrivée récemment à M. Galliard. Chez un malade qui, à la suite d'un accès de coliques hépatiques, avait présenté des phénomènes d'angiocholite, apparurent des signes de pleurésie gauche. Mais c'était une pleurésie cloisonnée. M. Galliard vida un jour par une ponction une poche assez large qui contenait 250 grammes de pus; le lendemain, la pleurotomie, pratiquée au niveau même où la ponction avait été faite, ne donnait d'abord pas une goutte de liquide; l'incision prolongée du côté de la colonne vertébrale ouvrit une poche voisine qui contenait un liquide séreux. M. Galliard propose pour les pleurésies de ce genre, le nom de *polymorphes*.

— MM. Arnozan et Cassaët, de Bordeaux, ont adressé à la Société l'observation d'un fait de *péritonite primitive à pneumocoques* qui vient s'ajouter aux faits semblables, très rares d'ailleurs, qui ont déjà été publiés.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

Le rhumatisme blennorrhagique peut revêtir la forme noueuse. Telle est la conclusion d'une intéressante observation lue par M. Gastou. Il s'agit,

dans ce cas, d'un malade âgé de quarante-quatre ans, qui a eu cinq blennorrhagies en deux ans. Entre la première et la seconde, chancre syphilitique; entre la troisième et la quatrième, poussées d'arthrites sèches très douloureuses des articulations de l'épaule, douleurs interscostales, urticaire. Enfin, en 1890, après la cinquième chaudepisse, le malade se livre à des excès divers, et l'affection débute par une tuméfaction très douloureuse des articulations phalango-phalangiennes des deux mains qui aboutit à une déformation en rave, en radis. En dehors des déformations digitales, le malade se plaint de crampes, de faiblesses dans les membres supérieurs, dont les muscles sont atrophiés partiellement. Il existe, en outre, une anesthésie en plaques sur les mains et les bras. L'ensemble de ces signes, rappelant ce que l'on observe dans les névroses périphériques, ne peut, réserve étant faite pour la syphilis, reconnaître comme cause que les blennorrhagies multiples.

M. Cathelineau a eu occasion d'étudier des accidents provoqués par une teinture pour les cheveux. Dans trois cas où des malades s'étaient présentés pour une éruption siégeant sur la figure ou sur le cuir chevelu, à la suite de l'application d'une teinture destinée à noircir les cheveux, l'analyse a démontré que ces solutions étaient à base de chlorhydrate de paraphénylène diamine. Ce corps a la propriété de se transformer sous l'influence de l'oxygène de l'air ou de l'eau oxygénée, en une substance très irritante, la quinone, qui émet, même à la température ordinaire, des vapeurs dangereuses. Ces accidents consistent en un érythème généralisé de la figure, avec œdème des paupières et formation de croûtelles molles, jaunâtres, impetiginiformes dans le cuir chevelu et les sourcils.

M. Mendel a présenté un homme, syphilitique depuis deux mois, et présentant déjà des lésions de phlébite et de myosite syphilitiques. Dans l'épaisseur du mollet gauche et à sa partie moyenne, la palpation permet de constater l'existence d'une série longitudinale de nodosités dures, douloureuses, mobilisées par la flexion et l'extension du pied. Sur la partie antérieure de la jambe, tout contre la partie moyenne de la crête du tibia, existe une tumeur ovoïde analogue, également mobilisée par la contraction du jambier antérieur. Ces tumeurs sont des gommes musculaires exceptionnellement précoces. En outre, le malade est atteint de phlébite des veines superficielles des membres, lésion sur laquelle M. Mendel a déjà publié un travail. Les saphènes internes, ainsi que les veines du bras et de l'avant-bras, sont transformées en des cordons durs, roulant sous le doigt, et douloureux.

Il nous faut encore citer deux présentations de M. Endlitz. Le premier malade, âgé de seize ans, est atteint de lésions ulcéreuses du front, qui se sont étendues aux ailes du nez et à la lèvre supérieure. Ces lésions, excessivement creuses, ont été précédées d'une nécrose des os du nez qui a entraîné l'effondrement de la base de l'organe et un ozène assez considérable. Les antécédents du malade montrent qu'il s'agit d'une syphilis héréditaire; en effet, sur dix enfants que sa mère a mis au monde, huit sont morts en bas-âge. De plus, il présente les altérations dentaires que la syphilis produit en pareil cas. Ces faits de syphilis héréditaire tardive sont encore trop peu connus, puisque les lésions, dans ce cas, ont été prises pour des altérations scrofuleuses et traitées comme telles dans un grand hôpital de Paris.

Le second malade présenté par M. Endlitz offre tous les caractères de l'infantilisme. Petit de taille, il est absolument imberbe : pas de poils au menton, ni sous les aisselles, ni dans la région pubienne. Les organes génitaux sont complètement atrophiés et les testicules réduits au volume d'un petit haricot. Ce malade, qui a été autrefois soigné par M. le professeur Fournier pour des troubles cérébraux graves, a acquis la syphilis de sa mère, alors qu'il était âgé d'environ deux mois. La syphilis acquise dans la première enfance peut donc déterminer les mêmes troubles dystrophiques que la syphilis héréditaire.

MM. Hallopeau et Le Damany, à propos d'un cas de dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique, formulent les conclusions suivantes : il faut considérer comme l'un des éléments constants et pathognomoniques de cette dermatite les végétations des lésions, ainsi que les altérations pustuleuses et scléreuses de la langue. Les narines peuvent être intéressées et rétrécies par ces saillies végétantes. L'éruption peut être polymorphe et constituée par des éléments bulleux, ainsi que par des vésico-pustules; celles-ci sont toujours les éléments prédominants. La maladie coïncide avec un bon état de la santé générale. On trouve en abondance dans le liquide exsudé le bactérium coli commun; il y est doué d'une grande virulence, et il est possible que parasite soit la cause prochaine des altérations. Cette maladie diffère de la dermatite herpétiforme et du pemphigus végétant.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — Prix de l'année 1893-1894. *Prix Châteauvillard :* 500 fr., à M. Letulle (*L'inflammation*); 500 fr., à MM. Ribemont Dessaignes et Lepage (*Précis d'obstétrique*); 500 fr., à M. Vialet (*Les centres cérébraux de la vision*); 500 fr., à M. Artault (*Recherches bactériologiques, mycologiques, zoologiques et médicales de l'œuf de poule*).

Prix Jeunesse (Hygiène) : 1,000 fr., à M. Théry (*Statistique de la mortalité pour variole en Angleterre*); 500 fr., à M. Onimus (*Recherches sur les variations thermométriques au point de vue de l'hygiène*).

Prix Barbier : 600 fr., à M. Repin (Fils à sutures) ; 200 fr., à M. Sureau (Skiacope-optomètre) ; 200 fr. à M. Lefilliatre (Appareil enregistreur pour tous les tremblements, y compris ceux de la langue).

Prix Monthyon : MM. Sapelier et Vilcourt, internes à la maison de Nanterre.

Prix Bohier : M. Plicque.

Prix Lacaze : M. Thoinot.

— Thèses. *Médaille d'argent :* MM. Teissier, Cazin, Cné nod, du Pasquier, Güyon, H. Martin, Sabouraud, Sottas, Souligoux, Baudron.

Médaille de bronze : MM. Blaise, P. Bonnier, Broca, Brunet, Camus, Cestan, Chassevant, Chipault, Collin, Mme Dluski, Grasset, Lafay, L. Martin, Morax, Morestin, Quevodo, Rouquès, Thiercelin, Pompidor.

Mentions honorables : MM. Barié, Berthelin, Chibret, Contrastin, Dupuy, Escat, Fabre, Guépin, Guitton, Janlin, Journeault, Mme Kalapotakés, Le Moniet, Mergier, Orillard, Picquet, Potier, Tariel, Tollemer, Veslin.

Concours d'agrégation de Médecine. — Questions orales de trois quarts d'heure qui ont été jusqu'ici données : 1° La syphilis rénale ; 2° Du rhumathisme noueux ; 3° Des leucocytoses symptomatiques ; 4° Des épilepsies alcooliques ; 5° De la tuberculose rénale ; 6° Causes, signes et diagnostic des rétrécissements du pylore ; 7° Du délire alcoolique aigu ; 8° Étiologie et diagnostic de la sclérose en plaques ; 9° Syphilis artérielle ; 10° Diagnostic et signification clinique des paralysies des muscles de l'œil ; 11° Troubles trophiques du tabes ; 12° Du zona.

Distinctions honorifiques. — *Officiers de l'Instruction publique :* MM. Barbaud, Beurnier, Blondel, Bouchut, Durand Fardel (R.), Emery Debrousse, méd. princ., Frebault, Mme Gaches Sarrante, R. Grenier, Le Blond, Miquel, De Soyre, Wassermann, de Paris ; Balestre, de Nice ; Bourgeois, de Reims ; Broussin, de Marly-le-Roi ; Bütterlin, de Beaume-les-Dames ; Dubousquet-Laborderie, de Saint-Ouen ; Lecerf, de Valenciennes ; Lécuyer, de Beaurieux ; Marcellin, de Sausse ; Rousselot, de Saint-Dié ; Surre, de Saint-Cloud ; Tachard, de Colombes ; Vendrand, de Villers-Cotterets ; Mairet, doyen de Montpellier.

Officiers d'Académie : MM. Bernard, Boulloche, Brohon, Catrin, méd.-maj., Caudron, Chavane, Colin (A.), Delage, Deléage, Fayès, Froger, Jeannon, Jasiewicz, Jeanton, Klein, Kortz, Kuhn, Lacaille, Lefèvre, Malbec, Marévery, Mesnard-Aron, Perchaux, Richard, Richer, Riocreux, Sailly, Saint-Hilaire, de Paris ; Amirault, de Loudun ; Bach, de Concots ; Bardet, d'Anet ; Billot, méd.-major à Rennes ; Binet du Jassonneix, de Meymac ; Capitrel, de Vimoutiers ; Chaudony, de Mézel ; Chevalerias, de Montembœuf ; Chevallier, de Segré ; Collongues, de Bagnères-de-Bigorre ; Delmas-Marsalet, de Bordeaux ; Doillon, de Vesoul ; Dubarry, de Condom ; Duffours, de Cette ; Dupain, d'Alençon ; Foubert, de Saint-Savinien ; Girat, de Neuvy-Saint-Sépulcre ; Granjon-Rozet, de Saint-Etienne ; Gripouilleau, d'Amboise ; Imbert, de Vendôme ; Lacombe, de Cabarret ; De Lumer, de Perpignan ; Le Breton, de Lussay ; Lutel, de Troyes ; Marty, de Lannéjouls ; Nongin, de Michelet ; Moulinet, de Bourg ; Patron, de Gien ; Picquet, de Châtillon (Ain) ; Plaussu, de Touvet ; Pollet, de Douai ; Puech, de Bozouls ; Ramadier, de Rodez ; Rayer, des Andelys ; Ribard, de Meudon ; Sabaterie, de Arlang ; Sallefranque, de Saint-Maur (Seine) ; Salomon, de Savigné-l'Evêque ; Soula, de Pamiers.

— La médaille d'honneur des épidémies, en or, a été décernée à M. le Dr Mosny, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur, à raison du dévouement dont il a fait preuve au cours des missions qui lui ont été confiées pendant les années 1893 et 1894 dans les départements du Nord et du Finistère.

Tentative de meurtre sur un médecin par un épileptique. — Le 19 janvier dernier, notre confrère le Dr Keroval, médecin de l'asile d'aliénés de Vaucluse, a été victime d'une tentative de meurtre. Pendant qu'il faisait sa visite, un malade de son service, épileptique-alcoolique, s'est approché de lui, dissimulant un couteau qu'il tenait dans la main, et lui en a porté un coup violent dans le flanc gauche. Fort heureusement, un surveillant fit dévier la main du meurtrier, et la lame du couteau ne put pénétrer que d'un centimètre environ.

Le coup avait été dirigé dans la région du cœur ; mais grâce à la dérivation de l'arme, ce sont les parties molles de la région sous-draphragmatique qui ont été intéressées.

Dans les premiers moments, l'abondance de l'hémorragie avait fait craindre une plaie pénétrante de l'abdomen. Par bonheur il n'en était rien : la plaie était superficielle, et une suture put être pratiquée séance tenante.

Nous avons vu notre confrère deux jours après sa blessure ; son état était aussi satisfaisant que possible. Nous pouvons espérer que la cicatrisation de la plaie se fera rapidement et sans accident.

Cette tentative de meurtre paraît avoir été préméditée par le malade. Il s'est en effet servi, pour l'accomplir, d'un couteau dont il avait aiguisé la lame, de façon à la transformer en un véritable poignard.

Nécrologie. — MM. les Drs Delépine (de Pavilly ; Adolphe Giraud et Henri Guillaud (de Lyon) ; Le Monnier, sénateur de la Sarthe ; I. Teilleux, ancien adjoint au maire du Mans ; Gautier (de Collonges) ; Soubie (de Cormery) ; H. Soin et Vetault (de Paris) ; Boursier (A.-P.) et Durodié (J. N.), de Bordeaux, dont les fils continuent la carrière ; Callais (des Mureaux) ; Chantereau (de Saint-Etienne-de-Montluc) ; Daney (de Gujan), décédé à l'âge de quatre-vingt-quinze ans ; Jolicœur (de Reims) et Perrier (de Bellac). Enfin, MM. Builles et Roubaud, élèves de première année à l'Ecole principale du service de santé de la marine, viennent de succomber à l'âge de vingt ans.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Ernest Gaucher : Erythèmes pathogéniques et éruptions médicamenteuses.
II. La bicyclette.
III. L.-G. Richelot : Fibrômes et électricité.
IV. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
V. Revue des travaux français : Chirurgie.
VI. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.

ÉRYTHÈMES PATHOGÉNÉTIQUES

ET ÉRUPTIONS MÉDICAMENTEUSES (1)

Par le Dr Ernest GAUCHER,
professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La dénomination d'érythème pathogénétique appartient à Bazin. C'est lui qui a donné ce nom aux éruptions qu'on observe à la suite des ingestions médicamenteuses. Ces érythèmes sont, en réalité, des *toxidermies*, c'est-à-dire des éruptions causées par l'élimination de substances toxiques, administrées à titre de médicaments.

Rarement ces érythèmes pathogénétiques se présentent sous l'aspect d'érythèmes simples, scarlatiniformes ou rubéoliformes : le plus souvent, à la rougeur érythémateuse vous voyez associées soit des papules, soit des vésicules, soit des bulles, et même quelquefois des pustules. Parfois même, l'éruption pathogénétique devient hémorragique; dans d'autres cas, elle prend le caractère de l'urticaire.

Vous voyez donc que les éruptions médicamenteuses sont des érythèmes polymorphes au premier chef. L'étude de ces éruptions est extrêmement importante, car elle va nous permettre de passer en revue les principales dermatoses qui sont dues à l'ingestion et à l'élimination des médicaments.

Il y a deux facteurs à considérer dans la pathogénie des éruptions médicamenteuses. D'abord, le médicament en lui-même; certains médicaments donnent plus facilement un érythème que d'autres; puis, les doses des médicaments : d'une façon générale, ce sont les doses considérables qui donnent lieu à une éruption secondaire pathogénétique.

Le second facteur est la prédisposition individuelle, ce qu'on a appelé l'idiosyncrasie, prédisposition individuelle qui est, d'ailleurs, parfois singulière, tellement singulière que certains malades ne peuvent supporter la plus petite dose de médicament. Cette idiosyncrasie est souvent sous la dépendance d'une cause inconnue, mais souvent aussi elle tient au défaut de perméabilité du rein. Vous savez que l'élimination des substances étrangères, introduites dans l'organisme, est réglée d'une façon générale par la filtration rénale; c'est principalement par le rein que s'éliminent les substances ingérées à titre de médicaments. Il est donc extrêmement important, avant d'administrer un médicament à un malade, d'examiner ses urines, de voir si elles contiennent de l'albumine, car, s'il en est ainsi, vous devez être très circonspect relativement aux doses que vous prescrirez.

(1) Extrait de l'ouvrage : *Leçons sur les Maladies de la Peau*. Sous presse, à la librairie O. Doin.

LA BICYCLETTE

De toutes les questions d'hygiène qui ont été soulevées depuis vingt ans, il n'en est pas qui ait passionné le corps médical au même degré que celle dont nous allons nous occuper.

Soulevée, en 1893, par le Dr Legendre, au Congrès de l'Association française à Caen (1), elle a été reprise l'année suivante dans le même Congrès, à Besançon, où la section de Pédagogie d'hygiène et de médecine se sont réunies pour la traiter. Elles ont voté les conclusions de M. Legendre, qui condamnaient les sports scolaires. Depuis cette époque, la question a pris plus d'ampleur. Elle a été discutée à l'Académie de Médecine, dans le cours de trois séances (2); elle a été l'objet de très longs débats à la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle (1), La plupart des sociétés savantes de l'étranger l'ont agitée, et maintenant il n'est guère de sujet qui ait été mieux élucidé.

Ce nouveau genre de sport, disons-le tout de suite, a beaucoup gagné à ces discussions scientifiques; il a été, dans le principe, attaqué avec une évidente exagération, et aujourd'hui, c'est tout le contraire. Il a inspiré une telle passion à quelques médecins, qu'ils seraient enclins à le considérer comme une panacée. La vérité, il est inutile de le dire, est entre ces deux extrémités, et il est assez facile de la dégager lorsqu'on la cherche sans parti pris. Nous ne pouvons pas songer à traiter ce sujet à fond dans ce feuilleton; nous nous bornerons donc à aborder les points qui offrent le plus d'intérêt et sur lesquels le débat a surtout porté.

Pour les médecins et les hygiénistes, l'exercice de la bicyclette doit d'abord être envisagé au point de vue de son action sur les grandes fonctions de l'économie.

Il accélère les battements du cœur, comme tous les exer-

(1) Legendre : « De quelques accidents causés par l'abus des exercices sportifs pendant la croissance. » (Séance du 1er août 1893; *Compte rendu de la 22e session de l'Association française pour l'avancement des sciences*, 1re partie, p. 290.)

(2) Académie de Médecine. séances des 11, 18 septembre et 23 octobre 1893.

(1) *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t. XVI, p. 955, 980, 982, 1096; t. XVII, p. 40.

Vous voyez, messieurs, que les dermatoses médicamenteuses sont, en quelque sorte, des éruptions vicariantes, qui suppléent à l'insuffisance rénale; vous les observez dans les cas où le rein ne peut suffire, à lui seul, à éliminer les substances médicamenteuses.

La plus importante peut-être des éruptions médicamenteuses est l'éruption mercurielle, ou *hydrargyrie*. Elle a été étudiée par Alley, en Angleterre, par Rayer, par Bazin et par M. Fournier. C'est là surtout, dans cette éruption, que l'idiosyncrasie joue un grand rôle, idiosyncrasie de nature inconnue et sans lésion rénale. Cette idiocyncrasie fait que les individus, qui en sont atteints, sont également sensibles à l'administration interne du mercure et aux applications externes des préparations mercurielles. C'est ainsi que les pommades mercurielles de toutes espèces, et même les plus simples et les plus innocentes, comme la pommade au calomel, peuvent, chez certains sujets, donner lieu à une éruption extrêmement intense et qui dure quelques jours. J'ai observé récemment un malade de ce genre, après une seule application de pommade au calomel, eut une éruption érythémateuse et eczématiforme qui couvrit presque la moitié du corps. Ce même malade, une fois guéri de son éruption provoquée, prit, pour traiter sa syphilis, deux pilules de sublimé de 1 centigramme chacune, deux pilules seulement, et, dès le lendemain, il avait un érythème scarlatiniforme généralisé, desquamatif, accompagné d'exsudation vésiculeuse avec apparence eczématiforme.

Vous voyez combien la susceptibilité individuelle est quelquefois grande, de sorte qu'ici une question se pose : comment traiter les malades qui présentent une telle sensibilité? Eh bien, il ne faut pas renoncer d'une façon absolue à l'administration du mercure; mais, étant donné que ce mercure est mal toléré, il est vraisemblable qu'à plus petites doses il peut produire chez eux des effets semblables à ceux qui sont produits, chez d'autres malades, avec des doses plus grandes; il faut donc procéder chez eux par des doses d'abord minimes et progressivement croissantes; peu à peu, par accoutumance, vous arriverez à leur donner, je ne dis pas la totalité, mais la moitié et jusqu'aux 2/3 de la dose qu'ils n'auraient pas supportée tout d'abord, et qu'ils finissent par tolérer au bout d'un certain temps.

Quoi qu'il en soit, depuis Alley, on décrit trois formes d'hydrargyrie ou d'érythème mercuriel : 1° une forme bénigne; 2° une forme fébrile plus longue et plus grave; 3° une forme maligne.

La forme bénigne, qui est la plus fréquente heureusement, et que Alley appelait *hydrargyria mitis*, est constituée par un érythème qui siège particulièrement à la partie inférieure de l'abdomen, au niveau des aines, sur le scrotum et à la face interne des cuisses.

Cette rougeur érythémateuse se complique quelquefois de soulèvement de la peau, sous forme de vésicules plus ou moins nombreuses, qui ont été décrites sous le nom d'*eczéma mercuriel*. Cette éruption donne lieu à des démangeaisons très vives, à un sentiment de cuisson plus ou moins prononcé. Elle n'est, d'ailleurs, pas accompagnée de fièvre; elle disparaît rapidement et est suivie d'une desquamation légère.

La seconde forme a été décrite par Alley sous le nom d'*hydrargyria febrilis*, hydrargyrie fébrile; elle

---

cices physiques, et si le professeur J. Teissier faisait sur les professionnels de la pédale les mêmes recherches que sur les coureurs (1), il constaterait des phénomènes analogues, à un beaucoup moindre degré, parce que l'exercice de la bicyclette ne peut pas être assimilé à la course. C'est une marche dans laquelle chaque pas fait franchit un espace de 2m50 mais qui n'a jamais les allures de la course, et ne peut, par conséquent, pas produire les mêmes accidents.

La question a été récemment étudiée, avec beaucoup de soin, en Angleterre. Sir Ward Richardson a communiqué à la Société de Médecine de Londres, le 14 janvier (2), les observations qu'il avait faites sur lui-même, pendant seize années d'exercice, et chez un grand nombre de bicyclistes des deux sexes. Il a constaté, chez tous, que l'usage de la bicyclette a pour effet immédiat d'accélérer les mouvements du cœur, qui atteignent parfois le chiffre de deux cents pulsations par minute; mais au bout d'un certain temps, la circulation se ralentit, tout en demeurant accélérée pendant toute la durée de la course. Jamais il n'a vu de signes de surmenage aigu du cœur, d'essoufflements, de vertiges, ni de douleurs précordiales. Il cite même le cas d'un vélocipédiste qui gravit, avec facilité, les collines quand il est sur sa machine, et qui ne peut pas monter un escalier sans éprouver de la fatigue et des palpitations. Pour lui, l'exercice de la bicyclette ne doit pas être interdit à tous les cardiaques indistinctement. Il peut être utile dans certains cas d'affaiblissement du cœur, comme dans la dégénérescence graisseuse. Mais son abus augmente les dimensions de l'organe, le rend irritable, diminue la résistance des artères et favorise les processus de dégénérescence.

Des phénomènes analogues ont été observés par le Blagevitsch (de Saint-Pétersbourg). Sur cent quatre sujets qu'il a examinés, l'exercice modéré n'a produit que de bons effets sur la circulation; mais après deux ou trois mois de courses exagérées, on a, quelquefois, sous les yeux, le tableau du cœur forcé (1).

(1) J. Teislier, de Lyon: *Mémoire sur le cœur forcé et le surmenage dans les exercices de sport* (lecture à l'Académie de Médecine, séance du 18 décembre 1894).

2) *Semaine médicale*, numéro du 23 janvier 1891, p. 1.

(1) *Influence de la bicyclette*, par le Dr Blagevitsch (thèse de Saint-Pétersbourg, 1894).

succède à la précédente, dans le cas où on n'a pas interrompu à temps le traitement mercuriel, mais elle peut aussi s'établir d'emblée; elle est accompagnée de fièvre, d'embarras gastrique et peut présenter elle-même deux variétés : une *variété localisée* et une *variété généralisée*.

Dans la première variété, l'éruption est plus ou moins étendue, quelquefois très étendue; elle est constituée par des plaques rouges, scarlatiniformes, qui se recouvrent de vésicules et de vésico-pustules, Celles-ci donnent lieu à des croûtes jaunâtres qui ressemblent un peu à celles de l'eczéma impétigineux. Cette éruption provoque une démangeaison et des cuissons plus ou moins vives. Les croûtes tombent au bout de quelques jours, laissent à leur suite une légère desquamation, et tout rentre dans l'ordre.

La seconde variété est l'*hydrargyrie fébrile généralisée*. Elle est constituée par un érythème scarlatiniforme généralisé : c'est, on peut le dire, une des variétés les plus fréquentes de l'érythème mercuriel de cause interne. L'érythème mercuriel de cause interne a été longtemps contesté; cette forme surtout a été longtemps méconnue; elle n'est cependant pas rare, et je vous en ai montré un exemple dans notre dernière conférence à l'hôpital Saint-Louis.

Quoi qu'il en soit, cette forme d'érythème peut envahir toute la surface du corps et même la face, qui est le siège d'un gonflement particulier. Cet érythème généralisé scarlatiniforme est constitué par une rougeur érythémateuse générale qui, comme dans le cas précédent, se recouvre aussi de vésicules, de vésico-pustules et de croûtes.

L'éruption peut envahir la muqueuse de la bouche et celle du pharynx; — elle vous donne tout à fait le tableau de la dermatite exfoliatrice. Elle est suivie d'une desquamation abondante, par larges squames, surtout aux mains et aux pieds, ce qui complète encore sa ressemblance avec cette dernière maladie.

Enfin, messieurs, il y a une troisième forme d'érythème mercuriel, qui n'est que l'exagération de la forme précédente, et qui a été décrite sous le nom d'*hydrargyria maligna*. Cette troisième forme n'est, pour ainsi dire, jamais observée; elle a été surtout vue en Angleterre; elle apparaît dans les cas où on a continué d'une façon intempestive l'usage prolongé du mercure. L'éruption se présente sous la forme d'une rougeur qui devient facilement livide, qui se recouvre également de vésicules, de bulles, comme dans le cas précédent; mais ces vésicules deviennent rapidement purulentes et sanguinolentes. L'éruption est, d'ailleurs, accompagnée d'angine et de stomatite, à tendance gangréneuse, c'est-à-dire de symptômes d'intoxication mercurielle. L'état général est très grave; la température peut atteindre 40 degrés, et le malade succombe, le plus souvent, aux progrès de l'intoxication mercurielle.

Le *traitement* de ces érythèmes mercuriels est bien simple. Il faut d'abord cesser le médicament, appliquer à la surface de la peau des topiques pulvérulents; puis, contre l'intoxication mercurielle elle-même, donner des gargarismes et des potions au chlorate de potasse.

Après l'érythème mercuriel, le plus fréquent des érythèmes pathogénétiques est l'*érythème balsamique;* c'est celui qui succède à l'ingestion de la térébenthine, du copahu, du cubèbe. Il est assez fréquent; il est soumis, comme l'érythème mercu-

---

En résumé, tout démontre, aujourd'hui, que l'usage modéré de la bicyclette n'a aucune influence fâcheuse sur le cœur, chez les individus sains, et qu'il peut même leur être favorable ; mais qu'il est prudent de l'interdire aux cardiaques, surtout lorsqu'ils sont atteints d'insuffisance aortique ou d'affection mitrale non compensée.

C'est, du reste, l'avis qui a été admis par l'Académie de Médecine, à la suite du rapport de M. Hallopeau (1). Nous ferons remarquer, seulement, qu'il n'y a là rien de spécial au vélocipède, que tous les exercices du corps sont également dangereux chez de pareils malades.

L'exercice de la bicyclette est favorable au développement de la respiration; pour le poumon tout est bénéfice, et si n'était le danger des refroidissements, quand le corps est en sueur, on pourrait le permettre même aux jeunes gens menacés par la tuberculose.

Comme tous les exercices de corps, le vélocipède accroit l'intensité des combustions organiques. Il augmente la quantité de l'une et diminue celle de l'acide urique, ainsi que l'a constaté M. Albert Robin (1). A ce titre, il convient à tous les sujets qui ne font pas assez d'exercice, aux gens qui ont trop d'embonpoint, et, surtout à ces jeunes obèses, qu'on ne rencontre qu'à Paris.

On a accusé l'exercice de la bicyclette de ne mettre en action que les membres inférieurs; mais les physiologistes ont démontré le contraire. Le reproche qu'on lui a fait d'incurder la colonne vertébrale n'est pas plus fondé. Il pourrait tout au plus s'appliquer aux professionnels qui passent leur vie sur leur machine, et qui, pour acquérir le summum de vitesse, sont forcés de se pencher fortement en avant. Il pourra chez eux se produire à la longue l'attitude voûtée, le gros dos que M. Lagrange a signalé chez les professeurs de gymnastique qui abusent du trapèze (2); mais ce n'est pas un exercice de quelques heures, dans une attitude naturelle et n'ayant rien de forcé, qui pourra déformer la colonne vertébrale de gens qui ont toute la journée pour se redresser.

(1) Pour la conclusion votée par l'Académie, voir le *Bulletin* du 11 septembre 1894.

(1) Albert Robin : « Action de l'exercice modéré à bicyclette sur l'acide urique et dans un cas d'albuminerie par sclérose rénale. » (*Bulletin de l'Académie de Médecine* du 23 octobre 1894.)

(2) Fernand Lagrange : *Physiologie des exercices du corps*. Paris, 1889, p. 291.

riel, à une sorte d'idiosyncrasie individuelle; mais ce qui est remarquable, c'est que les individus qui ont le plus fréquemment ces érythèmes sont ceux qui supportent le mieux le copahu, ceux qui l'assimilent le mieux, à qui il n'apporte pas de troubles digestifs ni de diarrhée.

Cet érythème peut se présenter sous deux formes : une forme localisée et une forme généralisée. La *forme localisée* est caractérisée par des plaques saillantes, rouges, douloureuses, extrêmement prurigineuses, qui siègent au pourtour des articulations et particulièrement autour des poignets, autour des articulations des mains et des pieds. C'est une éruption très bénigne, qui disparaît au bout de trois ou quatre jours par résolution, laissant seulement une desquamation légère.

La seconde forme d'érythème balsamique est la forme généralisée; dans cette forme, les plaques sont semblables aux précédentes, mais confluentes, de façon à constituer une rougeur presque généralisée à toute la surface du corps. Ces plaques présentent, d'ailleurs, la même coloration rouge, la même saillie et provoquent la même réaction de prurit que celles de la forme localisée. Mais cette éruption généralisée atteint aussi la face, qui est rouge, œdématiée et devient le siège de démangeaisons intenses.

Vous pouvez observer, à la suite de l'ingestion des balsamiques, toutes les formes de l'érythème polymorphe; le plus souvent, ce sont des plaques telles que je viens de vous les décrire; mais, dans d'autres cas, on a noté l'érythème papuleux; quelquefois des soulèvements bulleux; dans quelques cas même, un érythème d'aspect hémorragique; parfois, un érythème ortié. Toutes ces formes sont rares; le plus souvent, ce que vous observez, ce sont ces plaques rouges, saillantes, qui peuvent être considérées comme le type de l'érythème balsamique.

Exceptionnellement, cet érythème peut prendre des allures très graves. J'ai vu cette année, à l'hôpital Saint-Antoine, un cas d'érythème copahique polymorphe, maculo-papulo-bulleux hémorragique, généralisé, avec tendance gangréneuse, accompagné d'hypothermie, de vomissements porracés, de phénomènes hypertoxiques, de délire, etc., et qui se termina par la mort au bout de vingt jours. Le malade avait pris du copahu pendant six jours seulement,

L'érythème balsamique généralisé peut envahir les muqueuses de la bouche et de la gorge; il s'accompagne d'œdème sous-muqueux et donne lieu à des troubles de la déglutition et de la mastication. Il peut envahir aussi la muqueuse du larynx; il gêne alors la respiration et peut occasionner des phénomènes d'œdème de la glotte. Il peut même déterminer de véritables symptômes d'asphyxie. Je me rappelle avoir été appelé près d'un jeune homme, un étudiant en médecine, qui avait absorbé de la térébenthine à dose massive, et qui éprouvait une telle gêne, une telle angoisse respiratoire, qu'il me demanda avec instance de lui faire la trachéotomie. La dyspnée céda, d'ailleurs, assez rapidement à quelques inhalations d'éther.

Parmi les autres substances médicamenteuses qui donnent lieu à des érythèmes pathogénétiques, il faut placer, en première ligne, les préparations iodiques.

Tous les *iodures alcalins* et particulièrement l'iodure de potassium, peuvent provoquer cet érythème.

Lorsque cet exercice a commencé à se répandre, les médecins craignaient que la pression de la région fémorale sur une selle étroite et dure, que les secousses produites par les cahots ne déterminassent des affections des voies urinaires. On avait observé quelques cas d'uréthrite (les docteurs Damain et Mille en ont cité une dizaine de cas à la Société de Médecine publique (1); mais ces accidents sont devenus très rares depuis qu'on a perfectionné la forme des selles, augmenté leur élasticité et garni les roues de pneumatiques. Le fait est qu'on n'en parle plus depuis que tout le monde monte à bicyclette.

Le danger de déterminer des congestions de la prostate chez les vieillards, qui l'ont volumineuse, paraît plus sérieux. Un auteur anglais, le Dr Itreban, a même décrit une congestion chronique de la protaste qu'il attribue à la bicyclette; mais les faits cliniques sont rares, et ce n'est pas une raison pour interdire préventivement cet exercice aux hommes âgés, lorsqu'ils sont bien portants et qu'ils en ont le goût.

L'expérience a prouvé que l'usage du vélocipède était favorable aux rhumatisants, aux goutteux et aux graveleux. Il convient également aux névropathes, aux neurasthéniques, à tous les déséquilibrés. Les autres exercices de corps leur seraient également utiles, mais ils ne s'y livrent pas; tandis que celui-là est très agréable et a tout l'attrait d'un plaisir. Les enthousiastes de la pédale prétendent que rien n'est meilleur pour la guérison des varices et des hémorrhoïdes; mais cela ne nous paraît pas bien démontré.

On se souvient que c'est à propos des enfants que le Dr Legendre a soulevé, au Congrès de Besançon, la question des inconvénients que présentent les exercices sportifs à l'âge de la croissance. Il est certain que les enfants ne savent pas se modérer, lorsque l'amour-propre est en jeu et qu'ils dépassent facilement la mesure de leurs forces; mais cela est vrai de tous les jeux de plein air. La course présente ces inconvénients à un bien plus haut degré, et personne n'aura la pensée d'interdire aux enfants ces exercices salutaires dans la crainte qu'ils n'en abusent. Nous ne croyons même pas qu'il soit pratique aujourd'hui d'exiger une visite médicale avant de permettre l'usage de la bicyclette, comme l'Académie l'a demandé, parce que personne ne se conformerait à cette exigence. Le vélocipède convient

(1) *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1894; t. XVI, p. 93).

L'éruption est, d'ailleurs, accompagnée ou non des autres symptômes d'intoxication iodique, de coryza, de larmoiement, d'angine érythémateuse.

Cet érythème est essentiellement polymorphe; toutes les formes éruptives ont été observées isolément, ou associées les unes aux autres. C'est ainsi qu'on peut voir l'érythème diffus, l'érythème papuleux, l'érythème urticant, l'érythème vésiculeux et bulleux. Dans d'autres cas, ce sont de véritables pustules, résultant de l'inflammation des glandes sébacées et caractérisant l'acné iodique; l'iode s'élimine, en effet, par les glandes sébacées. Ces pustules acnéiques siègent particulièrement à la face et dans le dos. Dans d'autres cas encore, ce sont des pétéchies; celles-ci occupent surtout les membres inférieurs.

Toutes ces éruptions pouvent être observées à la suite de l'ingestion des iodures; mais les formes les plus fréquentes sont l'érythème diffus, l'érythème papuleux, l'acné iodique et le purpura ou les pétéchies. Cette dernière éruption inquiète parfois les malades, bien qu'elle ne présente pas beaucoup de gravité; dans certains cas, il est possible de la faire disparaître ou de prévenir son retour, même en continuant l'usage de l'iodure. Il m'est arrivé de guérir et de prévenir le purpura iodique, en faisant prendre au malade, en même temps que l'iodure, du tannin, sous forme d'extrait de ratanhia. Je vous signale le fait en passant parce qu'il a pour vous une utilité pratique.

L'ingestion des *préparations bromurées* donne lieu également à des éruptions analogues aux précédentes. Vous observez, suivant les cas, soit l'érythème vrai, soit l'érythème papuleux, qui peut, comme dans le cas précédent, se compliquer de vésicules et surtout de pustules, pustules épidermiques simples, ou pustules acnéiques, siégeant dans les follicules sébacés.

Dans d'autres cas, l'éruption va même beaucoup plus loin; elle affecte le caractère de véritables furoncles, qui donnent lieu, par leur ouverture, à des ulcérations soit simples, soit papillomateuses. Celles-ci peuvent persister pendant longtemps et atteindre la santé générale; les toxidermies bromiques comptent certainement parmi les plus graves des éruptions médicamenteuses.

Tous les autres médicaments peuvent donner lieu à des éruptions. C'est ainsi qu'à la suite de l'ingestion de l'*antipyrine* vous pouvez observer des érythèmes, soit un érythème en plaques, qui siège particulièrement sur les membres, soit des érythèmes roséoliforme, rubéoliforme, scarlatiniforme. Tous ces érythèmes se terminent assez rapidement par desquamation.

A la suite de l'administration du *chloral*, vous pouvez aussi observer un érythème, qui se présente sous forme de larges plaques rouges, siégeant sur la face ou sur les membres, rarement d'une rougeur scarlatiniforme généralisée, plus rarement encore d'une éruption hémorragique.

La *quinine* donne lieu d'une façon tout à fait exceptionnelle à des érythèmes. Je vous ai déjà dit que les ouvriers, qui fabriquaient le sulfate de quinine, étaient sujets à des éruptions de cause externe : mais la quinine administrée à l'intérieur, comme médicament, peut aussi donner naissance à des érythèmes. Ceux-ci se présentent surtout sous la forme de roséole et ont été décrits sous le nom de roséole quinique. Cette roséole siège particulièrement à la face et au cou. Il est encore plus rare

---

à tous égards aux enfants des classes aisées, parce qu'il les excite à prendre un exercice salutaire qui développe à la fois la force musculaire et l'adresse.

En est-il de même des femmes? Ici, la question est plus complexe, et pour la traiter en hygiéniste, il faut tout d'abord éliminer la question de moralité et de convenances. Il ne s'agit pas de savoir s'il est décent, s'il est gracieux de voir une femme à califourchon sur cette selle étroite, remuer les jambes avec une activité qui n'est pas habituelle à son sexe; il s'agit de décider si cet exercice est nuisible ou favorable à leur santé. C'est le point qui a été le plus controversé. L'espace nous manque pour le traiter à fond, et nous regrettons d'être obligé de résumer le débat en quelques lignes. Il nous paraît ressortir de la discussion approfondie à laquelle la Société de Médecine publique s'est livrée à ce sujet (1), que l'usage modéré de la bicyclette est un bon exercice pour les femmes bien portantes et chez lesquelles il n'existe pas de troubles des fonctions génitales ni de lésions utérines. Il est bien entendu qu'il doit être interdit à ces dernières, ainsi que pendant la grossesse et la période menstruelle. Les cas d'érotomanie qui ont été observés s'expliquent par des prédispositions individuelles aidées d'une certaine bonne volonté.

L'exercice modéré du vélocipède convient aux jeunes filles anémiques, pâles, nerveuses, mal réglées, vivant dans l'atmosphère confinée et tiède d'appartements trop confortables; il a sur les autres cet avantage d'être attrayant, à la mode, et de se faire accepter avec plaisir, parfois avec enthousiasme.

En somme, la bicyclette, grâce aux perfectionnements dont elle a été l'objet depuis quelques années, est entrée dans nos mœurs. C'est une des créations les plus heureuses de la mécanique contemporaine. Ce n'est plus seulement un moyen de distraction élégant, c'est un outil professionnel. Il rend les plus grands services dans toutes les conditions qui exigent un transport rapide, et il a pris sa place dans les armées. Pour tous ces motifs, il y a lieu de croire que sa vogue ne sera pas éphémère et que son règne n'est pas près de finir.

(1) Séances 24 octobre et 26 décembre 1894 (*Revue d'hygiène*, t. XVI, p. 963, et suivantes; t. XVII, p. 41 et suivantes).

d'observer des érythèmes en plaques ou des érythèmes scarlatiniformes.

L'*acide salicylique* et les *salicylates* provoquent également des éruptions semblables à celles qui sont déterminées par l'antipyrine; c'est surtout un érythème diffus, dans certains cas une roséole ou un érythème scarlatiniforme,

Enfin, d'autres médicaments : la *belladone*, le *stramonium*, la *jusquiame* peuvent, dans un certain nombre de cas, donner lieu à des érythèmes qui sont tantôt simples, tantôt d'aspect scarlatiniforme.

Les préparations d'*opium* et, en particulier, la *morphine*, produisent très rarement des éruptions de même nature. Je n'en ai, pour mon compte, jamais observé aucun cas; mais ces éruptions ont été signalées par un certain nombre d'auteurs. Ce sont tantôt des érythèmes simples, tantôt des érythèmes papuleux, tantôt des érythèmes scarlatiniformes.

L'*arsenic* donne lieu à des érythèmes de toutes formes, tantôt simples, tantôt scarlatiniformes, tantôt papuleux, tantôt même vésiculeux ou bulleux et même pustuleux. Ce sont là des faits rares. Mais il y a une forme spéciale de dermatose due à l'arsenic, forme qui a été décrite autrefois par Imbert-Goubeyre, et ensuite par Bazin. C'est un érythème qui se présente sous forme de taches jaunâtres, de coloration bistre, qui sont semblables aux taches du psoriasis en voie de disparition; si bien que, comme ces taches ont été observées surtout chez des psoriasiques, à qui on avait administré de l'arsenic, certains auteurs ont prétendu qu'on avait pris les éléments psoriasiques eux-mêmes pour des taches pathogénétiques médicamenteuses. Messieurs, il n'en est rien; l'érythème arsenical existe, en dehors du psoriasis. Je me rappelle, pour mon compte, en avoir observé un cas très net à la Charité, chez un malade qui n'était atteint d'aucune affection cutanée psoriasique ou autre, et qui avait pris, pendant longtemps, de l'arsenic, sous forme de granules de Dioscoride. Ce malade, qui était un tuberculeux, présentait, disséminées sur le corps, des taches fauves ou bistres, qu'il était impossible de rattacher à une autre cause que la médication arsenicale.

L'*ergot de seigle* peut aussi donner lieu à un érythème, mais à un érythème de forme tout à fait spéciale et surtout de pronostic tout à fait particulier; car ces plaques rouges érythémateuses, limitées, ne sont que le prélude de la gangrène cutanée et d'une gangrène à marche rapide.

Vous voyez, messieurs, par ces différents exemples, que le diagnostic des éruptions médicamenteuses est ou très facile ou très difficile. Avec les commémoratifs, il est très facile; en l'absence des commémoratifs, il peut être quelquefois insoluble. De sorte qu'en présence d'un érythème polymorphe et, je puis même dire, en présence d'une éruption de nature douteuse, quelle qu'elle soit, il faut toujours vous enquérir des médicaments qu'a pu prendre le malade, pour éclairer votre diagnostic.

Le *traitement* des éruptions pathogénétiques est très simple. Il faut, d'abord, supprimer le médicament, puis donner au malade des évacuants, sous forme de purgatifs et de diurétiques.

Quant au traitement local, il varie selon la forme de la lésion élémentaire et selon l'intensité de cette lésion. Quand la dermatose pathogénétique est très prurigineuse, vous pouvez faire des applications calmantes et émollientes; dans les formes humides, vous vous contenterez d'appliquer simplement des poudres inertes; mais, d'une façon générale, il faut vous méfier des applications de pommades, qui ne font qu'irriter la peau. A toutes les pommades médicamenteuses ou autres, vous ferez bien de préférer, suivant les cas, les poudres inertes ou les lotions émollientes.

FIBROMES ET ÉLECTRICITÉ

Le massage utérin, dont la Société de Chirurgie a dit quelques mots dans une de ses dernières séances, n'est pas la seule pratique dont certains gynécologues font abus. L'électricité, elle aussi, est une arme à deux tranchants, utile entre les mains prudentes, souvent inefficace et quelquefois dangereuse.

Il y a un mois à peine, j'ai dû opérer, pour un fibrôme volumineux, hémorragique, douloureux et à marche progressive, une dame de quarante-quatre ans qui connaissait sa tumeur depuis sept ou huit années, et qui, après bien des traitements illusoires, s'était fait électriser en conscience pendant plusieurs mois. Les pertes n'avaient pas cessé, étaient même devenues continuelles, et l'intervention chirurgicale avait été réclamée en dernière analyse, avant que la malade ne fût moribonde, fort heureusement. L'hystérectomie vaginale, par morcellement, dura une heure, fut absolument régulière, sans accroc d'aucune sorte, et eut les suites les plus bénignes.

Mais grande fut ma surprise quand, trois jours après, le lendemain de l'ablation des pinces, la garde me dit qu'un lavement, administré dans la matinée, était revenu par le vagin; car j'étais bien sûr de n'avoir pas blessé le rectum. La malade m'expliqua tout, en me révélant qu'elle portait depuis quelques mois une fistule vaginale qui ne laissait passer que des gaz. Un jour, pendant les séances d'électricité, un trou s'était fait dans le rectum par la chute d'une eschare. Elle ne m'en avait rien dit, et la fistule

étroite, cachée sans doute par un pli de la muqueuse du cul-de-sac postérieur, m'avait échappé au cours de l'opération. Je me hâte d'ajouter qu'elle n'en est déjà plus incommodée, et que la cicatrice vaginale, qui doit être achevée dans un mois, me paraît en train d'envahir l'orifice anormal immédiatement contigu et de le guérir du même coup.

Je note que ce trou dans le rectum a été fait, non par un débutant ou un maladroit, mais par un des coryphées de l'électrothérapie. Je note aussi que plusieurs faits semblables ont été vus par mes collègues.

Je n'ai nullement l'intention d'en faire un crime, soit à la méthode, soit à ceux qui l'appliquent. D'abord, la chirurgie peut en faire autant : le rectum a été blessé dans l'hystérectomie vaginale ; l'accident m'est arrivé trois fois (1). Ensuite, il est peu grave : chez mes trois malades, la plaie du rectum s'est fermée en quelques jours et en quelques mois. J'ignore si l'eschare produite par le courant peut se faire dans des conditions plus dangereuses.

Seulement, avouez que les deux situations ne se ressemblent pas. Le chirurgien prend une grosse responsabilité, c'est entendu ; il ne doit opérer que les fibrômes en voie d'évolution et menaçants ; quand il le fait, c'est au prix de certains risques. Mais d'autre part, la bénignité de l'hystérectomie vaginale pour fibrômes est aujourd'hui démontrée ; la blessure dont nous parlons n'empêche pas la guérison, et guérit elle-même à peu de frais ; puis la malade est débarrassée de sa tumeur et n'a plus de soucis. Au contraire, l'opérée dont je viens de résumer l'histoire avait eu la blessure au cours d'un long traitement, elle en avait les suites fâcheuses sinon graves, elle conservait ses douleurs, ses pertes et son fibrôme, et elle n'était pas dispensée de recourir à la chirurgie. Quand une méthode veut en supplanter une autre, elle doit racheter ses dangers ou ses inconvénients par une efficacité hors de doute ; la seule excuse de son impuissance relative est une bénignité parfaite.

Encore une fois, je ne conteste pas les bienfaits de l'électricité contre certains fibrômes ; mais je demande qu'on voie, et surtout qu'on dise les choses comme elles sont. Il y a dix ans, les chirurgiens voyaient quelquefois des métrites vierges de traitement ; il est bien rare maintenant qu'une femme nous consulte avant que sa muqueuse utérine ait été écorchée par une ou plusieurs curettes. Ont-elles un fibrôme ? Elles ne viennent guère à nous qu'après électrisation ; et nous en voyons un tel nombre, qu'il faut bien admettre qu'elles ne sont pas toutes guéries. Or, je le répète, « moi qui ne me repens pas d'avoir écrit que l'électricité est le meilleur traitement palliatif des tumeurs fibreuses, moi qui pense que le massage peut faire quelque bien, je consens à n'opérer jamais que des femmes à qui massage et électricité n'auront pas réussi (1) ». Mais au moins, qu'on avoue de temps à autre un insuccès, et surtout qu'on sache s'arrêter. Une de mes récentes opérées, malade depuis deux ans, ballottée successivement entre douze chirurgiens (?) et électriciens, et finissant par voir que tous ces traitements se résumaient pour elle en un gros revers de fortune, avait fui hors de Paris, puis calmée et moins souffrante était venue me demander secours. Je la délivrai de son fibrôme, par la laparotomie, le 27 novembre 1894, et je trouvai une tumeur largement pédiculée sur le fond de l'utérus, entièrement sortie de la paroi, une de ces formes sur lesquelles le courant agit comme sur une pierre. J'ai vu il y a quelques jours une jeune fille de quinze ans dont l'abdomen est rempli par un grand kyste probablement dermoïde, et à laquelle un spécialiste, ignorant sans doute à quel âge apparaissent les fibrômes, a proposé des séances d'électricité. Voilà les faits que je signale et contre lesquels je proteste.

L.-G. Richelot.

(1) L.-G. Richelot : *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses*, p. 27 et 80. Paris, O. Doin, 1894.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Mouvement démographique de la France en 1893. — Réapparition de la grippe. — Transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres. — Bibliographie hygiénique.

Le *Journal Officiel* du 20 janvier publie le rapport adressé au ministre du Commerce sur le mouvement de la population française en 1893, et ce document signale, dans l'état démographique de la France, une légère amélioration que nous accueillons avec joie. Pour la première fois depuis quatre ans, le chiffre des naissances s'est montré supérieur à celui des décès, et ce n'est pas seulement par suite d'une diminution de mortalité que ce résultat avantageux s'est produit, mais par un accroissement réel de la natalité, qui n'avait pas été aussi élevée depuis 1889. Elle a dépassé de 10,825 unités le chiffre de l'année dernière. Pendant les trois années précédentes, l'excédent des décès sur les naissances avait été, en moyenne, de 23,000, par an ; en 1893, nous constatons un excédent en sens inverse de 7,146. C'est bien peu de chose, sans doute, à côté des nations voisines ; mais il n'en faut moins nous réjouir d'avoir fait un pas en arrière dans la triste voie où nous étions engagés. Il faut espérer que ce

(1) *Loc. cit.*, p. 219.

n'est que le commencement d'une série heureuse et que le dénombrement de 1894 nous donnera une satisfaction plus grande encore.

Le chiffre des décès a été inférieur de 8,362 unités à celui de l'année dernière (867,526 au lieu de 875,888). Cela réduit la mortalité de la France à 22.8 pour 1,000, et c'est trop encore pour une nation qui jouit d'une prospérité relative et qui n'a qu'un très petit nombre d'enfants. On sait, en effet, que c'est l'âge qui paie le tribut le plus considérable à la mort.

Les départements qui ont le plus souffert sont ceux de l'Ouest. La Bretagne, le Poitou, la Vendée, ont été particulièrement éprouvés. C'est là que le choléra et la grippe ont sévi de préférence au printemps. Dans le centre de la France, dans la Creuse, le Cher, l'Allier, l'Indre, la mortalité, au contraire, n'a pas dépassé 16 pour 1,000.

— L'état sanitaire du pays continue à être satisfaisant. On ne signale nulle part d'épidémie sérieuse; cependant la grippe vient de reparaître à Pau et dans quelques départements. Ici, elle règne principalement dans les maisons d'éducation, à l'école de la rue des Postes, au lycée Louis-le-Grand, à Montaigne, à Henri IV. On en constate également des cas nombreux en ville. Il y a même eu quelques décès parmi les personnes en vue. Jusqu'ici, toutefois, la maladie offre un caractère assez bénin.

Le *Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale* n'a signalé que six décès dus à la grippe pendant la deuxième semaine et neuf pendant la troisième. Il est vrai qu'il doit s'en dissimuler un certain nombre sous la rubrique de congestion pulmonaire, le nombre des morts attribuées à cette cause ayant notablement augmenté.

Il faut se rappeler d'ailleurs que les allures de la grippe sont insidieuses. Dans l'épidémie qui éclata à la fin de 1889, les premiers cas étaient extrêmement légers, et les médecins s'empressèrent de rassurer la population; mais la gravité augmenta rapidement, et cette épidémie, qu'on regardait d'abord comme bénigne, a fini par causer cinq mille décès à Paris seulement.

Ce ne sont assurément pas les quinze victimes de la grippe qui ont élevé le taux de la mortalité de la ville; elle va cependant en s'accroissant peu à peu depuis trois mois, ce qui prouve que la diminution considérable survenue pendant la période estivale était bien due à la villégiature, comme je le disais dans ma Chronique du 5 janvier.

— Les médecins anglais viennent de découvrir un nouveau mode de transmission de la fièvre typhoïde qui ne manque pas d'originalité; ce n'est du reste qu'une variante de l'étiologie hydraulique. Ce sont les huîtres qu'on accuse, en Angleterre, de donner la maladie. Le *British medical Journal* du 12 janvier 1895 renferme une série d'articles dans lesquels on relate des cas de mort survenus chez des personnes placées dans des conditions d'hygiène parfaites, soucieuses de leur santé et mises à l'abri de toute contamination par leur position sociale. Sir William Broadbent en cite à lui seul une dizaine de cas, dans lesquels on ne pouvait pas invoquer d'autre étiologie. Tous les malades présentaient ce trait commun qu'ils avaient mangé des huîtres. Il a vu plusieurs fois les convives d'un même repas, dans lequel il en avait été consommé, être atteints de fièvre typhoïde grave, une quinzaine de jours après le dîner fait en commun, bien qu'ils n'habitassent pas ensemble.

Les médecins anglais ont recherché, tout naturellement, comment les huîtres peuvent devenir une cause d'intoxication typhique, et ils croient en avoir trouvé l'explication dans cette coutume singulière, mais assez répandue en Angleterre, comme en Amérique, et qui consiste à parquer pendant quelque temps les huîtres dans l'eau courante ou dans des étangs, afin de les engraisser et d'atténuer leur goût salin. On conçoit que ces eaux douces peuvent contenir des germes typhiques et les communiquer aux huîtres qui y sont plongées.

L'explication et le fait me paraissent également suspects. La question, d'ailleurs, ne nous intéresse pas; nous n'avons pas, en France, le mauvais goût de dépayser nos huîtres pour leur ôter la saveur marine qui en fait le prix, et nous les laissons séjourner dans nos parcs jusqu'au moment de la consommation.

— Parmi les ouvrages relatifs à l'hygiène qui ont été envoyés au journal, depuis le commencement de l'année, nous devons une mention spéciale à celui de M. le docteur C. Delvaille (de Bayonne); il a pour titre : *L'Hygiène et l'Assistance publiques; l'Organisation et l'Hygiène scolaires*. L'auteur en a recueilli les matériaux dans le cours d'une mission en Belgique et en Hollande, qui lui a été donnée en 1893 par le ministre de l'Intérieur. C'est une étude très complète de l'organisation de l'hygiène dans ces deux pays; elle prouve que nos voisins sont plus avancés que nous sous quelques rapports et que nous pourrions avec avantage leur faire plus d'un emprunt.

Signalons, en terminant cet article, l'apparition du premier numéro du *Compte rendu des séances du Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité du département de la Seine*, dont nous avons annoncé la fondation dans une de nos précédentes Chroniques. Ce recueil paraissant tous les quinze jours, chaque numéro rendra compte de ce qui se sera passé dans

la séance précédente du Conseil, et tiendra ainsi les médecins au courant des solutions données aux problèmes si nombreux et si variés qui sont soumis à son examen. JULES ROCHARD.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS

CHIRURGIE

Nouveaux essais de topographie crânio-encéphalique, par le professeur E. MASSE (de Bordeaux), et le docteur J. WOOLONGHAN.

Nous signalons avec plaisir ce mémoire, lu au Congrès de Rome 1894, et dont les auteurs, fort au courant de toutes les recherches de topographie crânio-encéphalique, protestent contre l'opinion des chirurgiens qui semblent, disent-ils, vouloir jeter un certain discrédit sur elles et nier, dans une certaine mesure, l'intérêt qu'il y a à connaître exactement les rapports du crâne et du cerveau, qui préconisent un peu trop les larges trépanations, et par suite négligent les méthodes destinées à déterminer avec une grande précision la position des centres de localisation cérébrale.

La méthode qu'ils proposent se distingue de toutes les autres, en ce qu'elle est basée sur les notions anatomiques les plus positives, sur l'auto-gravure; elle tient compte de l'indice céphalique et elle ne nécessite que des mensurations faciles à prendre sur la tête. Ces mensurations faites, grâce au nouveau procédé qu'ils décrivent, on arrive, sans constructions géométriques compliquées, sans élever des séries de perpendiculaires ni mesurer des angles, à tracer sur l'ovoïde crânien les lignes sylviennes et rolandiques.

Pour retrouver sur la boite crânienne, recouverte de son cuir chevelu, les régions de l'encéphale sur lesquelles on désire porter une action chirurgicale, MM. Masse et Woolonghan établissent tout d'abord sur cet hémisphère un *méridien* médian antéro-postérieur et un *équateur* horizontal. Ils ont imaginé un petit appareil très simple, composé d'une courroie horizontale qui, partant de la région inter-sourcilière, se place un peu au-dessus de l'attache crânienne du pavillon de l'oreille, et sur laquelle glissent deux coulisses portant une lame d'acier flexible. La lame d'acier représente le méridien crânien, la courroie horizontale représente l'équateur.

Nous ne saurions développer ici, de manière à la faire bien comprendre, l'idée fondamentale de la méthode, à savoir que « les sillons de Rolando et de Sylvien occupent une situation toujours proportionnellement la même, relativement aux grands diamètres de la tête ». Nous ne pouvons suivre les auteurs à travers leur étude des hydropisies encéphalo-rachidiennes et de la topographie crânio-encéphalique, appliquée à la chirurgie des ventricules latéraux. Il nous suffit d'avoir attiré l'attention sur des recherches neuves et précises, dénotant une connaissance approfondie de la question traitée, et d'en avoir conseillé la lecture.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 janvier 1895

Dans un rapport qu'il présente à l'Académie sur un fait d'*anévrysme de la sous-clavière*, récemment communiqué par M. Monod, M. BERGER étudie quelques particularités des anévrysmes des grosses artères de la base du cou.

Dans le cas de M. Monod, la tumeur faisait saillie au niveau de la région sus-claviculaire droite; *le pouls radial de ce côté n'était pas modifié, et la compression de la carotide primitive droite diminuait les battements de la tumeur*. Il y avait là de quoi rendre le diagnostic hésitant et faire admettre que l'anévrysme n'était pas limité à la troisième portion de la sous-clavière, mais s'étendait profondément dans le thorax. C'est, en effet, ce que démontra l'opération. Le mode thérapeutique dès lors le seul admissible était la ligature entre le sac et la périphérie, suivant la méthode de Brasdor. M. Monod lia la sous-clavière, puis la carotide primitive. Bientôt après le malade pouvait être regardé comme guéri, au moins momentanément.

Les caractères du pouls radial ont, dans les cas analogues, une très grande valeur diagnostique. Comme Fr. Franck l'a démontré, les anévrysmes du tronc brachio-céphalique peuvent n'apporter aucune modification du pouls; quelquefois même celui-ci se trouve exagéré par suite de troubles vaso-moteurs dus à la compression des nerfs. Au contraire, dans les anévrysmes de l'artère sous-clavière, le pouls radial est toujours diminué. De plus, toutes les fois que la compression de la carotide diminue les battements de la tumeur anévrysmale, on peut affirmer que le tronc brachio-céphalique est en cause. Toutes ces particularités, sur lesquelles insiste M. Berger, peuvent jeter quelque clarté sur le diagnostic toujours si difficile des anévrysmes des artères de la base du cou.

Au point de vue thérapeutique, la méthode à employer pour les anévrysmes du tronc bachio-céphalique est celle de Brasdor. La statistique de Wharton (42 cas, 12 guérisons, 4 améliorations et 16 résultats nuls ou fâcheux) et celle plus récente de Walther (12 guérisons et 2 morts) en sont une preuve. La ligature entre le sac et le cœur, d'après la méthode de Hunter, est difficilement applicable, même après résection d'une partie du sternum, et la mort est la terminaison ordinaire d'une telle thérapeutique. Pour les anévrysmes de la sous-clavière elle-même, la méthode de Brasdor, au contraire, est inférieure à celle de Hunter.

La seule différence est donc de bien limiter l'anévrysme est de connaître exactement son siège. M. Le Dentu insiste, lui aussi, sur l'indécision dans laquelle on se trouve souvent en face d'un cas semblable; il cite plusieurs faits plus ou moins analogues à celui de M. Monod; dans l'un d'eux il pensait avoir affaire à un anévrysme de la sous-clavière avec propagation possible au tronc bachio-céphalique; il tomba sur une poche qui s'étendait trop profondément pour que l'extrémité pût en être atteinte, tandis que d'un autre côté l'anévrysme s'étendait jusqu'à l'artère vertébrale et s'engageait avec elle dans le canal vertébral.

— Nous avons fait remarquer, à propos de la note de M. Babès réclamant la priorité de la découverte du principe de la sérothérapie (1), que MM. Richet et Héricourt étaient eux aussi fondés, et plus fondés même que M. Babès, à réclamer cette priorité. Dans une note lue par M. Landouzy, ces auteurs viennent aujourd'hui faire valoir leurs droits, en rappelant leurs travaux sur l'immunisation des lapins contre le staphylococcus pyosepticus, travaux qui datent de 1888 et qui ont été communiqués à l'Académie des Sciences le 5 novembre de cette même année.

— M. Landouzy lit ensuite une note de M. de Brun (de Beyrouth) sur le *pneumo-paludisme du sommet*. C'est la description complète de ces phénomènes de condensation limitée au sommet du poumon chez les paludéens, et que M. de Brun avait déjà signalés au dernier Congrès de la Tuberculose. Ce pneumo-paludisme peut se présenter sous deux formes, l'une aiguë, qui peut ne durer que quelques jours, et qui correspond à de la congestion simple; l'autre chronique, aboutissant à la carnification et à la sclérose du sommet atteint. Il est intéressant de remarquer qu'on ne trouve là ni bacille de Koch, ni pneumocoque, ni streptocoque, ni staphylocoque; il s'agit probablement d'une action directe du germe paludéen.

L'exagération des vibrations thoraciques, la matité, la résistance au doigt, le souffle tubulaire d'intensité variable, l'absence des râles, l'intégrité constante de la plèvre, tels sont les signes principaux de l'affection. Ils suffisent, avec la notion d'un paludisme ancien et tous les accidents classiques que présentent les malades, à faire faire le diagnostic. C'est avec la tuberculose qu'on confondrait le plus aisément le pneumo-paludisme, mais les caractères différentiels des deux affections sont bien nets, et l'erreur ne pourrait être de longue durée. Le traitement consiste dans l'emploi de la quinine et de l'arsenic.

— A la fin de la séance, M. Pozzi a présenté un petit garçon de cinq ans qui était atteint d'épispadias, l'orifice uréthral siégeant au-dessous même du pubis, et qu'il a opéré suivant la méthode de Thiersch. M. Pozzi insiste sur les avantages de cette méthode, bien qu'elle nécessite plusieurs temps opératoires. L'établissement d'une fistule périnéale temporaire est capitale pour dériver l'urine qui, sans cela, irrite les sutures. Le temps principal consiste dans la reconstitution du fourreau de la verge à l'aide de deux lambeaux péniens superposés. Plusieurs temps complémentaires perfectionnent le résultat final : réfection d'un méat urinaire; oblitération de l'orifice sous-pubien; reconstitution d'un prépuce complet. Dans le cas de M. Pozzi, le succès est parfait et l'incontinence d'urine qui existait avant l'opération tend à disparaître.

— La valeur diagnostique des *adénopathies sus-claviculaires* a souvent été mise en question. L'existence du ganglion sus-claviculaire gauche apporte un appoint important au diagnostic de cancer abdominal et surtout de cancer de l'estomac. M. Fernet a cependant déjà fait remarquer que la tuberculose pouvait entraîner la production d'adénopathies cervicales analogues à celles du cancer. M. Catrin en a présenté un fait démonstratif l'année dernière. C'est un fait de ce genre que M. Girode a récemment observé. Chez une femme de quarante-six ans, présentant des troubles gastriques, du subictère avec selles décolorées, un foie volumineux, irrégulier, de l'ascite, apparaît un ganglion dans la région sus-claviculaire gauche. On pouvait penser qu'il s'agissait d'un cancer abdominal. Le ganglion fut enlevé; or, l'examen microscopique et les inoculations démontrèrent que c'était un ganglion tuberculeux. La malade ne tarda pas d'ailleurs à succomber, et, à l'autopsie, on constata une cirrhose hypertrophique, non tuberculeuse, et dans le poumon gauche, une symphyse pleurale ancienne avec masses caséeuses au sommet entourées de granulations récentes.

Dans un second cas que rapporte M. Girode, et dans lequel il s'agissait bien cette fois de cancer de l'estomac, le ganglion sus-claviculaire exerça une influence sur le pronostic, puisque ce ganglion, devenu très rapidement volumineux et douloureux, provoqua de l'engourdissement, puis de l'œdème du membre supérieur gauche; il était intéressant de signaler que l'adénopathie avait pu causer de la compression et peut-être de la phlébite de la veine sous-clavière.

— La *pénétration de la bile dans les kystes du foie* amène ordinairement la mort des hydatides et la guérison de la tumeur. Le fait que communique M. Galliard prouve cependant qu'il n'en est pas toujours ainsi. Un homme de quarante-et-un ans entre à l'hôpital pour un kyste hydratique du foie. M. Gi-

(1) Voir l'*Union médicale* du 12 janvier 1895.

rode, qui soigna d'abord le malade, fit une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz et confirma ainsi le diagnostic. Quelques jours après, M. Galliard, succédant à M. Girode, pratique une ponction évacuatrice qui donne 700 grammes de liquide brun-verdâtre, épais, fortement chargé de bile, et fit suivre cette ponction d'une injection de 15 grammes de liqueur de Van Swieten. Huit jours après, le liquide s'était reproduit; nouvelle ponction donnant 700 grammes de liquide; nouvelle injection de liqueur de Van Swieten. Une troisième ponction, bientôt nécessaire, donna issue à un litre du même liquide bilieux. Ce kyste n'avait donc aucune tendance à la rétraction, bien qu'il fût envahi par la bile. On proposa au malade une intervention chirurgicale, mais il la refusa et sortit de l'hôpital.

Une particularité intéressante de l'histoire de ce malade, c'est qu'après la ponction exploratrice pratiquée par M. Girode avec la seringue de Pravaz, il se produisit un affaissement considérable du kyste, hors de proportion avec la faible quantité de liquide soustrait.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Mercredi dernier a eu lieu le changement de bureau, avec les formalités habituelles. M. Championnière a remis la présidence à M. Th. Anger, et après les allocutions d'usage, la Société a repris ses travaux.

C'est pour répondre à M. Chaput que M. Berger prend la parole et rappelle le point de départ de la discussion. A propos du cas de M. Rochard, M. Chaput, nous dit M. Berger, a cru élargir le débat en étendant ses considérations et a confondu le traitement des plaies de l'abdomen par instruments tranchants avec celui des plaies par balles de revolver; il a cité des statistiques un peu arrangées, et de cette façon s'est placé sur un terrain peu solide. De plus, ajoute le professeur de la Pitié, M. Chaput m'a un peu mis en cause et a fait croire que d'après ma doctrine, M. Rochard n'aurait pas dû intervenir. Il n'en est rien : il n'a jamais dit qu'il fallait s'abstenir dans les plaies du cœcum, pas plus qu'il n'a émis des opinions formelles sur le traitement de ce genre de lésions. Au contraire, il estime qu'il faut s'abstenir de toute idée préconçue et laisser de côté les règles toutes faites.

Reprenant l'argumentation de M. Chaput, M. Berger pense qu'on a tort de dire qu'il n'existe aucun symptôme susceptible de guider le chirurgien en temps opportun. Certes il n'y a pas de signes certains, si ce n'est la péritonite septique, et alors il est trop tard; mais la sensibilité plus ou moins étendue du ventre, la fréquence du pouls, le bruit hydroaérique, l'anxiété du malade, sa façon de parler sont des signes suffisants pour guider la conduite du chirurgien.

Ce sont là, il est vrai, des présomptions; mais encore sont-elles nécessaires pour intervenir, et tous les chirurgiens ne se guident que sur elles. Ce qui fait qu'on divise ceux-ci en abstentionnistes et en interventionistes, ce n'est pas la conduite thérapeutique qui serait la même en face du même malade; c'est l'interprétation des signes reconnus qui pour les uns auraient une grande valeur et agissent alors, se basant sur des symptômes; et qui, pour les autres, n'en ont pas, et qui sont alors censés intervenir sans s'appuyer sur eux.

— M. Berger, pour sa part, quoi qu'en dise M. Chaput, n'est pas abstentioniste, et la preuve c'est qu'on peut retrouver dans les bulletins de la Société deux malades laparotomisés et guéris par lui : l'un avait une plaie du cœcum; l'autre une plaie de l'intestin grêle; et de plus tous les malades chez lesquels il s'est abstenu, ont parfaitement guéri, ce qui prouve que leurs lésions ne réclamaient pas l'opération.

Il ne faut pas généraliser d'après un fait et M. Berger cite l'exemple d'un homme qui, ayant reçu un coup de couteau dans l'hypochondre gauche, avait un hémothorax et des signes abdominaux, tels que de la douleur et un certain degré de tympanisme local; mais comme le patient n'avait eu qu'un seul vomissement alimentaire sans hématémèse, il écarta l'idée d'une perforation stomacale pour faire le diagnostic de perforation du diaphragme avec épanchement d'un peu d'air dans la cavité abdominale; il s'abstint et le malade guérit fort bien.

Il faut donc se méfier des règles toutes faites et se rappeler qu'on n'opère pas toujours dans les hôpitaux de Paris. Il faut aussi éviter de présenter au public médical des opérations trop compliquées nécessitant un outillage complexe, car tout praticien peut être appelé, demain, à traiter chirurgicalement une plaie de l'abdomen et il faut le faire à peu de frais avec une instrumentation restreinte pourvu qu'on soit sûr de son antisepsie.

— C'est aussi l'avis de M. Kirmisson qui combat l'incision faite de l'appendice xyphoïde au pubis, le dévidement obligé de toute la masse intestinale et qui estime, contrairement à M. Chaput, qu'une incision sur les parties latérales de l'abdomen n'expose pas plus à l'éventration que la laparotomie sur la ligne blanche.

M. Nélaton partage l'avis de M. Chaput. On doit opérer sans symptôme, si on a la moindre présomption de perforation. Il a fait la laparotomie exploratrice, n'a rien trouvé, a refermé le ventre et recommencerait, car il estime qu'il faut une règle unique : ou intervenir dans tous les cas ou s'abstenir

toujours. Pour lui, il ne faut pas hésiter à faire l'incision de toute la ligne blanche et à mettre le paquet intestinal dans une *nappe* aseptique ; on a ainsi plus de facilité pour retrouver les perforations et les fermer et, ce qui a l'air paradoxal, moins de difficultés à rentrer la masse intestinale.

M. Reclus prend ensuite la parole. Il voulait, nous dit-il, laisser encore sommeiller la question ; mais il ne peut pas ne pas répondre aux attaques nombreuses dont il est l'objet. Il n'a jamais dit qu'une plaie de l'intestin, par un instrument tranchant, était négligeable, mais seulement moins dangereuse qu'une plaie par balle de revolver. Il sert, ajoute-t-il, de tête de Turc, quand on parle du bouchon muqueux ; mais si certains de ses confrères ne l'ont pas observé, il l'a vu, lui. Ce bouchon peut être septique, mais pas suffisamment pour donner une péritonite généralisée, il se borne seulement à provoquer des adhérences, il cause quelquefois un tout petit abcès, comme il a pu le constater chez le chien. L'orateur attaque ensuite les statistiques de M. Chaput et fait, nous dit-il, amende honorable. Il est devenu plus interventioniste car les choses ont changé depuis cinq à six ans, les services sont mieux outillés et mieux disposés pour ce genre d'interventions, jusqu'ici, il a toujours eu des insuccès dans ce genre d'opérations ; cela tient à ce qu'il a opéré trop tard. Quoi qu'il en soit, les statistiques de M. Chaput sont trop consolantes et pourraient entraîner à des conséquences fâcheuses.

La séance se termine par une communication de M. Peugniez (d'Amiens) sur le traitement des hernies gangrénées.

— Puis M. Félizet présente une petite malade qui lui fut apportée comme atteinte de phlegmon du cou. Il l'incisa et enleva un sequestre qui n'était autre que la clavicule nécrosée en totalité par une ostéomyélite.

M. Schwartz présente un manœuvrier, chez lequel il a pratiqué la suture de l'olécrâne pour fracture de cet os. Le résultat est parfait. Eug. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 Janvier 1895

La récente communication de M. Marie sur *l'hyperglobulie* dans la *cyanose congénitale*, amène aujourd'hui à la tribune M. Widal, qui vient lire tout d'abord une note de M. Vaquez, dont le nom a été plusieurs fois prononcé à propos de cette question. Le malade qui faisait le sujet de sa communication en 1892 et qui était atteint de cyanose et d'hyperglobulie, est mort au mois de janvier 1893, d'une tuberculose aiguë granuleuse contractée probablement à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva en outre un foie et une rate volumineux. L'hypothèse de lésion congénitale du cœur que M. Waquez avait émise, et qui ne reposait d'ailleurs sur aucun signe sthétoscopique certain, ne se trouva pas vérifiée ; le cœur était normalement développé. Aucune explication plausible ne peut donc rendre compte des phénomènes observés. Il en est de même, semble-t-il, du fait que rapporte ensuite M. Widal et qui a trait à un malade présentant de la cyanose, une hyperglobulie assez marquée et une splénomégalie, avec chiffre normal des globules blancs. A l'autopsie de ce malade, le cœur fut trouvé absolument sain. Les faits que communique ensuite M. Variot sont plus classiques. Dans un cas qu'il observa avec M. Richardière, il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans atteint de rétrécissement de l'artère pulmonaire et de cyanose congénitale avec pied-bot et malformation de l'oreille. La numération des globules, faite pendant huit jours, donna une moyenne supérieure à six millions. Dans trois autres cas, ayant trait à de jeunes enfants, la cyanose était liée à des malformations cardiaques manifestes et s'accompagnait aussi d'hyperglobulie. M. Variot insiste sur ce fait que la teinte cyanotique des malades est due à l'hyperglobulie et à l'hyperhémoglobinémie, d'autant plus que le sang, pauvre en oxygène, prend l'aspect de sang veineux.

— M. Widal a mis en relief, dans une communication sur la production de *myélites aiguës expérimentales*, ce fait important qu'il n'a pas retrouvé de streptocoques dans la moelle des animaux en expérience. Chez un malade qui fut pris de phénomènes de paralysie ascendante aiguë, a laquelle il succomba en trois jours, MM. Œttinger et Marinesco trouvèrent cependant des streptocoques en très grand nombre dans la moelle. Ce fait démontre que la myélite qui complique parfois la variole peut être due à ce micro-organisme d'infection secondaire ; c'est, d'autre part, ainsi que le fait remarquer M. Marie, une nouvelle preuve que la paralysie ascendante aiguë n'est pas une polynévrite, comme le veulent certains auteurs, Leyden en particulier, mais bien une myélite.

H. Richardière et Fournier.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.

N° 6. L'UNION MÉDICALE 9 Février 1895.

SOMMAIRE

I. Aimé Guinard : Traitement des hernies gangrenées (procédé de l'invagination.)
II. Étiologie du goitre exophthalmique.
III. Revue de laryngologie et d'otologie.
IV. Revue des travaux français : Chirurgie.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine 2° Société de Chirurgie ; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VI. Revue de la Société de Biologie.
VII. Échos et nouvelles.

TRAITEMENT DES HERNIES GANGRENÉES

(PROCÉDÉ DE L'INVAGINATION)

Par le Dr Aimé GUINARD, chirurgien des hôpitaux.

Je viens d'être appelé par les hasards de la clinique, a donner des soins à deux femmes atteintes de hernie étranglée avec sphacèle. Dans ces deux cas, j'ai suivi une pratique qui m'a donné un excellent résultat, et c'est sur cette pratique qui doit être vulgarisée et devenir de chirurgie usuelle, que je désire appeler l'attention.

I

Il s'agit d'un procédé de cure radicale de la gangrène herniaire, qui permet d'éviter les deux opérations classiques de l'anus contre nature et de la résection intestinale suivie d'entérorraphie. Ces deux opérations ont l'une et l'autre de tels inconvénients, qu'on est autorisé à tout tenter pour les remplacer, à condition, bien entendu, que la nouvelle intervention proposée satisfasse aux conditions voulues. Les termes du problème sont faciles à établir : il suffit de préciser les dangers de ces interventions. Pour l'anus contre nature, il est évident que c'est une opération à ne faire que lorsqu'on ne peut pas en pratiquer d'autre. On laisse au malade une véritable infirmité dégoûtante, et on est obligé de recourir ultérieurement à de nouvelles interventions plus ou moins périlleuses, pour rétablir le cours normal des matières. Il faut dire aussi que le malade à qui on a laissé un anus inguino-crural est exposé à bien des dangers : les phlegmons, les lymphangites, les phlébites, la septicémie, etc., viennent assez souvent mettre l'opéré en péril. Ajoutons enfin qu'on ne doit pas compter sur la guérison spontanée de l'anus artificiel qui est tout à fait exceptionnelle ; et les opérations destinées à la cure définitive sont loin d'être toujours innocentes. On ne s'étonne pas en présence de ce tableau qu'on se sente instinctivement poussé à traiter les hernies sphacélées par la résection de l'anse malade et par l'entérorraphie. C'est là une opération radicale et brillante qu'on peut appeler idéale. Mais je dirai, en quelques mots, qu'il ne faut pas se faire illusion sur ce mode d'intervention. Il est radical, c'est vrai : mais s'il n'expose pas le malade à des complications tardives et à des opérations ultérieures plus ou moins graves, comme l'anus contre nature, il faut bien reconnaître qu'il est d'une exécution longue et minutieuse. Et comme il s'agit toujours d'un malade profondément infecté, en état d'infériorité de résistance notoire, incapable d'affronter un shock traumatique considérable, il faut absolument tenir compte de cet état général grave et éviter toute opération que le malade serait incapable de supporter. Aussi ai-je pu, dans un récent mémoire (voir le *Bulletin de thérapeutique*, 30 nov. et 15 déc. 1894), formuler les deux conclusions suivantes :

I. Toutes les fois que la gangrène sera très étendue et occupera une anse entière, on étudiera avec soin l'état général du malade, et comme ces cas-là s'accompagnent ordinairement d'accidents infectieux graves, de collapsus, etc., c'est à l'intervention minima, c'est-à-dire à l'anus contre nature qu'il faut avoir recours, ou au procédé mixte de Bouilly, qui en dérive.

II. Il ne faut pratiquer l'excision de l'anse sphacélée et l'entérorraphie, que lorsque — par hasard — on intervient assez tôt pour que l'infection générale n'ait pas encore déprimé profondément le malade. Cette opération doit donc être une intervention d'exception.

II

Entre ces deux opérations extrêmes, je donne une place considérable à un procédé ingénieux qui peut s'appeler le procédé du « tout à l'égout ». Il consiste, lorsqu'on a affaire, par exemple, à une plaque de gangrène à refouler dans l'intérieur du canal intestinal les parties malades, et à faire par dessus une double rangée de sutures séro-séreuses à la soie ; de cette façon les parties mortifiées sont « enterrées » sous une suture solide, et font saillie dans l'intérieur de l'intestin comme une énorme valvule conniventе. Au bout de deux ou trois jours, ces parties se détachent spontanément et sont éliminées par les voies naturelles. C'est là une opération d'une facilité remarquable, et qui présente les avantages de l'anus contre nature et de la résection intestinale, sans avoir les inconvénients de l'une et de l'autre de ces interventions. C'est en effet une cure radicale comme l'entérorraphie, et une opération qui ne s'accompagne pas de shock comme l'anus contre nature. Je ne veux pas revenir dans cet article sur l'historique de ce procédé ; je me suis étendu longuement sur ce sujet dans le

mémoire cité plus haut. Je rappelle seulement qu'il a été mis en pratique par M. le Dr Martinet, de Sainte-Foy-la-Grande, en novembre 1893, puis, sur les indications de ce dernier, par M. le Dr Piéchaud, de Bordeaux. Le 14 mars 1894, M. Chaput a fait un rapport sur ces observations à la Société de Chirurgie, et a insisté sur ce fait que ce procédé n'a rien d'original.

« Il s'agit, dit-il, d'une manœuvre qui est entrée dans la pratique de presque tous les chirurgiens quand ils se trouvent en présence d'une perforation immminente de l'intestin. »

Je crois avoir démontré par des citations nombreuses que ce n'est pas là de la chirurgie courante. Ce qu'il y a d'original, ce n'est pas d'avoir inventé le procédé, mais c'est de l'avoir appliqué à des lésions étendues de l'intestin. Pour en donner une idée, je dirai qu'il ne s'agit pas dans mes deux observations et dans celles de MM. Martinet et Piéchaud, toutes les quatre suivies d'ailleurs de guérison, « d'une simple perforation de l'intestin ». Dans celle de M. Piéchaud, la plaque sphacélée avait deux centimètres sur un centimètre; dans celle de M. Martinet, l'eschare avait *neuf centimètres* de long sur deux de large; chez mon premier malade, il y avait une gangrène circulaire de l'intestin de deux millimètres de large, et pour enfouir cet anneau de gangrène sous un double plan de suture séro-séreuses, j'avais dû constituer à l'intérieur de l'intestin un véritable diaphragme d'instrument optique : dans ma seconde observation, il s'agissait d'une plaque de sphacèle de l'étendue d'une pièce de deux francs. Je le répète, voilà, selon moi, le grand mérite de M. Martinet, c'est de nous avoir montré que cette opération, si simple et si innocente, peut s'appliquer à des sphacèles aussi étendus. Enfin, et c'est pour cela que j'écris cet article, j'ai tâché d'aller encore plus avant dans cette voie, et d'appliquer ce procédé du tout à l'égout, ce procédé de Martinet, à des gangrènes herniaires comprenant une anse entière.

III

Je ne peux donner encore de résultats positifs; mais je désire prendre date. Un de mes élèves a choisi cette étude comme sujet de sa thèse inaugurale : et nous avons entrepris, sur le cadavre et sur des chiens, des expériences dont je pourrai donner prochainement le résultat. En attendant, voilà en quelques mots l'idée que je voudrais mettre en pratique. Il ne s'agit plus, comme dans l'opération de Martinet, d'une plaque de sphacèle plus ou moins étendue : c'est à une anse herniée en totalité que je m'adresse. Cette anse malade est, en général, flasque et molle, très amincie par places, sinon perforée. Sans l'exciser, sans ouvrir l'intestin, je la refoule, je l'invagine en totalité dans un des bouts de l'intestin, jusqu'à ce que j'aie amené au contact les deux extrémités de l'anse malade; je place ensuite des sutures séro-séreuses circulairement au pourtour de mon anse invaginée. Une fois l'opération terminée, on ne voit plus extérieurement qu'une série circulaire de sutures à la soie adossant des séreuses absolument saines, et à l'intérieur du canal intestinal on a un double cylindre de tissus sphacélés qui sont destinés à s'éliminer rapidement par les voies naturelles avec les matières stercorales. La grosse objection qui vient immédiatement à l'esprit, c'est que cette masse sphacélée, qu'on refoule comme un doigt de gant dans l'intestin, va obstruer la lumière du canal et les phénomènes d'obstruction vont persister. Eh bien, la pratique montre qu'il n'en est rien. Qu'on se rappelle, d'ailleurs, qu'on a vu souvent des invaginations intestinales guéries spontanément par l'élimination du cylindre invaginé.

Il n'est pas nécessaire, en outre, d'avoir une communication très large des deux bouts de l'intestin pour que les symptômes de l'étranglement disparaissent. Il est probable que le libre passage des gaz suffit pour désobstruer l'intestin, dans les premières vingt-quatre heures. Il est bien clair que si le cylindre invaginé ne devait pas être rapidement éliminé pour « faire de la place », le passage serait insuffisant. Mais regardez le petit modèle du bouton de Murphy, n'êtes-vous pas frappé de l'étroitesse du canal central : il est vraiment impossible que des matières solides traversent ce défilé. La désobstruction se fait pourtant dès qu'il est en place, probablement, je le répète, parce que les gaz et les liquides passent facilement. Pourquoi n'en serait-il pas de même avec l'invagination intestinale que je propose. Les gaz trouveront toujours une voie au centre du canal en partie obstrué par l'anse sphacélée invaginée, surtout si on a eu soin d'ensevelir l'anse malade dans le bout inférieur. L'opération, en elle-même, est d'une simplicité extrême; elle est faite très rapidement, sans qu'il soit besoin de chloroformer le malade; dans un cas tout récent, dont la relation détaillée trouvera place ailleurs, j'ai pu la pratiquer en quelques minutes; et je m'étais borné, en raison de l'état général lamentable de la malade, à faire une injection de cocaïne dans la peau. Cette opération avait été faite à midi et quelques heures après la malade rendait des gaz par l'anus, bien que j'aie inclus dans l'intestin grêle une anse entière de dix centimètres de long.

IV

La question ainsi élargie est, comme on le voit, encore à l'état d'ébauche. J'ai pourtant le ferme espoir qu'on peut attendre de cette méthode d'excellents résultats. Je sais bien que certains chirurgiens

lui feront, comme à la résection suivie d'entérorraphie, le reproche de ne pas laisser une voie assez large à l'écoulement à l'extérieur des liquides intestinaux. Pour eux, il est important d'ouvrir l'intestin, et c'est à cause de cette ouverture large et immédiate, disent-ils, que l'anus contre nature doit être une opération plus innocente. Cela ne m'est pas démontré du tout, et si l'anus guérit souvent les malades, c'est bien plutôt parce qu'il ne s'accompagne pas de shock traumatique.

Dans l'opération que je propose, le shock est tout aussi insignifiant, et je suis convaincu que les résultats seront aussi satisfaisants. Le grand avantage de la méthode est précisément d'être une opération à la fois radicale et à l'abri des accidents du shock.

Je dirai, en terminant, que l'invagination ne saurait s'appliquer à tous les cas : il est évident que si l'anse est œdématiée et sphacélée dans une étendue considérable, on ne pourra pas y songer. C'est, comme toujours, affaire au sens clinique du chirurgien. Mais, en somme, dans bon nombre de cas, quand il s'agira d'une perforation imminente, d'une plaque de sphacèle étendue en longueur sur le bord libre du viscère, d'une plaque de la dimension d'une pièce de deux francs, d'un sphacèle circulaire de l'intestin au niveau de l'agent de l'étranglement, d'une plaque beaucoup plus étendue s'il s'agit du gros intestin; enfin d'une anse sphacélée en totalité, pourvu que les parois soient flasques et amincies et que sa longueur n'atteigne pas des proportions excessives, dans bon nombre de cas, dis-je, on aura recours avec avantage à la pratique du « tout à l'égout », à la cure par l'invagination.

Au bout de deux ou trois jours, le malade rend des selles sanguinolentes contenant des lambeaux sphacélés, et tout rentre dans l'ordre.

Je demande quelque crédit pour l'étude de ce procédé appliqué aux sphacèles comprenant une anse dans sa totalité; mais je profite de cette occasion pour rappeler les deux premières conclusions de mon récent mémoire du *Bulletin de Thérapeutique*, relatif à l'opération de Martinet :

I. Ce procédé, bénin, facile à exécuter et radical, doit entrer dans la pratique courante, non seulement pour les taches ponctiformes, les perforations peu étendues et les plaques ne dépassant pas un centimètre de diamètre, mais même pour de larges eschares de la dimension d'une pièce de deux francs et d'une longueur de neuf centimètres, ou pour des eschares circulaires occupant toute la circonférence de l'intestin.

II. Ce procédé du tout à l'égout rendra très souvent les plus grands services et donnera au chirurgien une véritable sécurité, lorsque par places les parois de l'intestin paraîtront suspectes. Avant d'opérer la réduction, il sera aisé *d'enterrer* les plaques menaçantes sous un double plan de sutures séro-séreuses à la soie.

ÉTIOLOGIE DU GOITRE EXOPHTHALMIQUE

Depuis l'époque déjà éloignée où Graves et Basedow faisaient connaître au monde médical l'existence d'un nouvel état morbide qui devait dans la suite porter leur nom, de nombreuses recherches ont été poursuivies pour éclairer la pathogénie et les causes de leur fameuse triade symptomatique.

Les théories se sont succédées, réflétant plus ou moins les idées régnantes et mettant le point de départ de la maladie dans le système nerveux (Trousseau, Charcot), au cœur (Bouillaud, Stokes, Luton), dans le corps thyroïde (Mœbuis, Joffroy, Renaut). A l'heure actuelle, la théorie nerveuse qui, sous l'autorité de Charcot avait rallié les suffrages de la plupart des auteurs, est aujourd'hui battue en brèche, au moins dans sa qualité de *primum movens*, par la théorie thyroïdienne de l'École allemande.

Il ne semble pas, toutefois, que l'opinion venue de l'autre côté du Rhin soit plus vraie, d'une façon absolue, que l'interprétation française. C'est ce qui résulte d'un travail très intéressant que vient de publier M. H. Mignon. L'auteur consacre sa thèse (1) à démontrer que la conception qui s'est faite jusqu'ici, à savoir de considérer le goitre exophthalmique comme une maladie bien caractérisée dans sa cause prochaine, comme une entité morbide, ne saurait être admise plus longtemps. C'est aller à l'encontre des faits que de vouloir chercher dans une pathogénie unique la raison d'être de la maladie de Basedow, qui n'est en réalité qu'un syndrôme. M. Mignon, d'ailleurs, appuie son opinion sur un certain nombre d'observations bien faites pour entraîner la conviction. Il divise les goitres exophthalmiques en idiopathiques, réflexes et symptomatiques.

Dans le premier groupe rentrent tous les cas où l'influence nerveuse est des plus manifestes. Ici le syndrôme est lié à une hérédité nerveuse similaire ou générale (antécédents névropathiques ou psychopathiques). Dans le même groupe, l'auteur fait rentrer les goitres exophthalmiques dus à l'émotivité, à la chlorose, au surmenage, au traumatisme, aux infections et aux intoxications. Ce groupe forme, en somme, un tout assez homogène, dominé par l'hérédité nerveuse.

Le second groupe est celui des goitres exophthalmiques réflexes : telles que sont les maladies de

(1) Thèse inaugurale, Paris, 1895.

Basedow liées à la grossesse, à la présence d'une tumeur abdominale ou nasale. Ces dernières ont surtout été mises en lumière par M. Gauthier (de Charolles).

Plus important est le dernier groupe dans lequel l'auteur classe les cas, et ils sont nombreux, où le syndrôme relève d'une altération organique manifeste. Les lésions du corps thyroïde doivent être mises au premier plan ; à côté, l'auteur place les goitres exopthalmiques à l'autopsie desquels on a noté des altérations les plus dissemblables (infiltration graisseuse et atrophie du grand sympathique, atrophie du corps restiforme et du faisceau solitaire). Enfin le même groupe comprend les faits de maladie de Basedow, où le syndrôme résulte d'une compression du paquet vasculo-nerveux au cou par une tumeur thyroïdenne, artérielle ou lymphatique (adénopathies cervicales).

La conclusion à laquelle l'auteur aboutit est que, dans l'état actuel de la science, on ne peut décrire *un* goitre exophthalmique à étiologie unique et qu'il faut attendre encore pour faire du syndrôme de Basedow, une entité spéciale. M. M.

REVUE DE LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE

De l'ictus laryngé, par MM. J. Garel, médecin des hôpitaux de Lyon, et F. Collet, ancien interne des hôpitaux de Lyon. (In *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, décembre 1894, n° 12, p. 1203.)

De l'étiologie otique de certains cas de paralysie faciale dite « a frigore », par M. Lannois, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon. (In *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, novembre 1894, n° 11, p. 1091.)

Dans le domaine de certaines affections, et particulièrement dans les affections chroniques, il est fréquent de noter un défaut de parallélisme et souvent même un rapport paradoxal entre la bénignité de la maladie et la gravité apparente des signes qui la traduisent. C'est qu'en effet, dans beaucoup de cas, l'extériorisation se fait en majeure partie par le système nerveux, cérébro-spinal ou sympathique. Le syndrôme constaté ne traduit alors que le plus ou moins d'intensité réactionnelle des centres d'innervation. Il en résulte que plus le système nerveux sera impressionné, plus les symptômes seront intenses et plus la maladie paraîtra grave. S'il s'agit du système cérébro-spinal, il réagira en produisant le phénomène douleur; l'excitation du sympathique donnera lieu aux œdèmes, aux flux séreux, etc.

Les affections qui retentissent sur le système nerveux sont soumises à deux conditions que l'on pourrait formuler de la façon suivante : 1° l'extériorisation sera d'autant plus intense que le sujet sera plus nerveux, plus excitable ; 2° les lésions superficielles irritant seulement les terminaisons nerveuses, les chatouillant, qu'on nous passe le mot, donneront lieu à des symptômes beaucoup plus tumultueux que les lésions profondes, celles-ci ayant amené la destruction totale de ces terminaisons.

Il nous serait facile de fournir des exemples à l'appui de ces deux assertions. Il est banal de rappeler qu'il existe des malades à grands réflexes, tandis que d'autres ne réagissent presque pas. Ainsi tel malade atteint d'un simple catarrhe tubaire aura des vertiges et des bourdonnements intolérables, parce qu'il est neurasthénique, alors qu'un autre moins impressionnable sera à peine touché par la même inflammation des trompes d'Eustache. Dans un autre ordre d'idées, nous rappellerons que le calcul qui passe dans les voies biliaires produit des douleurs très vives, alors que le cancer du foie, souvent latent, est d'un diagnostic des plus difficiles. Dans le premier cas, il y a irritation de l'élément nerveux; dans le second cas, sa destruction est souvent complète.

***

Si nous appliquons à la spécialité ces considérations générales, nous verrons que l'intensité des symptômes est non seulement en proportion directe de la susceptibilité nerveuse de l'individu, mais on pourrait aller jusqu'à dire, en raison inverse de la gravité du mal. Ces notions sont d'une importance capitale, parce qu'elles peuvent permettre aux praticiens de rassurer une famille alarmée, alors qu'ils auraient trop de tendance, s'ils les ignoraient, à prendre part à l'émoi général. On a eu soin déjà de mettre en garde le Médecin contre des affections insidieuses à leur début et malgré cela très graves. Nous voulons démontrer ici qu'il y a l'inverse, et qu'à côté des affections dont on meurt sans souffrir, il y a celles dont on souffre sans mourir.

Le premier exemple que nous avons choisi est celui de l'ictus laryngé. S'il est un accident capable, étant données les conditions dans lesquelles il se produit, d'effrayer sinon le malade, du moins son entourage, c'est bien celui-là. Son étude offre d'autant plus d'intérêt qu'il ne s'agit pas ici d'une affection rare. On la trouvera au contraire fréquemment, si l'attention a été mise en éveil, et l'on pourra réformer ainsi un pronostic qu'un premier examen aurait pu faire considérer comme très sombre.

L'étude de l'ictus est relativement récente. Depuis le premier travail de Charcot, paru en 1876, bien des auteurs se sont occupés de la question, tant dans le domaine de la laryngologie (Cartaz, Ruault, etc.) que dans celui de la neurologie. L'interprétation des phénomènes a varié, suivant le moment et les écoles, mais la description clinique est toujours restée la

même. Quelle est-elle? Nous ne pouvons mieux faire, pour résumer le tableau de l'ictus, que de reproduire le schéma donné par MM. Garel et Collet, de Lyon, dans leur remarquable et très complète étude du sujet. Voici comment ils s'expriment :

« Un homme de quarante à cinquante ans, sans tare nerveuse appréciable, mais ayant présenté déjà quelques manifestations arthritiques, et porteur le plus souvent d'une affection chronique légère des voies respiratoires, éprouve au larynx un picotement qui détermine une quinte de toux. Immédiatement sa face se congestionne et il tombe par terre sans connaissance, ou, s'il est assis, sa tête s'affaisse sur sa poitrine. Les traits sont calmes, les membres souples, d'autres fois agités de quelques secousses; il n'y a ni morsure de la langue ni émission d'urine. Au bout de quelques secondes, il se relève, pâle, se rappelant avoir toussé, mais ne comprenant rien à l'effroi de son entourage; riant de l'alarme qu'il vient de causer, il reprend l'occupation interrompue, et le reste de la journée se passe sans incident. Cette description répond à la généralité des cas. »

Plus fréquent chez l'homme que chez la femme, l'ictus s'observe surtout entre quarante et cinquante ans. On remarquera que les accidents sont toujours liés à des affections des voies respiratoires supérieures. Certains malades auront de la rhinite, des polypes du nez. D'autres, de l'hypertrophie amygdalienne ou de la pharyngite sèche; quelques-uns présenteront un peu de rougeur du bord libre des cordes vocales. Souvent aussi, l'auscultation des poumons décèlera de la bronchite chronique ou de l'emphysème. Enfin, on pourra noter également chez quelques malades, l'influence de l'air froid et de l'air chaud, l'action de certaines odeurs médicamenteuses, l'éther par exemple.

L'accès survient surtout pendant les repas ou peu après; il débute par un chatouillement à la gorge ou une sensation analogue. Quelques sujets se plaignent de constriction du pharynx ou de douleurs au niveau du sternum; d'autres n'accusent qu'un simple picotement. Puis survient la toux, ordinairement quinteuse et d'une extrême intensité. Kurz, de Florence, a cependant observé un malade qui fut surpris par l'accès en soufflant sa lampe. On a décrit aussi des cas où l'ictus avait été produit simplement par le rire. Il peut même arriver que le malade tombe après deux ou trois coups de toux seulement.

Après la quinte de toux vient la perte de connaissance, précédée ou non de sensation d'étouffement. La tête s'affaisse sur la poitrine, ou bien, si le malade est debout, il peut être projeté violemment à terre.

La face, d'abord congestionnée, vultueuse, devient ensuite d'une pâleur caractéristique. Il n'y a jamais de convulsions toniques, mais souvent de petites secousses dans les membres. Ces mouvements convulsifs suivent la perte de connaissance et cessent avec elle.

La durée de l'accès est des plus brèves. Dès que le malade est revenu à lui, il se relève, rassure les siens, et la plupart du temps il peut reprendre, dès le jour même, le cours de ses occupations.

Si tout le monde est d'accord lorsqu'il s'agit de décrire le syndrôme, il n'en va plus de même lorsqu'on arrive à l'interprétation pathogénique des faits observés. On a d'abord voulu voir dans l'ictus une sorte de vertige de Ménière, à point de départ laryngien. D'autres ont cru à une manifestation épileptique. On a rapporté aussi les accidents à des troubles circulatoires. Aucune de ces théories ne peut satisfaire l'esprit à l'heure actuelle. L'idée de vertige est depuis longtemps abandonnée.

L'ictus n'est pas davantage comparable à l'attaque du haut mal.

D'abord, on ne retrouve jamais l'épilepsie dans les antécédents héréditaires; l'âge de l'ictus n'est pas non plus celui du début de l'épilepsie. Le chatouillement que les malades accusent au niveau du larynx, a été comparé à tort à l'aura prémonitoire. On ne doit pas oublier, en effet, qu'il est le même dans les quintes ordinaires où l'épilepsie ne peut être en cause, et dans celles qui aboutissent à la perte de connaissance. Dès que l'accident se produit, la face se congestionne, la pâleur survient ensuite; c'est l'inverse qui s'observe dans l'épilepsie. Il n'y a pas non plus d'épuisement du sujet comme après la grande attaque. Ici le malade revient de suite à l'état normal aussitôt la crise passée. Signalons enfin le parallélisme qui existe entre l'état aigu de l'affection des voies respiratoires et la fréquence de l'ictus.

Il ne s'agit pas davantage d'épilepsie partielle; car on ne constate ici ni paralysie ni même de parésie consécutive du larynx, enfin, aucun de ces phénomènes de fatigue localisée, si fréquents dans l'épilepsie Bravais-Jacksonnienne. On devra encore éliminer l'idée de tabès, dont les manifestations laryngées sont bien différentes.

Pour MM. Garel et Collet, la toux du début ne fait que traduire le mauvais état de l'organe, larynx ou poumon. « L'excitation des centres nerveux, n'est que la seconde étape d'un réflexe qui a son point de départ au niveau du larynx ou des bronches. » Et c'est alors qu'intervient la susceptibilité particulière des malades. Sans doute les phénomènes sont complexes, et l'analyse attentive des symptômes montre qu'il n'y a pas seulement un ictus, mais des ictus de diverses origines. On peut cependant résumer de la façon suivante le mécanisme du réflexe. L'irritation du laryngé supérieur pourra impressionner de deux

façons les centres d'innervation : ou bien il y aura excitation du centre modérateur du cœur, ou bien excitation du centre expirateur. Dans cette dernière hypothèse, l'excitation provoquera des secousses de toux qui modifieront du même coup la pression intra-thoracique et la circulation cardiaque. Mais dans les deux cas, le résultat sera le même et se traduira par la syncope, les secousses des membres, etc.

On traitera l'ictus par les calmants, au premier rang desquels la belladone, la morphine, le bromure ont été employés avec succès, soit seuls, soit associés. Mais ce qui devra surtout dominer la thérapeutique, ce sera le traitement local. Il suffira souvent de guérir l'affection du nez, du pharynx ou du larynx pour voir cesser immédiatement tous les accidents. A la vérité, l'ictus est parfois rebelle à tout traitement; mais, même en tenant compte des conditions défavorables, âge du malade, arthritisme, circulation défectueuse, etc., le médecin pourra toujours atténuer son pronostic, car on peut dire qu'ici, il y a généralement plus de bruit que de mal.

***

Le second exemple que nous avons choisi est celui de la paralysie faciale d'origine otique. Nous retrouverons encore dans ce petit chapitre l'influence capitale de la prédisposition nerveuse, bien mise en évidence par Neumann, mais peut-être avec un peu trop d'exclusivisme. Certains malades, en effet, peuvent avoir les troubles aigus ou chroniques les plus graves de l'organe de l'audition, sans aucune trace d'hémiplégie, alors que d'autres, à la moindre atteinte de la caisse, auront une paralysie des mieux caractérisées.

Et qu'on le sache bien, la constatation de cette origine otique, assez fréquente puisqu'on la rencontre dans près de la moitié des cas de paralysie à point de départ intra-temporal, n'a pas un intérêt seulement spéculatif. La connaissance approfondie de cette forme spéciale est encore, pour le praticien, grosse de conséquences, au point de vue du pronostic et de la thérapeutique. La paralysie faciale est grave dans presque tous les cas, tandis que si l'on peut en déceler l'origine otique, il sera permis de rassurer le malade et surtout d'agir d'une façon utile en s'adressant à la lésion qui a provoqué les troubles.

L'idée d'une hémiplégie faciale d'origine otique s'était depuis longtemps imposée à l'attention des cliniciens; mais les théories un peu trop absolues des anciens auristes avaient été fortement combattues. Leur exclusivisme fit reléguer dans l'ombre ce processus étiologique qui, si l'on en croit M. Lannois, peut être incriminé dans bien des cas. Et l'assertion de notre confrère n'a rien d'étonnant si l'on songe aux rapports étroits qui relient l'aqueduc de Fallope à la muqueuse de la caisse.

Existe-t-il des caractères grâce auxquels on pourra, en dehors du tableau clinique habituel, établir l'origine toute spéciale de l'affection? M. Lannois, dans son mémoire, analyse particulièrement certains troubles qui appartiennent en propre à cette hémiplégie. On notera d'abord la fièvre, qui s'explique d'elle-même puisque la maladie est consécutive à une affection catarrhale de l'oreille moyenne, s'accompagnant toujours d'élévation de température. Viennent ensuite les contractions cloniques des muscles de la face et l'affaiblissement de l'ouïe du côté malade. On observera également de l'hyperacousie douloureuse, facile à constater en agitant une sonnette près de l'oreille atteinte. Cette hyperacousie est liée à la paralysie du muscle de l'étrier et aux mouvements excessifs de la chaîne des osselets, dont les articulations sont le siège d'une inflammation plus ou moins marquée (Gellé).

Les malades se plaindront aussi de douleurs vives, soit dans le conduit, soit dans la profondeur de l'oreille moyenne. Puis, fait important, l'examen objectif montrera toujours un léger degré d'hyperémie de la membrane tympanique. On trouvera aussi des lésions du nez ou du pharynx qui, le plus souvent, sont le point de départ de la maladie, l'inflammation ayant gagné de proche en proche la cavité de l'oreille moyenne à travers la trompe. Enfin, un dernier caractère de cette forme d'hémiplégie, c'est la répétition des accidents, ceux-ci pouvant accompagner chaque poussée inflammatoire.

On ne devra pas dans ces cas perdre son temps en vaines électrisations. Dès qu'on aura pu établir le diagnostic étiologique, il faudra s'adresser de suite à la cause du mal. On traitera donc par les moyens appropriés, l'affection du pharynx (gargarismes, badigeonnages, etc.). Du côté de l'oreille, on pratiquera des instillations calmantes et antiseptiques dans le conduit. On utilisera l'acide phénique à 1 % dissous dans la glycérine, ou encore l'huile mentholée, l'huile iodolée, etc.; les instillations devront être faites avec des solutions légèrement chaudes. En tous cas, le médecin devra se rappeler que si le pronostic de la paralysie d'origine otique est moins sombre que celui des autres formes, cela est dû surtout à l'efficacité du traitement.

L'ictus et l'hémiplégie faciale nous ont servi d'exemple pour montrer qu'il est des cas où le système nerveux, particulièrement excitable, donne trop souvent une note fausse ou exagérée. Plus tard, nous espérons pouvoir décrire certaines affections qui sont de la plus haute gravité, malgré leur aspect bénin et en quelque sorte insignifiant.

F. Helme

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS

CHIRURGIE

La question du traitement des accidents graves de l'anesthésie est depuis quelque temps à l'ordre du jour, et nous n'en voulons pour preuves que les communications de M. Laborde à l'Académie sur l'efficacité des tractions rythmées de la langue. M. Poncet, dans le *Lyon médical* du 13 janvier 1895, aborde une question des plus intéressantes, celle de la *trachéotomie d'urgence dans les accidents graves de l'anesthésie générale*. Le chirurgien de Lyon a eu deux fois l'occasion de pratiquer cette intervention, et deux fois il a rappelé le patient à la vie. Dans la première observation, la trachéotomie a même été pratiquée une heure et quart après la cessation de la respiration et l'arrêt du pouls ; notons, en passant, que ces deux fois l'anesthésie était due à l'éther.

La trachéotomie, nous dit donc avec raison M. Poncet, est un moyen de premier ordre, et son efficacité sera d'autant plus grande qu'elle sera pratiquée plus hâtivement. C'est l'*ultima ratio*, et nous pouvons ajouter qu'à Paris on n'hésite pas à la pratiquer en de pareilles circonstances.

Mais où l'article de M. Poncet devient des plus intéressants, c'est quand il étudie comment agit cette trachéotomie, dont l'efficacité est facile à comprendre quand il y a des liquides qui remplissent la trachée, mais dont l'action est plus délicate à expliquer quand les voies aériennes sont libres. Eh bien ! cette trachéotomie agit d'une façon mécanique. Une colonne gazeuse est d'autant plus difficile à mettre en mouvement au travers d'un tube que ce tube est plus long d'abord et aussi plus irrégulier, avec de grandes différences de calibre. Dans la respiration, ces conditions sont réalisées par la disposition même de l'arbre trachéal.

En supprimant donc la partie la plus sinueuse, la plus accidentée du tube, l'air éprouve moins d'obstacle à le parcourir. Or, ce n'est pas l'effort inspiratoire qui est paralysé par l'action toxique, mais l'action expiratoire. En effet, même profondément anesthésiés, les animaux respirent avec une pression de quinze à vingt millimètres, tandis que dix millimètres suffisent à arrêter l'expiration et à produire l'asphyxie. Cette expiration n'est pas due, en effet, à un effort musculaire, mais à la simple élasticité pulmonaire dont la force peut être vaincue par le plus petit obstacle, tel que la constriction des mâchoires, la chute de la base de la langue, le spasme de la glotte, etc.

M. Poncet termine son article par les conclusions suivantes : « Dans une anesthésie générale avec mort apparente, la trachéotomie peut s'imposer, à un moment plus ou moins rapproché de la disparition de la respiration, des battements du cœur. Elle est une ressource de premier ordre, sur laquelle le chirurgien a le droit de compter et à laquelle il doit toujours savoir recourir lorsque les autres moyens ont échoué.

« Une anesthésie ne sera pratiquée qu'en tenant compte de cette éventualité. C'est dire qu'il faut avoir sous la main, dans une opération quelconque, exigeant une anesthésie générale, les instruments nécessaires pour une trachéotomie.

« Cette opération, qui permet de retirer de la respiration artificielle tout le parti possible, de pratiquer l'insufflation directe par la canule, et qui ne s'oppose en rien aux tractions rythmées de la langue (procédé de Laborde), peut également, en dehors des anesthésies compliquées, trouver ses indications dans d'autres asphyxies, dans d'autres états syncopaux prolongés, quelle qu'en soit la cause : mort apparente par l'électrisation (électrocution), par l'empoisonnement dû à des vapeurs toxiques, etc. »

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février 1895

La plus grande partie de cette séance est remplie par la fin de la communication de M. Laborde sur les *tractions rythmées de la langue*. Après avoir rappelé que les faits rapportés par M. Pinard, dans une précédente séance, ne démontrent nullement la supériorité des anciennes méthodes. M. Laborde étudie le mécanisme physiologique des divers procédés de respiration artificielle.

Ces procédés peuvent être rangés en deux classes : ceux par lesquels on cherche à introduire de l'air dans les bronches et les poumons, et ceux par lesquels on cherche à provoquer les mouvements mécaniques de la respiration par une excitation plus ou moins directe. Les deux moyens sont quelquefois employés simultanément, constituant alors une méthode mixte.

Parmi les premiers, on compte tous les procédés d'insufflation, bouche à bouche, par le tube laryngien, par le soufflet avec un masque facial ou après trachéotomie, introduction d'oxygène à l'aide d'un ballon élastique.

Dans l'insufflation bouche à bouche, l'air ne pénètre qu'en très minime quantité au-delà du larynx. Ce fait est nettement constatable chez un lapin qui a été préalablement trachéotomisé. Si l'animal était mort, l'air passerait facilement par suite du relâche-

ment des lèvres de la glotte. L'air insufflé n'agit donc point comme aliment respiratoire et hématosique, mais comme excitant réflexe. Cet effet d'excitation s'accroît immédiatement si, à ce moment de l'expérience, on introduit un tube insufflateur ; des mouvements de déglutition et de vomissements précèdent souvent alors le retour des mouvements respiratoires, ce qui démontre le rôle du nerf glosso-pharyngien dans la production du réflexe respiratoire.

Dans l'insufflation par le tube laryngien, l'air insufflé agit tout d'abord et principalement en excitant la muqueuse broncho-pulmonaire, c'est-à-dire les expansions nerveuses qui s'y terminent ; de plus l'air dilate les poumons et la cage thoracique, et provoque, par suite, les mouvements qui doivent présider à la respiration jusqu'à ce que celle-ci soit complètement rétablie. Enfin la présence du tube laryngien n'est pas non plus sans influence, puisqu'elle peut suffire, à elle seule, sans l'insufflation, à produire le réflexe respiratoire. L'expérimentation sur l'animal en état de mort apparente le démontre de la façon la plus nette : l'introduction du tube peut rétablir la respiration alors même qu'on a pratiqué une section sous-laryngée complète de la trachée. M. Pinard a lui-même constaté dans un cas cette action de l'introduction simple du tube laryngien.

On sait d'autre part qu'une excitation directe trop forte de la muqueuse laryngée ou trachéale peut déterminer instantanément l'arrêt cardio-respiratoire. Cet accident a été observé dans la trachéotomie et dans l'intubation ; c'est aussi un des dangers de l'insufflation laryngée.

Le procédé du soufflet, que l'on n'emploie que dans les laboratoires, n'agit, comme les autres procédés d'insufflation, que sur les ramifications terminales des nerfs sensitifs, point de départ du réflexe respiratoire ; il ne possède pas, pour rappeler celui-ci, une aptitude égale à celle des tractions de la langue, qui exercent une action plus immédiate et plus directe sur les troncs mêmes et les origines de ces nerfs.

Les procédés par lesquels on provoque les mouvements mécaniques de la respiration par une excitation plus ou moins directe, sont très nombreux : excitations extérieures ou cutanées de toute nature et de toute intensité, pressions thoraciques simples ou mixtes, méthodes de Marshal-Hall, de Sylvester, de Schultze, de Picina, etc. Tous ces procédés peuvent être ramenés au mécanisme suivant : provocation du réflexe de la mécanique qu'il réalise par une excitation périphérique plus ou moins éloignée, mais indirecte. Or, il est évident que la provocation sera d'autant plus puissante que l'excitation initiale sera plus directe.

Ce sont précisément là les conditions des procédés de ranimation du réflexe respiratoire, dont les uns n'agissent qu'à une distance plus ou moins éloignée, sur les expansions périphériques des nerfs sensibles (procédés d'insufflation et de respiration artificielle), et dont les autres agissent plus directement sur le tronc nerveux lui-même et par surcroît d'efficacité, sur les nerfs mêmes qui interviennent comme éléments immédiats du réflexe respiratoire : le laryngé supérieur et le glosso-pharyngien dont M. Laborde a fait connaître la fonction proprement respiratoire.

Telle est, par excellence, le procédé de la langue, qui réalise l'excitation directe, et la plus intensive, par conséquent, des nerfs respiratoires. De là sa supériorité réelle démontrée à la fois par son mécanisme propre et comparé au mode d'action des autres procédés, et par ses résultats pratiques.

Élection de deux membres correspondants nationaux.

M. Liégeois (de Bainville-aux-Saules) a été élu au premier tour par 42 voix, contre 24 à M. Teissier (de Lyon) et 2 à M. Testut (de Lyon).

Pour la seconde place, M. Teissier a été élu par 63 voix contre 1 à M. Testut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur le traitement des *plaies pénétrantes de l'abdomen* a pris fin dans la dernière séance. C'est d'abord M. le professeur Berger qui rappelle le cas dans lequel M. Nélaton est intervenu sur un malade n'ayant aucun symptôme et n'a, du reste, trouvé aucune lésion. Ce fait plaide absolument en faveur de l'opinion qu'il a émise, que les symptômes si légers qu'ils soient peuvent donner une présomption. Vient ensuite M. Championnière qui approuve les grandes incisions, et enfin M. Schwartz qui cite un cas très curieux, dans lequel l'intervention a été retardée de quarante-huit heures, parce qu'il n'existait aucun symptôme, et pourtant la laparotomie faite trop tardivement montra deux perforations du gros intestin et quatre du grêle.

Enfin M. Chaput prend en dernier lieu la parole et répond à chacun de ses adversaires en particulier. Nous ne pouvons suivre M. Chaput, dans la défense de ses idées, étant dans l'impossibilité de reproduire ses propres termes. Nous nous bornerons à rappeler qu'il pense n'avoir jamais dit que M. Berger était abstentionniste ; mais qu'il n'intervient pas dans tous les cas, puisqu'il a écrit qu'il était permis d'attendre en l'absence d'accidents malgré la pénétration et quant aux symptômes qui doivent, d'après le professeur de la Pitié, guider l'intervention, ils n'existaient pas chez la malade de M. Rochard.

— M. Chaput défend ensuite contre M. Kirmisson l'incision médiane, disant que la laparotomie latérale expose plus à l'éventration. Il insiste en se faisant fort de l'avis de M. Nélaton et de M. Championnière sur la nécessité des grandes incisions et du dévidement de l'intestin, et termine en répondant à M. Reclus que les inoculations, mêmes lentes, sont très dangereuses; que, du reste, M. Reclus a déclaré être devenu plus interventioniste, déclaration qui fait honneur à sa droiture.

— Ce sont alors des rapports qui occupent la fin de la séance : premier rapport de M. Chauvel, sur deux travaux de M. Bobb, ayant trait l'un à une *luxation de la colonne vervicale avec attrition de la moelle*, l'autre à une *plaie du coude et de l'abdomen* par une balle cuirassée lancée par un fusil du dernier modèle; malgré une lésion du foie et du rein, le malade guérit; deuxième rapport sur une observation de M. Lorain, ayant pour titre : *Plaie du thorax par une balle de 7 millimètres.*

— M. Picqué monte ensuite à la tribune pour étudier un cas de *gastrostomie* pratiquée chez un enfant de quatre ans et demi, suivant le procédé de Franck, par le docteur Monier. M. Picqué fait remarquer que l'opération a duré une heure un quart, ce qui fait une heure de trop pour une gastrostomie ordinaire, et, quant au procédé de Franck, il a eu l'occasion lui-même de le pratiquer, et n'a mis que vingt à vingt-cinq minutes. Quant au maintien du suc gastrique, on sait bien aujourd'hui qu'il ne s'écoule plus quand on pratique une assez petite incision.

M. Picqué revient ensuite sur la facilité avec laquelle on ouvre l'estomac dans le procédé à deux temps, si on a pris la précaution de passer un fil indicateur montrant l'endroit où le thermocautère doit perforer l'estomac.

Dans le cas de M. Monier, le rétrécissement, dû à l'ingestion d'un liquide caustique, siégeait haut, et l'œsophagostomie externe était indiquée, elle permettait l'alimentation immédiate et le facile rétablissement ultérieur du conduit œsophagien.

A ce propos, la discussion s'engage sur la *gastrostomie* en deux temps, et M. Segond rappelle qu'il a seulement dit autrefois qu'au bout de trois jours, il était plus difficile d'ouvrir la paroi antérieure de l'estomac qu'au moment de l'opération, et surtout que l'opération en un temps avait l'avantage de permettre de nourrir le malade plus rapidement.

M. Reclus est aussi partisan de la gastrostomie en un temps, comme M. Routier, qui rappelle qu'on a souvent la main forcée, qu'il faut aller vite, et que pour sa part, il se borne à mettre quatre points de suture.

M. Schwartz prend alors la parole et exprime avec raison cette idée qu'il est véritablement fâcheux de confondre les deux procédés. Ils ne s'appliquent pas aux mêmes cas. On ne peut hésiter à faire l'opération en un temps quand le malade meurt de faim; mais quand on est appelé assez tôt, la gastropexie est faite dans d'excellentes conditions, et l'incision de l'estomac, au moment où elle est devenue indispensable, est le minimum de traumatisme qu'on puisse faire subir à son malade. M. Monod affirme l'opinion émise par M. Schwartz et la discussion est close.

— Le second rapport de M. Picqué *sur une variété rare et non décrite de phlegmon iliaque*, travail adressé par M. Brault. Le point important de l'observation est le siège de la collection purulente qui était placée entre le muscle et le périoste, et qui cependant ne provenait pas d'un foyer osseux.

M. Picqué, s'appuyant sur des recherches de M. Faure, rappelle les insertions du muscle iliaque qui ne s'insère pas sur toute la fosse osseuse, mais seulement à son pourtour, et qui est séparé du périoste par une couche de tissu cellulaire dans laquelle peut se former le pus.

Quant à la pathogénie de cet abcès, il ne faut pas l'attribuer à une infection générale, mais plutôt à une lymphangite qui a peut-être passé par la gaine des vaisseaux hypogastriques.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er février 1895

M. Lebreton avait promis, il y a quelques semaines après la communication de M. Moizard sur la sérothérapie de la diphthérie, d'apporter bientôt à la Société les résultats que lui donnerait l'emploi de cette méthode à l'hôpital des Enfants-Malades. Il tient aujourd'hui sa promesse; sa statistique porte sur les derniers mois de l'année 1894.

Il n'y avait pas à ce moment, à l'hôpital des Enfants, un pavillon de douteux, et, à ce point de vue, l'organisation était bien moins favorable que celle de l'hôpital Trousseau.

Cependant il ne s'est produit aucun cas intérieur de contagion. Tout enfant entré au pavillon recevait immédiatement une injection de sérum; si l'examen bactériologique confirmait le diagnostic de diphtérie, cette injection marquait le début du traitement curatif; dans le cas contraire, elle était purement préservatrice.

Aucun traitement local n'a accompagné la sérothérapie; c'est donc à elle seule que sont dus les résultats obtenus par M. Lebreton et son interne, M. Magdelaine. On faisait simplement deux lavages par jour avec une solution très étendue de liqueur de Labarraque.

Sur 258 enfants atteints de dipthérie, il n'y a eu que 31 décès, soit 12 %. Et encore sur les 31 décès pourrait-on retrancher 8 cas dans lesquels l'enfant a succombé dans les 24 heures qui ont suivi son entrée à l'hôpital. Il resterait alors 23 décès sur 250 cas de diphtérie, soit une mortalité de 10,8 %.

La trachéotomie a été faite vingt-quatre fois; il y a eu 9 décès (mortalité 37,5 %).

Les accidents de la sérothérapie observés par M. Lebreton sont identiques à ceux qui ont été signalés par M. Moizard: éruptions diverses, ortiée, scarlatiniforme, rubéoliforme, polymorphe, etc., ordinairement accompagnées de fièvre (70 cas).

L'albuminurie (140 cas) est d'une origine plus douteuse. La diphtérie peut par elle-même la déterminer. Mais, dans plusieurs cas, il fallait la rapporter à l'élimination des substances injectées, lorsqu'elle coïncidait avec des poussées éruptives et surtout lorsqu'elle survenait chez des enfants non diphtériques ayant subi une ou deux injections préventives.

Les éruptions, la fièvre, les troubles du côté du rein sont donc des accidents attribuables à la sérothérapie. Bien que M. Lebreton n'en ait pas observé de graves, ils suffisent cependant à lui faire rejeter l'emploi du sérum antitoxique à titre préventif.

Dans une deuxième partie de sa communication, M. Lebreton étudie l'intubation et les résultats qu'elle lui a donnés dans 51 cas de croup. Sur ces 51 cas, il y a eu 15 décès et 37 guérisons, soit une mortalité de 27,45 %. Les inconvénients ou même les dangers de l'intubation sont d'autre part assez nombreux; c'est une opération difficile et délicate; elle nécessite la surveillance constante d'un médecin, car le tube peut être rejeté par un accès de toux; de plus, le tube peut être bouché par des mucosités desséchées ou des fausses membranes; dans ce cas, il faut immédiatement enlever le tube et faire une nouvelle intubation.

Une importante indication du tubage peut être tirée de l'âge de l'enfant.

Au-dessous de deux ans la trachéotomie est très peu favorable.

Par contre, la trachéotomie est préférable quand l'enfant est amené en état d'asphyxie et quand la perception du bruit de drapeau fait supposer l'existance, dans la trachée ou les grosses bronches, de fausses membranes flottantes.

Quand on a fait l'intubation, combien de temps faut-il laisser le tube en place?

Aucune règle précise ne peut être posée à ce sujet; cependant on doit tenir compte de la rapidité avec laquelle la gorge se nettoie et de la chute de la température. Ordinairement, le tube doit rester en place de deux à cinq jours.

Il faut supprimer le fil qui retient le tube; il est inutile, et, d'autre part, il produit des accès de toux, de la difficulté de déglutition, de la salive.

Un long séjour du tube peut amener des lésions laryngées, chondrites et périchondrites, plus ou moins profondes, mais ces faits sont très rares avec la sérothérapie; il en est de même des altérations permanente de la voix.

Il faut citer enfin deux accidents qui relèvent de l'extraction du tube, la déglutition de celui-ci et le spasme glottique; ces accidents sont également très rares.

Un point de la communication de M. Lebreton est relevé par M. Chantemesse : c'est celui qui a trait à la prophylaxie. M. Chantemesse pense que l'immunité peut être conférée à des enfants par des doses de sérum assez faibles pour être inoffensives; il suffirait probablement de doses de 1 ou 2 centimètres cubes pour assurer une immunisation effective.

H. Richardière et Fournier.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

M. Kaufmann poursuit ses recherches sur la pathogénie du diabète. Ses nouvelles expériences lui permettent d'affirmer que la piqûre diabétique du bulbe agit non seulement sur le foie et le pancréas, mais encore sur le travail histolytique général qui s'accomplit incessamment dans les divers tissus de l'organisme animal.

L'accroissement de l'hyperglycémie et de la glycémie qu'on observe après la piqûre bulbaire sur l'animal dont l'appareil glycosoformateur est énervé serait le fait, *non d'une formation active de glycose dans les différents tissus*, mais d'une résorption histolytique générale faisant pénétrer en abondance, dans le sang, des matériaux capables d'activer la formation sucrée dans le foie.

L'histolyse elle-même est réglée, comme la glycosoformation intrahépatique, à la fois par le produit pancréatique déversé dans le sang et par le système nerveux; le produit pancréatique exerce, par l'intermédiaire du sang, son action frénatrice puissante sur l'activité de la résorption histolytique, en même temps que sur l'activité glycosoformatrice hépatique.

Histolyse et glycosoformation sont deux actes physiologiques qui se modifient toujours parallèlement et dans le même sens.

La place nous manque malheureusement pour insister davantage sur ces derniers travaux de M. Kaufmann. Mais nous tenons à attirer sur eux l'attention de nos lecteurs, car ils sont de la plus haute importance pour la théorie du diabète.

— MM. J. Héricourt et Richet ont fait à des cobayes inoculés par du virus tuberculeux, des injections avec du sérum d'âne. Tantôt ils se sont servi de sérum normal, tantôt de sérum d'un âne ayant reçu un mois auparavant une injection de tuberculose virulente humaine, tantôt du sérum d'une ânesse ayant reçu de la tuberculine. Il résulte des expériences que le sérum retarde beaucoup l'évolution de la tuberculose inoculée aux cobayes.

— MM. Richet et Héricourt ont aussi fait des essais de sérothérapie dans la syphilis. Pour obtenir du sérum actif, ils ont injecté à des chiens, des ânes, du sang de syphilitique en pleine éruption roséolique et n'ayant jamais subi de traitement; le sang des animaux était recueilli quelques jours après cette inoculation.

Deux essais ont été tentés.

Chez une première malade, il s'agit d'ulcérations consécutives à des gommes, sans nulle tendance à la cicatrisation spontanée. Influence nulle du traitement spécifique, pendant six mois au moins. Six injections de sérum du 10 au 15 décembre 1894 (deux de 1, deux de 2, deux de 3 cq.). Après la dernière injection, urticaire fébrile. Dès le 14 décembre, il y a tendance à la cicatrisation ; elle est presque complète le 10 janvier. En même temps, grande amélioration de l'état général.

Dans le second cas, une femme, syphilitique depuis longtemps, a des signes évidents de tabès au début. On lui fait, en huit jours, trois injections (6 cq.) de sérum. La céphalée nocturne, les douleurs fulgurantes et gastralgiques, les vomissemens disparaissent.

— M. E. Legrain a essayé l'effet des injections sous-cutanées de sérum des convalescents de typhus sur des malades atteints de cette affection. L'effet le plus constant est un abaissement de température proportionnel à la quantité injectée, mais cet abaissement n'est que temporaire. Un résultat moins constant est l'augmentation de la sécrétion urinaire dans la journée qui suit l'injection. Ce mode de traitement donne d'excellents résultats dans les cas de stupeur profonde et de coma.

— On sait que les communications directes entre les artères et les veines, admises par Sucquet et niées par Vulpian et Sappey, sont, depuis les recherches de Bourceret, admises par la plupart des auteurs. MM. Debierre et Gérard ont trouvé, à plusieurs reprises, chez des enfants nouveau-nés, au niveau des grands plis articulaires des membres, des branches transversales unissant une artère et une veine. Dans un cas, une branche de 3 centimètres de longueur, ayant $2^{mm}5$ d'épaisseur, faisait communiquer l'artère et la veine fémorale au niveau du pli de l'aine. Les communications qui semblent normales sont très importantes et permettent le mélange des deux sangs bien plus que les canaux de Sucquet, dont le diamètre ne dépasse pas $0^{mm}1$.

— L'hypersécrétion des glandes prostatiques est, d'après M. A. Guépin, très fréquente chez le jeune homme, l'adulte et le vieillard; elle est aussi très rebelle. Les notions suivantes permettront de diriger convenablement le traitement :

1° Toutes les fois qu'il y a hypersécrétion prostatique et spasme de l'urètre, il y a stagnation ou rétention des produits sécrétés dans les glandes ;

2° Quand il y a stagnation des produits de sécrétion dans les glandes prostatiques, il faut tout d'abord rechercher le spasme urétral pour le combattre par les moyens appropriés.

— M. Marinesco a observé deux malades atteints de polyurie essentielle. Il s'agit de deux frères, dont l'aîné a dix-sept ans et l'autre quinze ans. Le premier urine en moyenne 28 litres par jour; il n'a ni azoturie ni phosphaturie, les chlorures seuls sont augmentés. La polydipsie est tellement impérieuse que le malade a été obligé, à diverses reprises, de boire ses urines. Le frère cadet, présentant exactement les mêmes symptômes, et affecté, de plus, d'un mal de Pott dorso-lombaire, est mort d'une méningite cérébrale tuberculeuse. M. Marinesco a pu examiner le bulbe, et y a trouvé les lésions suivantes : Les corps restiformes sont intacts. L'épithélium qui tapisse le quatrième ventricule est proliféré, quelquefois il forme de petits nids cellulaires. Ses prolongements, qui pénètrent dans la masse des noyaux gris se trouvant à la surface de ce ventricule, sont épaissis, hyperplasiés; il en résulte que la névroglie du plancher ventriculaire constitue une couche beaucoup plus large qu'à l'état normal. Elle est, en outre, le siège d'un œdème très prononcé. Les noyaux des pneumogastriques semblent intacts, mais leurs vaisseaux sont injectés; il existe aussi de petites hémorragies discrètes sous les parties latérales du ventricule, en dehors des noyaux du pneumogastrique.

— M. G. Lion est venu apporter une observation qui prouve qu'une lymphadénie splénique leucémique peut se transformer en lymphadénie aleucémique. Ce fait tend à montrer une fois de plus que les lymphadénies simples ou compliquées de leucémie, sont les modalités d'une même entité pathologique. Après la disparition de la leucémie, sous l'influence du traitement arsenical, le malade succomba à une infiltration lymphomateuse du poumon droit. Il y avait également des lymphomes dans le poumon gauche et dans les reins.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Réforme du concours de l'internat. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux viennent d'être appelés par l'administration de l'Assistance publique à constituer une commission chargée d'étudier les réformes à apporter au concours de l'internat. On sait, en effet, que les candidats augmentent chaque année, et que le concours, tel qu'il est aujourd'hui, dure trop longtemps, et pour les juges et pour les candidats, et aussi pour le roulement des services.

La Société des Chirurgiens des hôpitaux a discuté mercredi dernier la réforme du concours de l'internat, et comme on ne s'est pas trouvé d'accord, la question a été reportée à huitaine. Deux courants d'opinion sont en effet en présence. Les uns veulent conserver le mode de concours actuel : la lecture des copies en public, par exemple, tout en cherchant un moyen de faire marcher les épreuves plus vite; les autres veulent changer radicalement l'économie du concours actuel et nommer un corps d'examinateurs chargé de lire *les copies anonymes* des candidats. Dans notre prochain numéro, nous exposerons ces idées plus longuement. Toujours est-il qu'il faut constater que près de la moitié des chirurgiens des hôpitaux présents semble adopter la possibilité de la lecture des copies anonymes par un jury qui serait alors composé des plus récemment nommés, puisqu'ils ont à ce moment moins de clientèle! Comme il va y avoir de beaux jours pour les jeunes chirurgiens et quelle influence ils vont certainement prendre!

Nomination. — M. Nielly vient d'être nommé chef de division de l'Assistance publique et chargé, en remplacement de M. Gallet, du service des hôpitaux. Nous adressons nos compliments à M. Nielly, dont l'affabilité est bien connue de tous ceux qui ont eu des rapports avec lui.

Concours du bureau central. — Il y aura, paraît-il cette année, deux concours pour nommer quatre chirurgiens du bureau central. Rien de mieux; mais alors qu'au lieu de supprimer des places de titulaires, comme on vient de le faire à la Maternité, et comme il en est question pour la maison Dubois, on assure aux nouveaux promus une situation dans un hôpital avant l'âge de leur retraite.

Un peu de logique, de grâce!

— Le jury du concours du bureau central (médecine), qui doit s'ouvrir le 18 février, a été tiré au sort. Les noms sortis de l'urne sont les suivants :

MM. Chauffard, Roger, Mesnet, Dreyfus-Crissac, Gouguenheim, Huchard et Peyrot.

Société de Chirurgie de Paris — PRIX A DÉCERNER EN 1895 : *Prix Duval* (300 fr.). A l'auteur (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1895.

Prix Laborie (1,200 fr.). A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. (Par suite d'un reliquat de 1894, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1,600 fr.)

Prix Gerdy (2,000 fr.). Question : De l'intervention chirurgicale dans les sténoses du pylore. (Par suite d'un reliquat de 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 3,000 fr.)

Prix Demarquay (700 fr.). Question : Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications, résultats, manuel opératoire. (Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1.400 fr.)

Prix Ricord (300 fr.). A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1894-1895, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre société. (Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 600 fr.)

Les travaux des concurrents doivent être adressés au Secrétariat général de la *Société de Chirurgie*, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1895.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau a repris ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le dimanche 27 janvier, à neuf heures et quart; il les continuera les dimanches suivants, à la même heure, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis.

Hôpital Trousseau. — Service du docteur Comby : Consultations externes le lundi et le jeudi, à neuf heures. — Mardi et vendredi, salles Barrier et Blanche, de neuf à onze heures, leçons de clinique et thérapeutique infantiles.

Congrès allemands. — Le septième Congrès de la Société allemande de Gynécologie aura lieu, cette année, à Vienne, à la Pentecôte. Les principaux sujets à l'ordre du jour sont : la rupture de l'utérus; l'endométrite.

— Le vingt-quatrième Congrès de la Société allemande de Chirurgie se réunira, cette année, à Berlin, du 17 au 20 avril, sous la présidence du professeur Gussenbauer.

Congrès international d'hygiène et de démographie en 1897. — Le neuvième Congrès international d'hygiène et de démographie se tiendra, à Madrid, du 11 au 18 octobre 1897. Chose curieuse : au moment où on discute la nécessité d'une langue scientifique unique, il a été décidé que les communications pourraient être faites dans les six langues officielles que voici : espagnol, portugais, français, italien, anglais et allemand.

Un monument à Billroth. — Un monument va être érigé à la mémoire de Billroth dans la cour d'honneur de l'Université de Vienne.

Le conseil des professeurs de la Faculté à Vienne a décidé d'élever un monument à Skoda et à Rokitansky.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. H. Richardière : Médicaments modificateurs de la glycosurie.
II. Feuilleton.
III. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
IV. Revue obstétricale.
V. Revue des travaux français : Chirurgie.
VI. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VII. Revue de la Société de Thérapeutique.
VIII. Échos et nouvelles.

MÉDICAMENTS MODIFICATEURS DE LA GLYCOSURIE

Par H. RICHARDIÈRE.

I

Les récentes études sur la physiologie pathologique du diabète si intéressantes au point de vue de la pathogénie de cette maladie, n'ont eu, jusqu'à présent, qu'un retentissement insignifiant sur son traitement.

Le traitement du diabète est resté à peu près tel qu'il a été établi par Bouchardat. Le régime alimentaire azoté, les exercices physiques, l'absence du surmenage intellectuel et de la fatigue corporelle en sont encore les bases essentielles.

La nécessité d'un régime alimentaire spécial, d'où sont exclus les sucres et les féculents, a gardé son importance capitale dans toutes les formes du diabète. L'expérience clinique a démontré, indépendamment de toute théorie pathogénique, que la suppression de ces aliments s'imposait d'une manière absolue aussi bien dans le diabète arthritique, où un régime approprié peut donner une survie qui équivaut presqu'à une guérison, que dans le diabète nerveux et que dans le diabète pancréatique, où il peut seul donner quelque espoir de prolonger la vie des malades.

Les prescriptions hygiéniques, qui s'adressent au régime alimentaire et aux exercices physiques, ne sont, toutefois, pas les seuls moyens d'action que la médecine ait à sa disposition dans le traitement du diabète. Si elles font le plus souvent baisser le chiffre de la glycosurie, d'une façon appréciable; si, parfois même, elles la font disparaître complètement, il n'en est pas moins vrai que, dans un grand nombre de cas, l'action des moyens hygiéniques est puissamment aidée par l'emploi simultané de quelques médicaments.

L'utilité des médicaments comme modificateurs des symptômes du diabète, en particulier de la glycosurie est, d'ailleurs, admise par la plupart des auteurs, et si on jugeait l'efficacité du traitement pharmaceutique par le nombre des médicaments qui ont été successivement proposés et vantés outre mesure, dans aucune autre maladie, la matière médicale ne fournirait de pareilles ressources. Mais, comme on l'a fait justement remarquer, une telle richesse masque, en réalité, la pénurie de nos moyens. Un grand nombre de médicaments vantés comme spécifiques ont été reconnus insuffisants ou même dangereux. Ceux qui ont résisté à l'épreuve de la clinique et qui sont, par suite, vraiment efficaces, sont en petit nombre. Parmi ces derniers, quelques-uns, suivant la classification adoptée par Lécorché, sont des antidiabétiques complets, c'est-à-dire qu'ils font baisser à la fois le chiffre du sucre, de l'urée, et

FEUILLETON

Deux morts de médecins.

Une correspondance du *Medical Magazine* nous a apporté le récit d'un acte de sauvagerie inqualifiable dont se seraient souillées les troupes brésiliennes du général Hyppolito, au cours de leurs opérations contre les rebelles. Cet acte inouï a été accompli non seulement au mépris des principes de la Convention de Genève, de la neutralité des médecins et de l'inviolabilité des blessés, mais au mépris des plus simples lois de l'humanité.

Voici le fait dans son horreur brutale : Après la bataille de Sorandi, les rebelles mis en déroute et pourchassés s'étaient trouvés dans la nécessité d'abandonner à l'ennemi leurs convois et même leurs ambulances. Celles-ci, marquées de la Croix-Rouge, abritaient, outre les malades, 33 femmes et enfants. Le médecin en second de ces ambulances était un Français, le Dr Deville, ancien étudiant de l'École de Grenoble. Son médecin en chef, Dr Laudares, qui savait sans doute à quoi s'en tenir sur la loyauté des adversaires, l'avait supplié de fuir.

Notre compatriote refusa de se rendre à ses instances, si pressantes fussent-elles. « Nous sommes garantis, lui répondit-il, par les conventions de Genève et protégés par le drapeau de la Croix-Rouge. Je puis sauver, par ma présence, ces blessés et ces femmes; je dois l'essayer tout au moins. Mon devoir est de rester, je suis Français, je reste. »

Son héroïsme devait être inutile. Les soldats se précipitèrent et tout fut massacré : malades, blessés, femmes et enfants. Deville qui, au moment d'être frappé à son tour, élevait instinctivement les bras pour se défendre, eut les poignets tranchés du même coup qui fit tomber la tête.

Devant l'exécrable forfait de ce général lançant des régiments victorieux contre des êtres sans défense et les conviant à ce rut d'inutile carnage, on est presque tenté d'éprouver quelque indulgence pour un livre dont la publication souleva quelque émoi il y a deux ans et suscita des polémiques passionnées. Il n'y a rien, en effet, dans la *Psychologie du militaire professionnel* d'Hamon qui appro-

la quantité des urines secrétées, et arrêtent l'amaigrissement. Ces antidiabétiques complets sont évidemment les médicaments de choix. Il serait à désirer que, dans le traitement du diabète, le médecin n'ait jamais à prescrire que des médicaments qui combattent l'ensemble du syndrôme diabétique. Malheureusement, soit par le fait de l'accoutumance, soit parce que la nature même d'un diabète n'est pas accessible au genre de médication, auquel répondent certains antidiabétiques complets, soit aussi par le fait de quelque complication concomitante, il arrive parfois que ces médicaments sont sans action sur les symptômes du diabète ou que leur emploi soit contre-indiqué. Il peut alors y avoir utilité à prescrire un médicament qui n'ait d'action que sur un seul symptôme, à condition que ce symptôme ait une importance capitale et que sa persistance puisse être l'origine de complications graves. C'est ainsi qu'il peut être nécessaire d'employer des antidiabétiques incomplets pour combattre une glycosurie intense et prolongée, qui n'aura pas été influencée préalablement par les antidiabétiques complets.

II

Les médicaments qui ont une action réelle sur la glycosurie et qui peuvent être prescrits sans inconvénient sont, d'ailleurs, peu nombreux.

Les sels alcalins figurent en tête de la liste des modificateurs de la glycosurie. Ce sont des antidiabétiques complets.

C'est aux sels alcalins qu'elles renferment que les eaux de Vichy et de Carlsbad doivent leur réputation justifiée dans le traitement du diabète. — Les alcalins ont une utilité incontestable dans le diabète lié à des troubles de la nutrition générale, dans le diabète des arthritiques.

Au point de vue théorique, le mode d'action des sels alcalins est très discuté. Une erreur physiologique de Mialhe a été le point de départ de leur introduction dans la thérapeutique du diabète. Contrairement à l'opinion de Mialhe, le sang des diabétiques n'est pas moins alcalin qu'à l'état normal et les sels alcalins n'agissent pas en augmentant l'alcalinité du sang. Leur action se fait sentir sur la nutrition générales. Est-ce en ralentissant les fonctions de la nutrition ou en les activant, est-ce encore en facilitant la digestion et l'assimilation? — La théorie importe peu. Au point de vue de la thérapeutique, le résultat seul est intéressant à connaître. A cet égard, les sels alcalins ont fait leurs preuves. Dans un grand nombre de cas, ils font baisser le chiffre de la glycosurie, et simultanément les autres facteurs de la gravité du diabète. Lorsque le diabète est peu intense, il n'est pas exceptionnel de voir disparaître complètement la glycosurie à la suite d'un traitement alcalin de quelques semaines. On ne compte plus les malades chez lesquels un semblable résultat est obtenu par une saison à Vichy ou à Carlsbad.

Le bicarbonate de soude est le plus généralement employé des sels alcalins. Les sels de potasse, que recommandait Bouchardat, sont actuellement abandonnés, en raison des craintes justifiées qu'inspire la toxicité de la potasse. Les sels de lithine sont plus difficilement supportés par l'estomac des malades; ils sont surtout indiqués chez les goutteux.

Le bicarbonate de soude est prescrit aux diabétiques à des doses variables. On se contente ordinairement d'en prescrire de 4 à 10 grammes dans les vingt-quatre heures. Quelques auteurs vont jusqu'à 20 et 30 grammes dans la même période de temps. Ces doses considérables ne sont pas nécessaires pour obtenir un résultat. Aussi croyons-nous qu'il est pré-

---

che de cela, rien qui fasse monter au cœur et aux lèvres autant d'indignation avec autant de dégoût.

Mais ce n'est pas ici la place de considérations de cette nature. Une association d'idées dont l'enchaînement est facile à déduire, me suggérait des réflexions d'un autre genre que je vais vous dire.

Les armées ont, de tout temps, classé à part certains groupes d'hommes qui en font cependant partie intégrante et elles les ont rangés sous une dénomination qui n'est pas sans entraîner avec elle l'idée de quelque dédaigneuse infériorité. C'est un sentiment qui me semble se dégager bien nettement de l'opposition tranchée des deux termes : combattants et non combattants. Il y a là, en ce qui concerne les médecins et leurs auxiliaires, une injustice pénible, plus accusée de nos jours qu'elle ne le fût jamais. Si l'on songe, d'une part à la portée et à la puissance de destruction des projectiles actuels, d'autre part à l'organisation et au mode de fonctionnement du service médical sur le champ de bataille, on arrive à admettre que la différence entre combattants et non combattants se réduit à presque rien et peut s'exprimer sous cette formule : les uns ont la consolation de rendre les coups qu'on leur donne ; les autres subissent la dure obligation de les recevoir sans les rendre. C'est une chose admirable que le courage de l'officier enfiévré, grisé, enivré par le fracas et le tumulte de la lutte où se concentrent toutes les facultés et toutes les énergies. Mais elle n'est pas moins méritoire la bravoure du médecin qui doit savoir, dans ce vacarme meurtrier, garder nette et froide sa raison, précise et sûre sa main, pour relever et soigner ceux qui sont tombés.

Ceci est plus frappant encore pour nos confrères de l'armée de mer, qui prennent leur part de tous les dangers, non seulement pendant le combat, mais encore chaque jour, en temps de paix. Le cuirassé qui s'abîmera en un instant, éventré par l'éperon ou la torpille, ne fera grâce à personne de la plus affreuse des morts et le poste des blessés y sera le plus sûr des tombeaux.

Lorsqu'un bâtiment est broyé et englouti par un de ces ouragans dont personne n'a décrit l'horreur, parce que personne n'en est jamais revenu, le médecin n'a pas le privilège d'échapper au désastre, et les grandes lames glauques et lourdes, aux volutes échevelées d'écume, qui

férable de s'en abstenir et de réserver la médication alcaline à doses massives pour les cas où il y a imminence de coma. En effet, quand on constate les signes prémonitoires de cette terrible complication du diabète, le bicarbonate de soude administré quotidiennement à la dose de 20 grammes et au-dessus peut parfois en prévenir le développement.

Généralement, le bicarbonate de soude donné à un diabétique dont la maladie est peu avancée, a un effet rapide. Sous son influence, les symptômes s'amendent. La glycosurie, en particulier, baisse immédiatement. Les diabètes, qui ne subissent pas l'action de ce sel alcalin, sont presque toujours des diabètes graves (Lecorché).

Le bicarbonate a son maximum d'effet presque d'emblée. Au bout de très peu de jours, la glycosurie est aussi réduite qu'elle peut l'être par le médicament. Elle reste alors stationnaire. Si elle n'a pas disparu complètement sous l'influence du bicarbonate de soude, il n'y a guère à espérer qu'elle disparaisse dans la suite.

Dans ces conditions, il ne paraît pas utile de prolonger indéfiniment l'usage du sel alcalin. Le mieux est de soumettre de temps à autre, tous les trois ou quatre mois, par exemple, le malade à une cure alcaline de quelques semaines. Le traitement alcalin ainsi institué est en définitive l'équivalent de la cure thermale à saisons successives, telle qu'elle est pratiquée dans les stations d'eaux alcalines. Lorsque la chose est possible, le traitement alcalin à domicile peut alterner avec les cures thermales.

Tel malade, soumis à l'usage du bicarbonate de soude en nature, ne peut être ainsi débarrassé complètement de sa glycosurie, alors que cette glycosurie pourra disparaître pour plusieurs mois à la suite d'une saison thermale.

Les contre-indications de la médication alcaline sont peu nombreuses. Le diabète pancréatique doit cependant la faire exclure. Il en est de même de la tuberculose pulmonaire compliquant le diabète. Elle doit encore être rejetée lorsque la maladie est arrivée à une période avancée et que la cachexie existe déjà.

III

Lorsque les alcalins sont contre-indiqués, ou lorsqu'après expérience on constate qu'ils ont une action insignifiante ou nulle sur la glycosurie, il y a lieu de recourir à une autre médication.

L'opium peut alors rendre de grands services. Ce médicament, qui a été introduit dans la thérapeutique du diabète par Rollo et par J. Franck, a l'avantage d'être un antidiabétique complet. Il agit à la fois sur la glycosurie, la polyurie, la polyphagie et il diminue l'excrétion de l'urée. Il a, par contre, l'inconvénient de n'avoir qu'une action passagère limitée à la durée de son emploi.

L'opium est donc indiqué lorsqu'il est nécessaire d'enrayer momentanément les symptômes du diabète, en particulier de diminuer une glycosurie excessive. On fait avec lui de la médication symptomatique. Sa valeur est donc inférieure à celle des alcalins, qui s'adressent dans une certaine mesure à la cause même de la maladie.

Les diabétiques ont une remarquable tolérance pour l'opium. On en prescrivait autrefois jusqu'à 0,50 centigrammes d'extrait et plus dans les vingt-quatre heures. Tommasini, cité par Dreyfus-Brissac, en a donné jusqu'à 1 gr. 50. De pareilles doses ne sont pas nécessaires pour diminuer la glycosurie. On se contente actuellement de 5 à 20 centigrammes d'extrait thébaïque par jour. La médication opiacée doit être intermittente. L'opium est administré pendant une

---

écrasent les naufragés aux pointes aiguës des roches, ne savent pas distinguer, j'imagine, entre le médecin et le marin.

Voici une histoire navrante que m'a dite un officier qui avait été le témoin du drame. Il en avait encore, en le racontant, l'épouvante dans les yeux.

C'était pendant l'hiver de 1870 où la rigueur des éléments, comme pour compléter les calamités de la défaite, ajoutait les douleurs et les tortures physiques aux angoisses morales et au désespoir. Vers la fin du mois de novembre, je crois, un bâtiment de guerre transportait des troupes de Bretagne dans le Cotentin. Le temps était affreux, la nuit noire, la mer démontée. Une de ces brumes épaisses, dont la Manche est coutumière, un brouillard impénétrable et glacé, le plus gros danger peut-être de la navigation, enveloppait tout. D'un bout du navire on n'eût pas aperçu l'autre extrémité. Quatre cents hommes environ, équipage et passagers compris, naviguaient ainsi non loin des côtes redoutées, que hérissent tant d'écueils, que tourmentent des courants de foudre et dont les feux étaient invisibles.

Tout à coup, au milieu du fracas de la tempête, vent qui mugit, cordages qui sifflent, mer qui gronde, un bruit plus sinistre encore vient d'être perçu. Il grossit rapidement, emplissant tout de terreur. En même temps un point du brouillard s'éclaire d'une sinistre trouée jaunâtre. Plus de doute ; ce sont les brisants et cette lueur, là très haut — si haut parce qu'on en est tout près — c'est un phare... C'est la perte. Avant qu'aucune manœuvre ait été possible, la catastrophe est déjà produite : un choc énorme, le trésillonnement de la carène violemment ébranlée d'abord, immobile ensuite et couchée sur le flanc, l'indéfinissable crissement des roches écrasées sous la coque, puis l'immobilité funèbre dans l'assaut furieux des lames projetant par dessus les hunes les embruns de leurs crêtes pulvérisées.

Du sauvetage qu'on tenta d'organiser l'officier de qui je tiens ce récit ne put voir qu'un épisode. Il avait été chargé de recueillir les malades dans la baleinière qu'il commandait. On devine au prix de quels efforts surhumains, de quelles difficultés inouïes on put faire descendre ces pauvres gens dans le canot qui devait les sauver. Or la mer baissait vite, et à mesure qu'elle se retirait, les

ou deux semaines, à des intervalles assez espacés pour qu'il n'y ait pas lieu de craindre l'accoutumance du malade.

Le mode d'action de l'opium s'explique par le ralentissement qu'il détermine dans les oxydations organiques (Pecholier) ou par l'influence qu'il exerce sur la nutrition par l'intermédiaire du système nerveux (Brouardel). A l'appui de cette dernière opinion, on peut invoquer ce fait que l'opium est surtout efficace dans le diabète d'origine nerveuse et dans le diabète traumatique.

Parmi les nouveaux remèdes proposés pour combattre la glycosurie, l'antipyrine est un de ceux qui méritent le plus de confiance. Elle a été conseillée presque simultanément par Panas et par G. Sée. Ce dernier auteur avait été conduit à l'appliquer au traitement du diabète à la suite d'expériences sur des animaux rendus diabétiques par la phlorydzine. L'action de l'antipyrine sur la glycosurie a été bien étudiée par Robin. D'après cet auteur, l'antipyrine diminue sûrement la glycosurie quand elle est très intense. De plus, l'effet en est rapide. Si la glycosurie n'est pas modifiée par l'antipyrine au bout de peu de jours, il est inutile d'en continuer l'usage, car une modification ultérieure de la glycosurie n'est plus à espérer.

L'antipyrine, comme l'opium, doit être prescrite quand il s'agit de diminuer momentanément la glycosurie. En effet, son action est passagère, et la glycosurie revient ordinairement à son taux antérieur quand on cesse l'emploi. C'est un médicament qui laisse reposer le diabète.

On prescrit l'antipyrine à la dose de 3 à 4 grammes par jour. La durée de la médication par l'antipyrine doit être courte, car ce médicament amène rapidement des troubles digestifs, qu'il est indispensable d'épargner aux diabétiques, dont l'intégrité de l'appareil digestif est indispensable. L'antipyrine peut aussi déterminer de l'albuminurie transitoire (Lecorché). Pour empêcher les troubles digestifs causés par l'antipyrine, Dreyfus-Brissac conseille d'associer le médicament au bicarbonate de soude.

Chez un malade que j'observe en ce moment à l'hôpital Hérold, l'antipyrine a eu un effet remarquable sur la glycosurie et sur la polyurie, alors que les alcalins étaient restés sans action.

Ce malade atteint d'un diabète grave, dont le début assez caractéristique annoncé par une polyphagie et une polyurie intenses, remontait à un an, en présentait les symptômes classiques, compliqués d'accidents nerveux. Les signes du pseudo-tabès diabétique existaient au grand complet. Au moment de mon premier examen, la polyurie était de 13 à 15 litres d'urine dans les vingt-quatre heures, avec une excrétion de 460 à 520 grammes de sucre. Un régime alimentaire sévère et l'ingestion de 20 grammes de bicarbonate de soude par jour n'avaient amené qu'une faible diminution de la polyurie et de la glycosurie. Le chiffre des urines était descendu à 8 ou 10 litres par jour avec un chiffre de glycose oscillant entre 380 grammes et 430 grammes; puis, les deux symptômes étaient stationnaires. L'antipyrine fut prescrite à la dose de 3 grammes dans les vingt-quatre heures. Le médicament fut administré le 8 janvier pour la première fois, et continué pendant dix jours. Dès le 9 janvier, le malade n'urinait plus que 7 litres et n'excrétait plus que 320 grammes de sucre. Le 11 janvier, le chiffre des urines était tombé à 2 litres avec 310 grammes de sucre. Le 12 janvier, les urines remontèrent à 4 litres et demi avec 300 grammes de sucre. Les jours suivants, il y eut entre 4 et 5 litres d'urines avec une excrétion de sucre variant entre

---

obstacles et les dangers devenaient plus grands; le difficile devenait l'impossible.

Le médecin du bord présidait lui-même à l'effroyable sauvetage, veillant à tous les soins, à toutes les précautions qu'exigeaient ses hommes. En vain le jeune officier, auquel le liait une étroite amitié, lui adressait-il des appels désespérés, lui démontrant que sa présence n'était point nécessaire, qu'on descendrait les derniers malades sans qu'il fût là. Il ne voulut rien entendre. Son devoir était de ne laisser personne derrière lui; il l'accomplit dans toute la rigueur de la lettre.

Lorsque enfin il put songer à lui, il était trop tard.

Il avait enjambé le bastingage et s'était glissé sous les porte-haubans du mât de misaine. Là, suspendu des deux mains aux barreaux de fer, le corps plaqué contre la muraille du navire, sans un point d'appui sous les pieds qui lui permit de s'élancer, il attendait l'instant propice où l'embarcation, passant à le ranger, il pourrait s'y laisser tomber. Mais, affreusement balloté par la mer, le canot, tantôt soulevé par une lame énorme montait jusqu'à son visage, frôlant son corps au risque de l'écraser, tantôt précipité dans le creux d'une houle descendait bien au-dessous de lui et s'éloignait du rivage. C'étaient d'affreuses angoisses : elles allaient avoir leur terme.

Emportée dans la volute d'une lame plus forte, la baleinière ingouvernable fut lancée, dans un flot d'écume, perpendiculairement aux flancs de l'épave, frappa le malheureux au ventre, qui fut affreusement déchiré, et broya les vertèbres. Le haut du corps tomba, la face en avant, dans l'embarcation; les jambes pendaient traînant à l'eau, de chaque côté de l'étrave, qui, toute mâchée, sanglante, sortait par le dos du cadavre. Quand on voulut le rejeter à la mer, un croc qui s'était engagé dans les anses intestinales arracha une partie des viscères.....

La baleinière arriva à Cherbourg trente-deux heures plus tard. Elle avait laissé derrière elle une autre victime. Celle-là était un canotier, l'esprit perdu, affolé de terreur, qui refusait d'exécuter les manœuvres commandées et excitait ses camarades à la révolte. Pour maintenir son petit équipage dans l'obéissance où était le salut, le lieutenant avait dû assommer ce pauvre diable à coups de barre de gouvernail.

250 et 300 grammes. Le 18 janvier, il y eut un peu de diarrhée, sans troubles gastriques ni albuminurie. Je fis cesser l'antipyrine. Dès le lendemain, la polyurie atteignit 6 litres, et la glycose monta à 340 grammes. Depuis lors, le chiffre des urines a oscillé entre 6 et 8 litres, avec une dose de sucre de 340 à 400 grammes.

IV

Un grand nombre de médicaments ont encore été proposés comme modificateurs de la glycosurie. L'arsenic, qui agit plus sur la nutrition générale que sur la glycosurie, convient surtout aux diabétiques tuberculeux. Le bromure de potassium, vanté par Felizet, doit être donné avec réserve, car il peut déprimer le système nerveux et affaiblir la résistance du malade. La médication antizymotique, basée sur l'existence d'un ferment qui transforme le glycogène en sucre, n'a pas répondu aux espérances qu'elle avait fait naître. Le sulfate de quinine, la créosote et les antiseptiques, ont le plus souvent un effet douteux ou nul sur la glycosurie.

La même remarque peut s'appliquer à un nouveau médicament fréquemment prescrit à l'étranger : les graines de jambul, plante de la famille des Myrtacées, ont été reconnues sans efficacité par plusieurs observateurs. Cependant, d'après Dujardin-Beaumetz, le jambul pourrait faire disparaître les dernières traces d'une glycosurie légère, déjà enrayée par le régime alimentaire. Le jambul est prescrit à la dose de 2 à 4 grammes de poudre de graines.

Le bicarbonate de soude, l'opium et l'antipyrine paraissent, en définitive, les meilleurs médicaments que nous puissions employer comme modificateurs de la glycosurie. Chez un grand nombre de malades, le bicarbonate de soude, donné en nature ou prescrit avec une eau minérale alcaline, suffit pour enrayer la glycosurie et faire disparaître les symptômes d'un diabète de moyenne intensité.

L'opium et l'antipyrine sont indiqués pour renforcer momentanément l'action du sel alcalin ou le suppléer s'il paraît inefficace, soit au début de son emploi, soit après plusieurs cures alcalines successives. L'effet de ces médicaments sur la glycosurie les rend précieux dans tous les cas où la déperdition du sucre intense et prolongée menace de conduire rapidement les diabétiques à la cachexie.

Congrès de gynécologie à Bordeaux. — A l'occasion de la treizième Exposition que prépare la Société Philomatique de Bordeaux pour l'année 1895, la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de cette ville prépare un Congrès qui se tiendra du 12 au 16 août prochain, en même temps que le Congrès de médecine interne.

L'ouverture du Congrès aura lieu sous la présidence générale de M. le professeur Tarnier.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

La grippe et la mortalité dans Paris. — Rapport du docteur Haffkine à la municipalité de Calcutta, sur la vaccination anticholérique qu'il a pratiquée dans l'Inde. — Constatation de la viande de cheval dans les saucissons. Obligation pour les vendeurs de faire connaître la nature de leur produit.

L'état sanitaire de la France n'est pas aussi satisfaisant qu'il l'était depuis six mois. A Paris, qui peut, à cet égard, servir de baromètre, la mortalité qui avait été, pendant la belle saison et pour des raisons que nous avons indiquées, très sensiblement inférieure à celle des années précédentes, avait continué à se tenir au-dessous jusqu'ici. Elle s'est subitement élevée; elle a dépassé, dans la cinquième semaine de l'année, c'est-à-dire du 27 janvier au 2 février, la semaine précédente de 150 décès et atteint le chiffre de 1,350, bien supérieur à la moyenne de la saison.

Cette aggravation subite est le résultat du froid exceptionnel que nous subissons depuis quinze jours et de l'extension que prend la grippe, dont nous avons signalé la réapparition dans notre dernière chronique. Le chiffre des malades augmente, hâtons-nous de le dire, dans une proportion bien plus grande que celui des décès. Les hôpitaux en sont encombrés. L'administration de l'Assistance publique a été obligée d'y placer 1,200 lits supplémentaires et s'apprête à créer de nouvelles ressources provisoires pour faire face aux nouveaux besoins.

La maladie reste bénigne jusqu'ici, malgré l'abaissement de la température. Le Bulletin hebdomadaire de statistique municipale ne lui attribue que 45 décès. Il est vrai qu'on peut vraisemblablement y ajouter bon nombre de morts portées au compte de la congestion pulmonaire, qui prime dans la statistique avec le chiffre de 87.

Les maladies infectieuses, par compensation, n'ont jamais été plus rares. La fièvre typhoïde n'a causé que 14 décès pendant les cinq premières semaines de l'année, au lieu de 50, qui représentent la moyenne de la période correspondante pendant les années précédentes. La variole, la scarlatine, la rougeole, sont aussi rares; la diphtérie elle-même est réduite au tiers de ses proportions habituelles. Tout fait donc espérer que le beau temps fera disparaître la mortalité exceptionnelle que les froids ont amenée et qui est presque entièrement due maladies aiguës des voies respiratoires.

— Nous avons parlé à diverses reprises des vaccinations anticholériques que le docteur Haffkine pratique dans l'Inde, depuis 1893. Nous avons exposé sa méthode et les expériences qu'il a faites à l'Ins-

titut Pasteur, avant de partir pour le Bengale (1). On se souvient que la municipalité de Calcutta le subventionne depuis deux ans; il vient de lui rendre compte récemment des résultats qu'il a obtenus jusqu'ici.

Le nombre des inoculations faites dans l'Inde et le Jedjab s'élève aujourd'hui à 32,168; mais les seules qui aient une valeur comparative, sont celles qui ont été pratiquées dans un milieu épidémique. On peut alors établir le rapport des cas de choléra et des décès survenus chez les inoculés avec ceux qui se sont produits chez les autres. Ce calcul a donné les résultats suivants. Il y a eu 10,63 pour 100 de personnes non inoculées qui ont été atteintes, et il en est mort 6,51 pour 100, tandis que les inoculés n'ont eu que 4,20 pour 100 de malades et 3,80 pour 100 de morts. La différence n'est pas assez grande pour qu'on puisse regarder la question comme tranchée; mais elle suffit pour encourager le Dr Haffkine à continuer les vaccinations, et il y est d'autant plus autorisé, qu'avant de les commencer, il s'est assuré de leur innocuité parfaite sur lui-même et sur les personnes de son laboratoire.

— La séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, qui s'est tenue le 1er février, a été particulièrement intéressante par le nombre et l'importance des rapports qui y ont été lus. Nous citerons en première ligne celui de M. Michel Levy sur les dangers de la fabrication et du transport de l'acide carbonique liquide; mais nous en résumerons le compte rendu à une époque ultérieure, parce que la discussion de ce travail a été remise à quinzaine.

Le second rapport dont le Conseil a entendu la lecture est celui de M. Nocard, sur le saucisson de viande de cheval. Notre savant collègue avait été, l'an dernier, chargé par le Préfet de Police de l'examen d'une réclamation formulée par le Syndicat de la charcuterie de Paris, et tendant à ce que les vendeurs de saucisson de cheval fussent obligés de faire connaître à l'acheteur, par un étiquetage spécial, la nature véritable du saucisson mis en vente. A cette époque, il n'existait aucun moyen de reconnaître la viande de cheval de celle des autres animaux de boucherie, et M. Nocard pensant qu'il était inutile de prescrire une mesure complètement dépourvue de sanction pratique, se borna à conseiller au préfet un redoublement de surveillance dans les abattoirs et les clos d'équarrissage; mais deux savants allemands, MM. Edelmann et Brautigam, viennent de découvrir un moyen simple et pratique de reconnaître cette viande de celle des autres animaux domestiques, même quand elle y est mélangée en petite quantité, et notre collègue a pensé que le moment était venu de donner satisfaction au Syndicat de la charcuterie parisienne.

La question a son importance. La consommation de viande de cheval augmente peu à peu.

En 1892, on a abattu, pour la boucherie hippophagique, 16,483 chevaux, 206 ânes et 43 mulets, dont le rendement en viande nette peut être évalué à 4,149,950 kilogrammes (1). Toute cette viande n'est pas débitée dans les 120 boucheries hippophagiques qui existent actuellement à Paris. On n'y vend que les morceaux de choix; le reste est livré au hachoir et transformé en saucisson. Cette nouvelle industrie est sans danger à Paris, parce que les abattoirs, les boucheries et les fabriques de saucissons sont l'objet d'une surveillance constante exercée par des vétérinaires compétents; mais dans la banlieue et en province, l'inspection n'existe que de nom et il est vraisemblable qu'on y transforme en saucissons des viandes provenant des clos d'équarrissage, comme cela est arrivé récemment en Belgique.

D'une autre part, si le saucisson de cheval peut être consommé à Paris sans inconvénient pour l'hygiène, les fabricants qui le livrent à la consommation, sans en indiquer la nature, trompent le public et font aux charcutiers une concurrence déloyale. Il est donc heureux qu'on ait découvert un moyen pratique et sûr de dévoiler cette tromperie.

Ce moyen consiste à traiter par l'eau iodée le bouillon obtenu avec le produit suspect. S'il contient de la viande de cheval, n'y en eut-il qu'un cinquième, on voit apparaître une coloration rouge brun violacé tout à fait spéciale. Les faits annoncés par MM. Edelmann et Brantigam ont été contrôlés et vérifiés dans le laboratoire de M. Nocard et sous ses yeux. Le procédé à suivre est facile et ne demande pas un outillage bien compliqué. Nous renverrons pour sa description au rapport de M. Nocard (2). Il se termine par une conclusion que le Conseil d'hygiène a votée sans discussion et qui donne satisfaction au Syndicat de la boucherie, en obligeant les fabricants de saucisson de cheval à faire connaître à l'acheteur, par un étiquetage spécial, la nature du produit mis en vente.

JULES ROCHARD.

(1) *Union Médicale*, 18 décembre 1894, n° 834; 27 décembre 1894, n° 874.

(1) *Annuaire statistique de la Ville de Paris pour 1892*, p. 247.

(2) NOCARD : Rapport au Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, lu à la séance du 1er février 1895 (*Compte-rendu des séances du Conseil*, n° 3, p. 32).

REVUE OBSTÉTRICALE

La symphyséotomie est devenue une opération de pratique courante dans les hôpitaux, aussi tous les accoucheurs liront avec intérêt la statistique que

M. le professeur Pinard vient de publier (*Ann. de gynécologie*, janvier 1895).

Cette statistique comprend les résultats obtenus à la clinique Baudelocque, du 7 décembre 1893 au 7 décembre 1894. Pendant cette année, M. Pinard et ses élèves ont pratiqué 22 symphyséotomies. Ses observations des 12 dernières malades opérées sont publiées avec détail. L'accouchement s'est fait 9 fois par le sommet, 2 fois par le siège et 1 fois par la face. Sur les 9 accouchements par le sommet, on a appliqué le forceps 5 fois seulement; dans les 4 autres cas, l'accouchement s'est fait spontanément après l'ouverture de la symphyse. La mortalité de ces 22 opérations a été de 3 cas pour les mères et de 2 cas pour les enfants. Pendant ces opérations, M. Pinard n'a pas eu d'hémorragie, pas de section du vagin par le pubis, ce qui tient, à son avis, à l'introduction préalable dans le vagin du ballon de Champetier.

Au point de vue des suites, les opérations ont été également heureuses, puisque toutes les femmes revues plus ou moins longtemps après leur accouchement pouvaient vaquer à leurs occupations. En somme, la statistique brute de M. Pinard des 49 symphyséotomies faites dans son service est la suivante : 4 morts sur 49 femmes opérées; 5 morts sur 49 enfants.

Cette statistique de 8,2 % est beaucoup plus satisfaisante que celle des auteurs étrangers qui est de 12 % de mort pour les mères. En effet, d'après Neugebauer, Olshausen, Solowij, etc., la symphyséotomie serait presque aussi grave que la césarienne, dont la mortalité est de 14 à 15 %. Les complications les plus fréquentes et les plus graves, d'après eux, seraient l'hémorragie, qui se voit dans 1 cas sur 7, et la déchirure du vagin, qui est aussi fréquente. On voit que pour ces auteurs, si l'on y joint les cas d'infection, les complications de la symphyséotomie seraient moins rares que l'on veut bien dire.

Parmi les opérations qu'a publiées M. le professeur Pinard, il y en a deux qui sont intéressantes à un point de vue spécial; ce sont celles qui ont trait à des opérations pratiquées pour la seconde fois chez la même femme.

A ce propos, M. Guéniot a insisté à la Société obstétiscale (décembre 1894) sur la difficulté qu'il avait eue à sectionner une symphyse déjà opérée une première fois. A la même séance, M. Budin a également fourni une observation d'une malade opérée dans son service par M. Bonnaire, chez laquelle il y avait une bande fibreuse très épaisse en arrière de l'articulation. La symphyse se trouvait ainsi entourée par une coque fibreuse provenant de la cicatrisation de la première opération.

Puisque nous parlons de statistique, il nous paraît utile de signaler la communication que M. Budin a faite à la Société d'obstétrique et de gynécologie, le mois de décembre dernier (voir aussi *Progrès médical*, 19 janvier 1895). Cette communication traite de la prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés par le nitrate d'argent à 1 pour 150.

On sait combien est grave et fréquente encore cette affection. Au point de vue clinique, elle peut se diviser en deux catégories : l'ophthalmie primitive et l'ophthalmie secondaire.

La première survient le lendemain ou le surlendemain de la naissance; elle est très grave si elle n'est pas soignée immédiatement. La seconde, moins grave, se voit du dix au douzième jour après l'accouchement. L'ophthalmie primitive est due, le plus souvent, au gonocoque ou au bacille de Wecks (voir thèse Morax, 1894); l'ophthalmie secondaire reconnaît pour cause le streptocoque, le staphylocoque ou le pneumocoque (voir Parinaud jeune, Championnière, janvier 1895).

Les moyens prophylactiques sont de deux ordres. Il faut d'abord que les accouchées soient dans un milieu dont l'état sanitaire soit satisfaisant. Cet état ne sera acquis qu'au prix d'une antisepsie rigoureuse et d'un isolement bien compris. Toutes les affections capables d'infecter la mère ou l'enfant devront être soignées à part (panaris, érysipèle, lymphangites du sein, conjonctivites, etc.).

Le second moyen consiste à laver les yeux de l'enfant aussitôt après la naissance avec un antiseptique. Le procédé le plus connu et le plus efficace est celui que Crédé a préconisé. Il emploie depuis longtemps une solution de nitrate d'argent à 1 pour 50.

D'autres antiseptiques sont encore employés : le sublimé à 1 pour 5000, l'acide phénique à 2 pour 100, le jus de citron, la poudre d'iodoforme, etc.

M. Budin ayant remarqué que la solution de Crédé amenait souvent du gonflement des paupières et une sécrétion abondante dans les premiers jours qui suivaient la naissance, eut l'idée d'employer cette solution diluée au tiers, c'est-à-dire une solution à 1 pour 150. Sur 2004 enfants traités ainsi, il a observé 2 cas d'ophthalmie primitive. On voit donc combien cette méthode est excellente; aussi M. Budin se demande si l'on ne devrait pas forcer les sages-femmes à employer ce moyen qui, du moins, ne présente aucun inconvénient.

En somme, nous voyons que l'ophtalmie des nouveau-nés pourra disparaître presque complètement si l'on suit les deux préceptes suivants :

1° Antisepsie rigoureuse pendant l'accouchement et les suites de couches, et isolement de toutes les affections contagieuses;

2° Traitement prophylactique par le nitrate d'argent à 1 pour 150.

BRINDEAU.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS

CHIRURGIE

Traitement médical des salpingites. — Kystes dermoïdes traumatiques de la peau. — La tuberculose de l'ovaire.

M. Labadie-Lagrave vient de publier dans la *Semaine médicale* du 9 janvier 1895, une leçon intitulée *Diagnostic et traitement médical des salpingites*, dans laquelle il revient sur les idées émises déjà dans la médecine moderne.

On sait la compétence de l'ancien médecin de la Maternité dans ces sortes de choses, et du reste il commence par dire qu'il est loin de nier l'utilité de l'intervention chirurgicale, et il ajoute : « les salpingotomistes, les hystérectomistes trouvaient dans les grandes inflammations pelviennes, compliquées d'abcès nombreux et étendus, accompagnées de réactions péritonéales, un large champ ouvert à leur activité. Mais il est toute une catégorie de légions, salpingo-ovarites catarrhales, hydro et pyosalpinx, même entourés d'exsudats, qui, à notre sens, peuvent bénéficier largement des méthodes de douceurs ».

Nous sommes absolument de l'avis de M. Labadie-Lagrave et nous pensons comme lui qu'avant de se décider à l'intervention, il faut avoir essayé les traitements locaux sur l'utérus et s'être rendu compte de l'influence que cette thérapeutique aura pu avoir sur l'état des annexes.

Quant à ce qui doit décider les collections des trompes à produire dans l'utérus ce que M. Labadie-Lagrave appelle une vomique salpingienne, nous avons bien souvent cherché à obtenir ce résultat et, il faut le dire, sans y arriver, non pas que nous n'ayons vu le fait arriver, mais si rarement, malheureusement, qu'il est difficile de compter sur ce qui peut être considéré pour nous comme une chance.

Quoi qu'il en soit, M. Labadie-Lagrave étudie ensuite d'une façon complète et très instructive la marche clinique et le diagnostic des salpingites, puis il aborde le traitement.

Il soumet ses malades à une dilatation large et à un drainage prolongé. La dilatation est faite avec des laminaires et menée très loin, puis le curettage méthodique est pratiqué, suivi du drainage. Ce dernier est obtenu à l'aide de bandes de gaze iodoformée introduites dans la cavité utérine. Ce pansement est renouvelé tous les jours et précédé d'un lavage intra-utérin, jusqu'à ce que le col s'étant resserré, la mèche ne puisse plus être introduite.

C'est là, comme on le voit, une pratique des plus raisonnées et qui a donné de nombreux succès à M. Labadie-Lagrave; nous nous permettrons de lui faire remarquer que c'est du reste celle suivie par la plupart des chirurgiens, et il ne nous en voudra pas de faire du curettage un acte véritablement chirurgical.

Les Kystes dermoïdes de la peau semblent jouir d'une certaine vogue dans ce moment, car sans citer, puisque nous nous occupons de travaux français, l'étude de Kœnig « De l'anatomie des kystes dermoïdes et rebelles de la peau » parue dernièrement dans les *Archiv fur Klin-Chirurg*, nous trouvons dans la *Revue de Chirurgie*, du 10 décembre 1894, un mémoire de M. Lefort sur les *Kystes dermoïdes traumatiques*, et dans le numéro des *Archives générales de médecine*, de janvier 1895, *deux cas de kystes épidermiques des doigts*, recueillis par M. Desfosses dans le service de M. Blum.

Ces deux derniers auteurs étudient avec le plus grand soin l'anatomie pathologique de la poche, et démontrent que son développement est dû à une inclusion d'un lambeau épidermique. Il est du reste facile de comprendre qu'une greffe peut se produire par traumatisme, enfonçant un lambeau cutané dans les profondeurs des tissus, et des productions de kyste dermoïde ont déjà été réalisées chez les animaux de cette façon.

Voici du reste les principales conclusions de M. Lefort, qui s'occupe des kystes dermoïdes traumatiques.

Ceux-ci se rencontreraient presque exclusivement à la main et à l'iris. Ils sont produits par le développement d'un fragment cutané enfermé dans la profondeur des tissus par un agent vulnérant. Ces kystes dermoïdes traumatiques sont le plus souvent épidermiques, et l'expérimentation montre en effet qu'on ne réussit à les reproduire qu'avec des petits fragments formés uniquement d'épiderme.

Ces fragments cutanés se détachent plus facilement à la main que partout ailleurs, d'où la plus grande fréquence des kystes dans cette région.

Ce fragment cutané peut n'être pas complètement arraché et avoir gardé ses rapports profonds et conservé ses vaisseaux, ses nerfs et même ses glandes, même ses poils, ce qui explique les cas où on a rencontré un poil dans la poche.

Enfin, ce fragment refoulé ne forme jamais qu'une partie souvent très minime de la paroi du kyste, et tout le reste de la paroi est formé par la cicatrisation qui part des bords de la greffe profonde; ce qui explique que cette partie cicatricielle est dépourvue de papilles de glandes et formée tout bonnement d'une gangue conjonctive.

Comme on le voit, c'est le côté purement scientifique qui est intéressant dans ces travaux, et il était curieux de rapprocher des kystes dermoïdes produits par *inclusion fœtale* et de ceux déterminés par

une greffe expérimentale, ces kystes dermoïdes produits par un traumatisme. Ajoutons que M. Desfosses, dans son travail des *Archives*, ajoute à l'origne traumatique du kyste, la nature septique de l'agent vulnérant.

La Tuberculose de l'ovaire est l'objet d'un travail de M. Guillemain dans la *Revue de Chirurgie* (janvier 1895). Après avoir fait l'historique de cette affection et rassemblé dans un tableau quarante observations où l'examen macroscopique seul a été fait, l'auteur apporte treize observations dans lesquelles le microscope a décélé la lésion.

C'est une affection rare que la tuberculose ovarienne, et il est intéressant d'étudier sa pathogénie. D'abord, elle peut être primitive; mais c'est une exception, elle peut se montrer dans le cours d'une tuberculose générale. Il est particulièrement curieux de savoir quand l'ovaire se tuberculose d'emblée, comment se fait l'infection. Est-ce en suivant le canal vagino-utéro-tubaire? On ne le sait, mais Cornil, en inoculant des bacilles tuberculeux dans le vagin de cobayes, n'a obtenu de la tuberculose que dans la muqueuse utérine et pas dans l'ovaire. Il est probable que c'est le sang, la voie vasculaire qui doivent être incriminés.

L'histoire clinique de la tuberculose ovarique est impossible à faire. Le diagnostic d'ovaire bacillaire n'a jamais pu être fait qu'aux autopsies ou dans le cours d'intervention pour ablation des annexes; mais il faut savoir que la tuberculose ovarienne s'accompagne le plus souvent de lésions péritonéales et salpingées, mais de jour en jour la salpingite tuberculeuse est de plus en plus étudiée et son diagnostic peut être fait grâce aux poussées successives qui coïncident avec une nouvelle éruption de granulations tuberculeuses, grâce à l'état général et aux écoulements utérins dans lesquels on peut déceler le bacille.

Quant au traitement, c'est l'ablation des annexes par laparotomie. Il reste, sauf tout à fait au début, des adhérences nombreuses qu'il faut détruire, et on se trouve en présence d'une poche qui saigne et qu'il faut drainer. L'envahissement du poumon pourvu qu'il ne soit pas trop étendu n'est pas une contre-indication.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 février 1895

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Regnauld, ancien président. La séance est levée en signe de deuil après les élections.

ÉLECTIONS DE DEUX MEMBRES NATIONAUX DANS LA SECTION DE CHIRURGIE

Première élection

Ont obtenu :

MM.	Bœckel (Strasbourg)..	63 voix.	Élu.
	Combalat.....	1	—
	Bulletins blancs.....	2	—

Deuxième élection

MM.	Combalat (Marseille)..	53 voix.	Élu.
	Poncet (Cluny).....	2	—
	Auffret (Rochefort)...	3	—
	Bulletins blancs.....	4	—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Beaucoup de rapports dans la dernière séance.

Mais tout d'abord, à propos du procès-verbal, M. Kirmisson revient sur ce qu'il a dit antérieurement, qu'étant donnée une plaie quelconque de l'abdomen, il considérait comme dangereux d'émettre en principe qu'il fallait pratiquer la laparotomie en faisant une incision de l'appendice xyphoïde au pubis, et la faire suivre du dévidement de l'intestin. On ne mesure pas la valeur du chirurgien à la longueur de l'incision.

M. Routier prend alors la parole pour exposer une observation de M. Potherat sur l'*ablation d'une tumeur du mésentère*, suivie de guérison. Le néoplasme fut pris pour un kyste de l'ovaire, mais le ventre ouvert on reconnut une tumeur qui fut énucléée à travers une boutonnière faite dans l'épiploon. Il n'y avait pas de pédicule; une hémorragie en nappe fut facilement arrêtée par la compression et l'abdomen fut refermé. C'était un sarcôme globo-cellulaire. Ces observations sont rares, et M Routier malgré ses recherches n'en a pas trouvé de citées.

— C'est sur une *hémarthrose symptomatique d'un corps étranger articulaire*, que M. Félizet fait ensuite un rapport. Il s'agit d'un soldat soigné par M. Isambert. En descendant un petit talus, le malade vit tout à coup l'impotence se faire et son genou augmenter de volume. Le chirurgien cité arriva deux heures après l'accident, et trouva un épanchement qui avait dilaté tous les culs de sac synoviaux. Le genou était indolent sur tous ses points; il n'y avait donc pas à songer à une entorse de l'articulation fémoro-tibiale. La ponction fut pratiquée et montra du sang rouge d'abord, qui à la fin de l'écoulement était mélangé avec de la sérosité. L'épanchement vidé, il fut facile de constater dans l'article un corps étranger, à cheval sur l'interligne articulaire et franchement mobile.

L'arthrotomie fut alors faite, et M. Isambert put extraire une arthrophyte en connexion avec les

franges synoviales et adhérant au bord interne du tibia. Après section des liens fibreux, on eut entre les mains un corps fibro-cartilagineux, ayant trente millimètres de large et quinze millimètres d'épaisseur. Il n'y avait pas trace de fracture et on voyait parfaitement la section du pédicule synoviale avec le vaisseau qui avait donné lieu à l'hémorragie. Cette observation est particulièrement curieuse, car elle démontre d'une façon bien nette la formation des corps étrangers articulaires, aux dépens du tissu cartilagineux, qui se trouve dans les franges synoviales.

M. Monod demande si le traumatisme a été violent, car dernièrement il a fait l'arthrotomie et a extrait un corps étranger articulaire, formé par suite d'une fracture, comme il était facile de s'en rendre compte en regardant la face osseuse du corps articulaire, dont la forme correspondait à une perte de substance du côté du squelette de l'articulation. Dans ce cas aussi il existait de l'hémo-hydartrose.

M. Felizet répond que dans le cas de M. Isambert, le traumatisme avait été tellement léger, qu'on pouvait le considérer comme nul.

— *La luxation métatarso-phalangienne du gros orteil en bas* est une affection tellement rare que M. Delorme (du Val-de-Grâce), n'a pu en découvrir d'autre cas que celui adressé à la Société par M. Amat, et sur lequel il fait un rapport. Cette luxation était du reste ouverte, et pour opérer la réduction, il fut nécessaire de réséquer une petite partie de la tête du métatarsien.

Cette luxation fut la conséquence d'une chute de cheval, le pied étant resté dans l'étrier. Le rapporteur en étudie le mécanisme ; elle se produisit probablement dans un moment de flexion et de rotation sur l'axe. Tous les ligaments durent être rompus pour permettre à la tête de se déplacer, car si on compare avec ce qui se passe au pouce, il ne peut en être autrement.

M. Delorme eût préféré s'adresser à la phalange dans la résection qu'au métatarsien.

— Signalons, à propos de la présentation des malades, une femme opérée par M. Tuffier d'un goitre kystique et qui vit les autres symptômes de la maladie de Basedow s'améliorer. A ce propos, M. Marchant rapporte une observation semblable, ainsi que M. Championnière et que M. Peyrot, qui rappelle les interventions déjà anciennes de M. Tillaux dans cette affection. M. Picqué signale le fait de disparition d'un goitre à la suite d'une myomectomie, et M. Bouilly cite deux résultats analogues à la suite de salpingectomies doubles.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1895

Une des causes les plus puissantes de dissémination de la diphtérie est la longue persistance du bacille Klebs-Loëffler dans la bouche et les fosses nasales des malades guéris. Une prophylaxie parfaite de la diptérie ne consiste pas seulement à isoler l'enfant pendant sa maladie et à désinfecter les locaux et tous les objets qui ont pu être contaminés ; il faudrait aussi isoler le petit malade aussi longtemps qu'il peut être contagieux. Or, il reste contagieux tant qu'il recèle dans ses cavités nasale et buccale des microbes vivants. Il suffirait, pour le démontrer, de rapporter quelques-uns des faits, malheureusement trop nombreux, de contamination d'enfants sains par des enfants déjà guéris depuis plusieurs jours ou même plusieurs semaines.

Mais possédons-nous des données suffisantes pour fixer approximativement la durée de la contagiosité après la guérison ? Des recherches ont été faites dans ce sens depuis plusieurs années ; ce sont des recherches analogues que MM. Sevestre et Méry communiquent aujourd'hui à la Société médicale des hôpitaux. Ni les unes ni les autres, disons-le tout de suite, ne permettent de préciser la limite extrême de la persistance de la vitalité du bacille ; mais elles mettent bien en relief cette persistance et sa grande variabilité.

Après avoir rappelé l'opinion de Loeffler qui recommandait d'isoler les diphtériques pendant quatre semaines, les recherches de Roux et Yersin, qui ont plusieurs fois trouvé le bacille virulent dans la bouche des malades douze et quatorze jours après la guérison, celles de Tobiesn, qui a observé la persistance du bacille virulent dans la moitié des cas, celles de Tézenas du Monteil, qui sur 60 cas a constaté 20 fois cette persistance, enfin plusieurs faits de contamination plus ou moins tardive, M. Sevestre arrive à ses propres recherches. Un certain nombre d'observations ont été prises en juin et décembre 1893, par MM. Méry et Péron, sur des enfants traités par l'application de topiques antiseptiques, mixture de Gaucher, stérésol de Berlioz, sublimé au 1/20e dans la glycérine, et par de grands lavages avec une solution phéniquée au 1/100e. Le diagnostique bactériologique était établi dès l'entrée du malade. Les ensemencements faits après la disparition des fausses membranes ont fourni des résultats variables. Dans la moitié des cas environ, le bacille de Loeffler avait disparu en même temps que les fausses membranes ou avait cessé d'être virulent. Dans les autres cas, les enfants, complètement guéris, ont conservé pendant une période de six à quinze jours des bacilles virulents. Dans un cas, la persistance du bacille

dans le mucus nasal a été constatée quarante jours après l'ablation de la canule trachéale, trente-huit jours après la sortie de l'hôpital. La virulence des bacilles persistant était établie par l'inoculation de leurs cultures aux cobayes.

D'autres observations ont été prises, en décembre 1894, chez des malades traités par le sérum de Roux, et ont donné des résultats analogues : les bacilles peuvent disparaître totalement avec les fausses membranes; ils peuvent persister un certain temps, à l'état de bacilles non virulents, affectant surtout le type de bacille court; enfin, ils peuvent persister à l'état virulent plus ou moins longtemps après la guérison des malades. Dans les deux premiers cas, il s'était agi le plus souvent de diphtéries bénignes ou moyennes.

M. Sevestre insiste sur la nécessité de l'examen bactériologique répété plusieurs fois après la guérison des malades. Il n'y a guère, en effet, qu'un signe qui permette de penser que le bacille persiste dans les fosses nasales des malades : c'est l'écoulement nasal plus ou moins abondant, sans caractère spécial; pour la gorge, il n'existe aucun signe clinique de la présence du bacille de Loeffler après la guérison.

Quelles précautions faut-il donc prendre à l'égard des convalescents de diphtérie? M. Sevestre les indique clairement dans ses conclusions : « Avant de réunir à des enfants bien portants des convalescents de diphtérie, il faut s'assurer, par l'examen bactériologique, qu'ils ne présentent plus dans la bouche ou dans les fosses nasales, de bacilles virulents. Cet examen bactériologique, même lorsqu'il a donné des résultats négatifs, doit être répété à plusieurs reprises, à quelques jours de distance. Pendant ce temps, il convient de pratiquer des irrigations de la gorge et des fosses nasales. L'écoulement nasal, quand il persiste après la disparition des fausses membranes, doit faire tenir l'enfant comme suspect. »

M. Sevestre réclame en terminant l'aménagement, dans l'hôpital, de salles de convalescence, d'où les petits malades ne sortiraient que lorsqu'ils ne seraient plus contagieux; ou mieux, la création hors Paris d'un asile de convalescence, où leur santé se rétablirait plus vite encore.

Les petits malades qu'on est obligé de renvoyer de l'hôpital aussitôt après leur guérison, disséminent autour d'eux la diphtérie. Il était utile, comme l'a fait M. Sevestre, d'attirer une fois de plus sur ce fait l'attention de tous ceux qu'intéresse la prophylaxie des maladies infectieuses. Mais son appel sera-t-il entendu et fera-t-on tous les sacrifices nécessaires pour faire disparaître cette cause considérable de contagion?

RICHARDIÈRE et FOURNIER.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

La Société de Thérapeutique a discuté la question intéressante des formes pharmaceutiques à préférer dans la médication quinique antimalarienne préventive. M. PATEIN a fait ressortir dans son Rapport que ce qu'il faut, lorsqu'il s'agit d'employer les sels de quinine à titre prophylactique, c'est une préparation peu soluble, suffisamment toutefois, pour être absorbée peu à peu, mais d'une manière continue, par l'organisme qui doit rester sans cesse sous l'influence quinique.

Il faut prendre comme sel le chlorhydrate qui, à dose égale, introduit dans l'organisme la quantité maxima d'alcaloïde. Enfin, il est nécessaire qu'un produit destiné à un corps expéditionnaire et à des hommes souvent disposés à le prendre avec répugnance, remplisse certaines conditions particulières qui sont : l'absence de saveur et l'administration facile; le dosage garanti et fait d'avance; la facilité du transport; la conservation certaine du médicament et le contrôle facile de sa qualité.

Voici les conclusions de M. Patein :

1° Les solutions de sel de quinine doivent être réservées pour les accès de fièvre;

2° Comme mesure prophylactique, il convient de préférer le chlorhydrate basique de quinine, qui est le plus riche en alcaloïde, et dont la solubilité est suffisante; il irrite moins les voies digestives que le sulfate; quant au bromhydrate, il paraît sur tout devoir être employé dans les fièvres rebelles, dont le chlorhydrate n'a pu venir à bout. La forme des comprimés doit être actuellement rejetée; les pilules à excipient soluble, les perles à enveloppe gélatineuse semblent les préparations de choix pour le traitement préventif; les pilules ou perles contenant chacune 25 centigr. de chlorhydrate de quinine pourront être données à la dose de deux par jour : une le matin, l'autre le soir, au commencement des repas. On pourra faire ingérer en même temps une petite quantité de liquide. Ces 30 centigr. ainsi répartis pourront suffire à maintenir continuellement l'organisme dans l'influence quinique. Quelle que soit la forme pharmaceutique adoptée pour le sel de quinine, il est indispensable de s'assurer préalablement de sa complète solubilité.

On ne peut que souhaiter de voir l'autorité médicale militaire, à laquelle la Société a décidé d'envoyer le travail de M. Patein, en prendre les conclusions en considération.

— M. BARDET a comparé la digitaline cristallisée française à la digitoxine allemande. Il résulte de ses recherches que la digitaline cristallisée, dite chloroformique, est le seul des produits retirés de la digi-

tale qui présente un principe réellement défini et d'action constante et bien connue au point de vue thérapeutique. La digitoxine n'est pas, comme on dit, un principe identique à la digitaline cristallisée ou même amorphe, c'est un mélange indéfini, non cristallisé; son activité est variable et peut être égale ou se montrer deux à trois fois supérieure à celle de la digitaline cristallisée. La digitaline amorphe, dite chloroformique, contient, comme la digitoxine, un corps, probablement glucosidique, d'activité considérable, qui peut en faire varier l'énergie.

La digitaline cristallisée, dite chloroformique, devrait être seule admise dans les pharmacopées, et la Société de Thérapeutique émet le vœu que le Codex français supprime la digitaline amorphe.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Réforme du concours de l'internat. — La Société médicale des hôpitaux vient d'émettre les deux vœux suivants : 1° De ne rien changer à l'économie de l'ancien concours; 2° de chercher le moyen de diminuer le nombre des candidats. Là est la question, on parle beaucoup d'écarter de l'internat les candidats étrangers, et cette idée a quelques de partisans.

La Société des Chirurgiens des hôpitaux, qui s'était ajournée à huitaine, a tenu mercredi séance et a discuté pendant une heure et demie les différentes idées apportées par plusieurs de ses membres. Elle a voté presqu'à l'unanimité le maintien du mode de concours actuel, rejetant, par conséquent, le plan défendu par M. Reclus qui voulait introduire le mode de faire des écoles gouvernementales, c'est à dire la copie anonyme avec correction en chambre par un jury spécial.

Elle a de plus délégué trois de ses membres qui défendront les idées adoptées par elle à la Commission de l'Assistance publique. Ces trois membres sont : MM. Le Dentu, Championnière et Peyrot.

Voici quelques-uns des projets qui ont été discutés: Faire faire d'abord la composition écrite, la mettre sous scellés, et commencer par l'orale; faire deux jurys indépendants en donnant à chacun la moitié des places, avec une épreuve supplémentaire pour les deux premiers; faire passer un examen éliminatoire qui serait composé de quatre à six questions d'anatomie sur lesquelles le candidat aurait à répondre en trois ou quatre lignes. La Société a été d'avis que le concours fût largement ouvert à tous les candidats, qu'ils soient élèves de première ou de seconde année.

Concours d'agrégation en chirurgie. — Le jury du concours qui s'ouvrira le 4 mars est composé de MM. les professeurs Duplay, président; Tarnier, Tillaux, Terrier, Berger, pour Paris, et de M. Maygrier, agrégé, de MM. Poncet, Gros et Folet pour la province.

Concours d'agrégation (médecine). — *Admissibilité aux épreuves définitives :* MM. Achard, Ausset, Bosc, Boyer, Brunelle, Charmeille, Chatin, Collet, Daunir, Duflocq, Etienne, Ferrier, Frankel, Gilles de la Tourette, Girode, Hobbs, Le Dantec, Lesage, Lion, Morel, Pic, Rispal, Sabrazez, Sacaze, Thiroloix, Thoinot, Wida, Wurtz, Zilgien.

Un buste à M. Lailler. — Les élèves et amis de M. Lailler ont offert son buste à l'hôpital Saint-Louis. La remise en a été faite dans une cérémonie toute amicale. Plusieurs discours ont été prononcés.

Don à la Faculté de médecine de Paris. — Le doyen de la Faculté de médecine de Paris est autorisé à accepter la dotation faite à ladite Faculté, par la dame Alexandra-Vincentine-Soplide Wolowska, veuve Léon Faucher, d'une rente de 1,200 francs en 3 °/₀ sur l'État français, pour les arrérages être employés, chaque année, à acquitter les frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que les frais d'impression de la thèse de deux étudiants français et de deux étudiants polonais.

Faculté de médecine de Lyon. — Le Conseil de la Faculté dressé la liste de présentation pour la chaire de pathologie externe. Les candidats inscrits, MM. Augagneur, Gangolphe, Jaboulay et E. Vincent, étaient tous tous agrégés et chirurgiens des hôpitaux. M. Augagneur a été désigné en première ligne, après deux tours de scrutin; M. Jaboulay en seconde ligne, également après deux tours de scrutin, et M. Gangolphe, en troisième ligne.

— L'Assemblée des professeurs et des agrégés, chefs des travaux, vient de désigner au choix de M. le ministre de l'Instruction publique pour le décanat, pour une période de trois ans, M. le professeur L. Lortet, doyen de la Faculté depuis sa fondation.

— Par arrêté ministériel en date du 15 février 1895, la chaire d'hygiène est déclarée vacante à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

Donations. — M. le baron Larrey lègue à l'Académie de Médecine le capital d'une rente de 500 francs pour la création d'un prix annuel de statistique médicale. Ce prix portera le nom de « Prix du baron Larrey ».

— Le Dr Jolicœur a légué à l'École de Médecine de Reims une somme de 15,000 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné à récompenser l'élève le plus laborieux du cours de médecine de première année.

De plus, notre confrère a légué aux établissements hospitaliers de Reims : 20,000 francs à la Maison de retraite; 10,000 francs à l'Hôtel-Dieu; 10,000 francs à l'Hôpital Général; 10,000 francs à Saint-Marcouls et 2,000 francs au Bureau de bienfaisance.

Nécrologie. — MM. Les docteurs C. Frézard (de Marseille), Gourdan-Fromental (de Vesoul) et Pannevel (de Neuilly), Gordon (de Montpellier), Hicguet (de Liège), Jean Lurai (de Lancats), J. Regnauld, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, Vital (d'Alger).

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Dr Helme : Les sarcomes primitifs des fosses nasales.
II. Résultats de l'ablation du cancer du sein.
III. Revue de la presse : Médecine.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Société de Chirurgie ; 3° Société médicale des Hôpitaux.
V. Revue de la Société de Dermatologie.
VI. Les livres nouveaux.
VII. Échos et nouvelles.
VIII. Nécrologie.

LES SARCOMES PRIMITIFS DES FOSSES NASALES

Par le Dr F. HELME

Les sarcomes des fosses nasales ne tiennent pas une grande place dans les traités classiques. C'est à peine si les auteurs leur consacrent un ou deux paragraphes. La raison de cette sobriété de détails provient surtout de ce que le début de ces tumeurs est insidieux et qu'elles n'occasionnent tout d'abord qu'un peu d'enchiffrènement et d'obstruction nasale. Comme il n'est venu à l'idée d'aucun malade de recourir, pour un coryza, aux soins des chirurgiens, il en est résulté que ceux-ci n'ont pu observer l'affection qu'à sa période d'état, au moment où les traitements plus ou moins médicaux ayant échoué, il a fallu mettre en mouvement d'autres méthodes thérapeutiques plus complexes et plus sérieuses.

Mais si la chirurgie ne pouvait offrir que des vues d'ensemble de la question, la rhinologie, par la minutie de ses procédés, devait bientôt pénétrer dans les détails et compléter de quelques anneaux la chaîne des descriptions commencée avant elle. Aussi est-ce dans les divers recueils de la spécialité qu'il faut aller puiser si l'on veut se faire une physionomie exacte de la maladie qui va nous occuper. Et encore nous ne trouvons, au début des études rhinologiques que quelques observations éparses. Ce n'est qu'avec le temps que l'œuvre se condense. C'est d'abord un travail de Schmiegelow sur les tumeurs malignes du nez (*Revue mensuelle de laryngologie*, 1885) ; puis c'est le mémoire de Plicque, dont nous nous sommes largement inspiré ici (*Annales des maladies de l'oreille*, 1890). Signalons encore deux intéressantes monographies : l'une de Delaux, l'autre de Le Fur (*Thèses de Paris*, 1883, 1893), et une récente étude due à Gouguenheim et à son élève Hélary (*Annales*, 1893).

Le titre de notre article nous dispense de délimiter longuement notre sujet ; il indique suffisamment que nous avons seulement en vue les sarcomes qui prennent naissance dans les fosses nasales mêmes. Nous laisserons donc de côté les néoplasmes qui, partis des cavités accessoires, ont envahi secondairement l'organe de l'olfaction.

De toutes les tumeurs malignes du nez, le sarcome est la plus fréquente, ce qui ne veut pas dire qu'on la rencontre souvent. Cependant on a beaucoup exagéré, à notre avis, sa rareté ; tous les rhinologistes ont pu en observer des cas, soit chez l'homme, soit chez la femme. Et, à la réalité, si la littérature spéciale n'abonde pas en faits de ce genre, cela tient à ce que, depuis quelque temps, on ne juge plus utile de les publier. Nous n'avons pas à insister sur l'obscurité qui enveloppe encore l'étiologie des sarcomes. On a bien invoqué l'irritation, le traumatisme, les coryzas antérieurs et un certain état constitutionnel qui tend à faire revenir les cellules au type embryonnaire. Mais ce sont là, chacun le sait, des termes vagues qui cachent mal notre ignorance. Tout au plus, le traumatisme a-t-il pu être nettement mis en cause dans quelques cas. Bien que l'on ait enregistré deux ou trois exemples de sarcomes congénitaux du nez, il est rare que l'affection s'observe avant la quinzième année. Elle est peu fréquente après cinquante ans. A cette époque de la vie, c'est surtout l'épithélioma que l'on rencontre. Les variétés les plus ordinaires sont, dans l'ordre de fréquence, les sarcomes myéloïdes, fasciculés et globo-cellulaires. Enfin, on a signalé récemment la forme thélangiectasique (Gouguenheim), sans compter d'ailleurs toutes les autres variétés : angio-sarcomes, mélano-sarcomes, etc., mais qui sont cependant plus rares.

Les symptômes du début sont d'ordre purement mécanique. Le malade se plaint d'une simple obstruction nasale qui peut faire penser aussi bien au coryza banal qu'aux polypes. Si la tumeur est pédiculée, il accusera une sensation de corps étranger ballotant dans les fosses nasales à chaque mouvement respiratoire. Quelquefois, à cette période, il y aura des épistaxis légères ; mais le signe important qui mettra l'attention en éveil, c'est le siège de la tumeur. D'une façon générale, il faudra se méfier des néoplasmes qui s'implantent sur la cloison, sur le plancher, ou qui semblent provenir de l'ethmoïde. La cloison, surtout dans sa portion cartilagineuse, est le siège de prédilection des sarcomes. Tantôt la tumeur, du volume d'un haricot ou d'une petite noisette, aura un aspect blanchâtre ou rosé ; d'autres fois, elle apparaîtra comme une masse framboisée, d'un rouge vif, saignant au moindre contact. Elle pourra, dans certains cas (forme globo-cellulaire) déborder de chaque côté du septum et revêtir l'as-

pect fluctuant d'une collection liquide. Un point essentiel qu'on devra élucider sous le contrôle de la vue, avec l'aide du stylet, est le mode d'insertion des néoplasmes. Ceux-ci peuvent être pédiculés ou sessiles, mais à base d'implantation limitée. Parfois on se trouve en presence d'un soulèvement total, diffus, en quelque sorte, de la muqueuse. Comme l'a bien fait ressortir Plicque, ce détail a une importance capitale au point de vue du pronostic et du traitement. On devra apprécier également la consistance de la tumeur Les sarcomes embryonnaires sont mous, les sarcomes à myéloplaxes donnent au toucher une sensation de parchemin quand ils n'ont pas subi les phénomènes de la dégénérescence; dans ce cas, ils peuvent être fluctuants, mais la base reste toujours dure. Les fibro-sarcomes et les sarcomes fuso-cellulaires sont durs, à moins qu'ils ne soient creusés de kystes.

C'est dans la première période de l'affection que l'on pourra surtout apprécier ces signes physiques.

Un peu plus tard les symptômes s'accentuent, on observe de l'épiphora, les épistaxis deviennent plus fréquentes en même temps que la gêne respiratoire augmente. A ce moment, la voix devient nasonnée, l'odorat n'existe plus, puis apparaît bientôt, par suite de l'irritation de la pituitaire. un écoulement d'abord séreux, muco-purulent, et enfin franchement purulent et fétide, rappelant l'ichor qui s'échappe des gommes ulcérées. Peu à peu les sécrétions sèchent sur place, se mêlent aux caillots, et le nez se trouve rempli de débris au milieu desquels se développent les diverses espèces pyogènes. C'est alors qu'interviennent des phénomènes d'infection, fièvre, céphalalgie, et des troubles gastro-intestinaux qui sont dus, soit à la déglutition de substances septiques, soit à leur absorption au niveau de la muqueuse nasale. On note encore de la dysphagie, de la sécheresse du pharynx et un certain degré d'hébétude. Tous ces accidents, joints aux hémorragies de plus en plus fréquentes, ne tardent pas à affaiblir considérablement le malade et à influer gravement sur son état général. Signalons enfin la tuméfaction ganglionnaire. Lorsqu'elle existe, elle est purement secondaire et d'origine inflammatoire; les sarcomes se propageant, comme on le sait, plutôt par le système veineux que par le système lymphatique.

La tumeur est cependant localisée encore dans les fosses nasales; mais continuant sa marche envahissante, elle va bientôt se prolonger, soit en arrière, provoquant la surdité, ou bien elle viendra faire saillie au dehors par l'orifice antérieur des narines. A ce moment, par suite de l'oblitération de plus en plus complète du canal nasal, on observera non seulement de l'épiphora, mais encore de véritables tumeurs situées au-dessous des points lacrymaux. Ces tumeurs, que l'on ne prendra pas pour une propagation du néoplasme, contiennent un liquide louche ou franchement purulent. Nous ne pouvons insister sur les déformations résultant de l'envahissement des sinus de la face, de l'orbite; elles sont les mêmes que celles observées quand il se développe une tumeur quelconque dans ces régions. Les déformations de la face varient selon les parties où le sarcome envoie des prolongements; « le nez peut être élargi et paraît aplati si la tumeur reste dans les narines, mais si les os du nez sont envahis, il se forme une tuméfaction de volume et de forme variables sur l'un des points externes de la pyramide nasale ».

L'évolution des sarcomes de la muqueuse pituitaire est soumise, bien entendu, au degré de développement des éléments cellulaires qui les composent. Il n'y a là rien de spécial à la pathologie nasale; mais cliniquement, on distinguera les sarcomes bénins et les sarcomes malins. Les premiers (myeloplaxes fuso-cellulaires, etc.) se développent lentement. L'intervention chirurgicale pratiquée ici dans de bonnes conditions peut amener la guérison complète. Les sarcomes malins ont une marche rapidement envahissante. En quelques mois, en quelques semaines, ils auront pénétré les cavités accessoires, soulevé et distendu les téguments. Souvent ils soulèvent les enveloppes du cerveau sans provoquer cependant des troubles extraordinaires (Verneuil, Petit) et le malade meurt d'un abcès cérébral que rien ne pouvait faire prévoir. En résumé, on peut espérer la guérison d'un sarcome myéloïde, craindre la récidive du sarcome fasciculé et l'affirmer pour l'encéphaloïde.

Les sarcomes des fosses nasales peuvent provoquer des métastases soit dans le foie, soit dans le poumon; de même une tumeur d'une région quelconque pourra se développer secondairement par le même mécanisme au niveau des cavités du nez. Le pronostic variera non seulement avec la structure histologique du néoplasme, mais encore avec son siège, son mode d'implantation et, en général, avec toutes les conditions qui peuvent favoriser ou entraver l'œuvre du chirurgien.

Le diagnostic est fréquemment des plus complexes. Le sarcome encéphaloïde, avec sa fausse fluctuation, pourra être pris pour un abcès, pour un hématome, pour un kyste séro-sanguin. Les polypes simples, les myxomes, ne devront pas être confondus avec le sarcome, bien que souvent ils coexistent avec lui dans les fosses nasales. Les polypes s'insèrent le plus souvent dans le méat moyen. Ils ont une teinte opaline ou grisâtre; munis d'un pédicule, ils présentent sur leur surface des petits vaisseaux minces et ténus, comparables à ceux de la rétine. Les polypes naso-

pharyngiens sont également une physionomie spéciale, leur siège, l'âge où ils apparaissent, dix-sept à dix-huit ans, n'est pas celui des sarcomes. Il en est de même de l'enchondrome, qui ne survient que dans le jeune âge et qui n'a pas de tendance envahissante. L'ostéome a une dureté caractéristique; il se développe lentement et ne provoque pas de suintement fétide. Signalons les corps étrangers qui ont pu donner lieu à des méprises; quant aux adénomes, dans bien des cas le diagnostic est si difficile que le microscope seul pourra l'établir.

Restent l'épithélioma et la carcinome. Ces tumeurs sont très rares dans les fosses nasales; de plus, l'ulcération est la règle, tandis qu'elle est exceptionnelle dans le sarcone. Le cancer présente un aspect papilliforme, fongueux; l'engorgement ganglionnaire est précoce, non douloureux; l'amaigrissement est rapide; la teinte jaune paille des téguments est également un précieux indice. Viennent enfin la syphilis et la tuberculose. Le chancre de la muqueuse pituitaire a été pris pour un sarcome au début; les gommes peuvent également en imposer, mais ici l'hémorrhagie est légère, la suppuration abondante. Les os sont envahis très rapidement, et en tous cas, le traitement spécifique viendra trancher la question. Le diagnostic avec la tuberculose végétante du nez est plus délicat. Lorsque l'auscultation des poumons aura été négative, l'aspect clinique des tumeurs étant le même dans les deux cas, l'examen histologique tranchera seul la question. Je ne parle que pour mémoire du rhinosclérome, cette affection étant très rare dans notre pays.

Les indications du traitement dépendront du siège de la tumeur, de son mode d'implantation, et aussi du degré de son développement. Au début, on pourra se servir de l'anse galvanique et l'enlever par la voie endonasale. Mais quand elle est d'un abord difficile, quand la base d'implantation est large, il n'y a pas à hésiter, et le rhinologiste doit passer la main au chirurgien, qui se trouve d'ailleurs en face d'une série d'opérations peut-être les plus compliquées de sa pratique. C'est d'abord le chloroforme, que l'aide ne peut donner sans gêner beaucoup l'opérateur. Puis c'est l'hémorragie en nappe qui viendra soudainement masquer le champ opératoire. Si la tumeur est molle, elle s'effrite, donne beaucoup de sang, et alors il est presque impossible de faire une opération radicale.

Les procédés chirurgicaux d'ablation sont nombreux, mais ils peuvent être ramenés à trois : 1° Procédé de Verneuil; 2° procédé de Chassaignac; 3° procédé d'Ollier. Quelle que soit la méthode suivie, on ne devra jamais oublier, avant de commencer l'opération, de pratiquer un tamponnement rigoureux des orifices postérieurs des fosses nasales, afin d'empêcher l'écoulement des liquides dans le pharynx et le larynx. Dans un premier temps, le chirurgien luxant le nez sur le côté, en haut ou en bas, ouvre la voie pour pénétrer jusqu'à la tumeur. Dans un second temps, la porte étant ouverte plus ou moins largement, suivant les besoins, il procède à l'opération du néoplasme.

Le procédé de Verneuil (incision en Y renversé allant jusqu'à 1 centimètre du lobule, puis incision partant de l'extrémité inférieure de la première pour pénétrer dans les narines) s'appliquera surtout aux tumeurs de petit volume situées sur la cloison.

Le procédé de Chassaignac, qui consiste à établir un volet que l'on rabat sur un des côtés de la face, se pratique en faisant deux incisions horizontales, une supérieure sur la racine du nez, d'un angle orbitaire à l'autre, l'autre inférieure, immédiatement au-dessous du nez, et d'une aile à l'autre. Ces incisions horizontales sont réunies par une troisième, verticale celle-là. La section des tissus peut être plus ou moins profonde, suivant que l'on a besoin de plus ou moins de jour.

Le procédé d'Ollier est utile quand la tumenr est située très en arrière. Il consiste en une incision en forme de fer à cheval, commençant au niveau postérieur de l'aile du nez, à droite, remontant vers le point le plus élevé de la dépression naso-frontale, puis redescendant à gauche par le même chemin jusqu'au niveau du bord postérieur de l'aile du nez. Ce sont là, comme on le voit, de bien grosses opérations, et les complications sont toujours à redouter, quelque soin que l'on prenne. On doit noter cependant la facilité de régénération des tissus, due à la richesse des réseaux vasculaires.

Mais il est des cas, et je crois inutile d'y insister, où le malade est dans un tel état d'affaiblissement que l'opération est devenue impossible. Ou bien la tumeur a émis des prolongements si nombreux, les résultats de l'intervention sont devenus si aléatoires, qu'on ne peut honnêtement s'y résoudre. C'est alors qu'il faut s'armer de patience. En dehors des analgésiques ordinaires, on devra pratiquer l'antiseptie nasale rigoureuse (chloral phényle à 1 % en lavages). On essayera également les insufflations de poudre de chlorate de potasse, qui ont quelquefois amené la régression partielle de la tumeur. On se servira aussi de la tisane de Zittmann, tisane n° 1, à base de salsepareille, de calomel et de cinabre; tisane n° 2, salsepareille et cardamone (v. *Annales de l'oreille*, 1890, Plicque, loc. cit., p. 160). Les ablations de fragments de tumeur ne devront jamais être pratiquées; ce sont des opérations inutiles et dangereuses.

Si le chirurgien est appelé à intervenir pour arrêter les hémorragies de cette dernière période, il évitera

les tamponnements prolongés, cause d'infection. Il est préférable d'utiliser les injections d'eau très froide ou les solutions de chlorure de zinc à 3 ou à 8 °/₀₀. Ces injections étant très douloureuses, on devra administrer au préalable de fortes doses de chloral (Périer).

Comme on vient de le voir, si les sarcomes des fosses nasales sont soumis aux mêmes lois de structure et de développement que les autres sarcomes de l'organisme, ils s'en distinguent par leur évolution, par les difficultés de leur ablation, et enfin par les graves dangers dus à l'infection et à l'hémorrhagie qu'ils font courir aux malades.

RÉSULTATS DE L'ABLATION DU CANCER DU SEIN

Que les cancers et en particulier les cancers glandulaires soient causés par une variété spéciale de psorospermie, comme les travaux de ces dernières années, ceux de Sawtchenko surtout, tendent à le faire croire, ou qu'ils soient liés à une cause qui nous échappe encore, il n'en est pas moins certain que leurs éléments sont susceptibles de pulluler lorsqu'ils se trouvent disséminés dans l'organisme, comme le prouvent les récidives, greffes *in situ*, les métastases, greffes à distance, et encore l'expérimentation. Il est donc à prévoir qu'on devra enlever ces tumeurs en bloc, sans les ouvrir, comme on enlève une salpingite suppurée, par exemple, sans la crever, si l'on veut avoir quelque chance d'éviter la récidive. Ces principes ont déjà guidé quelques chirurgiens, mais leur nombre est encore petit et la plupart des opérations faites pour cancer du sein sont manifestement inadéquates au mal. On le constate souvent au moment même de l'opération, plus souvent encore lorsque la récidive précoce, *in situ*, survient. Cela tient, d'une part, à un parti pris qu'ont beaucoup de chirurgiens, de considérer les cancers du sein comme incurables; d'autre part, à ce qu'une opération tant soit peu radicale est, en apparence, beaucoup plus grave que l'opération simple : pourquoi donc risquer d'augmenter la mortalité opératoire, si la mortalité morbide ne peut tout de même pas être évitée?

Ce sont là les arguments qui ont servi contre le curage de l'aisselle, qu'aujourd'hui presque tous les chirurgiens pratiquent; aussi faut-il espérer qu'ils n'empêcheront pas davantage d'adopter les nouvelles méthodes opératoires si leur efficacité s'affirme. Cette tendance à opérer plus largement se montre un peu partout : c'est ainsi qu'à Lausanne, dans le service du professeur Roux, on pratique systématiquement le curage du creux sus-claviculaire, absolument comme celui de l'aisselle; mais, jusqu'à présent, personne n'a aussi radicalement que Halsted, professeur de clinique chirurgicale au Johns Hopkins hospital de Baltimore, opéré les cancers du sein. Aussi nous semble-t-il intéressant d'analyser le mémoire où il donne les résultats de cinquante ablations du sein avec le procédé opératoire qu'il emploie (1).

Voyons d'abord les résultats obtenus : sur cinquante cas opérés, deux seulement n'ont pu être retrouvés; au moment de l'opération, on les avait considérés comme des cas particulièrement favorables.

Il n'y a eu, en tout, que trois récidives locales, soit 6 °/₀. Une seule de ces récidives était inopérable.

Chez une de ces malades, des granulations suspectes, enlevées un mois après l'opération, étaient du carcinome à l'examen histologique. La malade est actuellement bien portante, deux ans et trois mois après sa deuxième opération.

La troisième malade a présenté des métastases viscérales avant la récidive locale qui eut lieu deux ans après l'opération.

Dans huit cas, il y a eu des métastases régionales (dans le sens de Billroth, c'est-à-dire des récidives à distance du foyer opératoire, mais dans la même région). Quatre de ces malades vivent et quatre sont mortes. Des mortes, l'une (cancer des deux seins) a eu une récidive inopérable. Deux furent opérées avec succès en ce qui concerne la récidive régionale. Le quatrième cas présenta un cancer pleuro-pulmonaire avant la récidive régionale, qui n'eut lieu que deux ans et quatre mois après l'opération. Ce cas est le seul où la récidive a eu lieu dans les ganglions sus-claviculaires. L'auteur range ce cas dans les récidives régionales, parce que le creux sus-claviculaire n'avait pas été curé (c'est un des premiers cas).

Des quatre malades vivantes, trois ont été opérées pour leur récidive et sont maintenant vivantes et bien portantes. Sans récidive, un an et trois mois; onze mois et trois mois respectivement après la deuxième opération. Une malade a des métastases cutanées opérables, mais un cancer du fémur inopérable.

Dans tous les cas, les ganglions axillaires étaient cancéreux. Les ganglions sus-claviculaires l'étaient dans au moins cinq cas, 10 °/₀.

Si nous ne considérons que la récidive locale, nous avons donc 6 °/₀ sur cinquante cas, dont la

(1) Johns Hopkins hospital Reports. Report insugery II. The results of operations for cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins hospital from June 1889 to January 1894. — William S. Halsted. Baltimore Johns Hopkins press 1894.

plupart ont été suivis longtemps, et une mortalité opératoire nulle.

Il est intéressant de comparer ces résultats avec ceux obtenus par d'autres chirurgiens. Si nous prenons quelques statistiques importantes seulement, nous trouvons que :

Billroth, sur 170 cas, de 1867 à 1876, a eu 85 % de récidives locales;

Czerny, 62 % sur 10 cas, de 1877 à 1886;

Fisher, 75 % sur 147 cas, de 1871 à 1878;

Gussenhauer, 64 % sur 154 cas, de 1878 à 1886;

König, de 58 à 62 % sur 152 cas, de 75 à 85;

Küster, 60 % sur 228 cas, de mai 1871 à décembre 1885;

Lücke, 66 % sur 10 cas, 1881 à 1890;

Wolkmann, 59 % sur 131 cas, de 1874 à 1878.

La différence entre les résultats est véritablement extraordinaire. Comment donc Halsted a-t-il obtenu des résultats tellement supérieurs à ceux des chirurgiens que nous venons de citer d'après lui? Ceci nous amène à parler du procédé opératoire suivi.

Deux principes commandent ce procédé opératoire :

Dans tous les cas de cancer du sein, il faut exciser le grand pectoral en entier, ou en laissant sa portion claviculaire, parce que cela permet à l'opérateur d'enlever ainsi d'une pièce tous les tissus suspects.

Les tissus suspects doivent être enlevés d'une pièce : 1° pour que la plaie ne puisse être contaminée en divisant au bistouri les parties envahies par le mal; 2° parce que des parcelles néoplasiques pourraient facilement passer inaperçues au cours d'une ablation fractionnée.

Voici dans tous ses détails le procédé opératoire tel que Halsted lui-même le décrit :

1° L'incision cutanée (raquette dont la poignée est représentée par une courbe dont la convexité regarde en bec et dont l'extrémité descend assez bas sur la paroi externe de l'aiselle) va d'un coup et partout jusqu'au-dessous du panicule adipeux;

2° Le lambeau cutané triangulaire qui se trouve ainsi dessiné au niveau de l'aisselle est disséqué jusqu'à sa base, ne comprenant que la peau, toute la graisse qui la double étant laissée en place, et on poursuit sa dissection jusqu'au bord inférieur du grand pectoral où elle se continue avec la graisse du creux axillaire;

3° On coupe les insertions costales du grand pectoral et on le fend, généralement entre ses faisceaux costaux et claviculaires, jusqu'à peu près au niveau du tubercule du trapèze sur la clavicule;

4° On sectionne en ce point la peau et le chef claviculaire du grand pectoral jusqu'à la clavicule. Cette incision met à jour le creux axillaire;

5° On dissèque soigneusement le tissu cellulaire situé sous la portion claviculaire du grand pectoral, pendant qu'un écarteur l'attire par en haut. Ce tissu est riche en lymphatiques et parfois infiltré par le cancer;

6° On continue à fendre le grand pectoral jusqu'à l'humérus et on coupe en travers au ras de l'os la portion du muscle que l'on veut enlever;

7° On tire sur toute la masse délimitée par ces incisions (peau, sein, tissu cellulaire et graisse) et on la détache du thorax en rasant les côtes, enlevant autant que possible en même temps l'aponévrose du petit pectoral;

8° Le bord inféro-externe de celui-ci étant franchi par la dissection, on le coupe en travers un peu au-dessous de son milieu;

9° On dissèque avec soin le tissu cellulaire situé à l'extrémité cocaroïdienne du petit pectoral;

10° On relève par un écarteur son bout supérieur en haut ce qui permet d'enlever l'écarteur qui maintenait jusqu'à présent le grand pectoral;

11° On sépare du muscle avec le plus grand soin les petits vaisseaux, principalement des veines, situés sous le muscle, et on les lie aussi près de la veine axillaire que possible. Il vaut mieux lier immédiatement que de laisser les pièces à demeure jusqu'à la fin de l'opération, car non seulement elles gêneraient l'opérateur, mais elles pourraient encore arracher ces vaisseaux à leur embouchure dans l'axillaire;

12° Après avoir mis à nu la veine axillaire aussi haut que possible, on dissèque le contenu de l'aisselle avec un bistouri bien tranchant. Il ne faut pas se contenter d'arracher la graisse et les ganglions avec les doigts. La veine doit être disséquée minutieusement, et les ligatures sur ses tranches ne comprendre absolument que le vaisseau. Il n'est pas toujours nécessaire de mettre à nu l'artère, mais il est bon de le faire, car quelquefois le tissu cellulaire au-dessus des vaisseaux est pris, et il vaut mieux enlever trop que trop peu;

13° Les vaisseaux étant nettoyés, on peut aller plus vite dans la dissection de la paroi interne de l'aisselle; la masse à enlever étant attirée en haut et en dehors;

14° Quand on a atteint la jonction de la paroi interne et de la paroi postérieure de l'aisselle, ou un peu avant, un aide saisit le petit lambeau triangulaire et le tire en dehors pour tendre les tissus qui recouvrent les muscles de la paroi postérieure de l'aisselle. On dissèque alors de dedans en dehors cette paroi postérieure. On voit ainssi facilement les vaisseaux scapulaires, et on peut les pincer avant de les diviser. Les nerfs peuvent être laissés ou enlevés au gré de l'opérateur. Küster attache une grande importance à leur conservation au point de vue des

mouvements de l'épaule, mais cette question ne paraît pas définitivement résolue à Halsted ;

15° Il ne reste plus qu'à détacher d'un coup de bistouri les dernières attaches cellulo-graisseuses à la base du lambeau triangulaire disséqué au début pour que l'ablation soit terminée.

Tout a été enlevé d'une pièce, sans hémorragie pour ainsi dire, aussi n'y a-t-il pas de choc après l'opération, celui n'étant presque toujours dû qu'à la perte de sang.

Les lèvres de la plaie sont rapprochées par une suture en bourse perdue ; la base du lambeau triangulaire est seule comprise dans la suture, le lambeau lui-même servant à doubler le fond de l'aisselle. Celle-ci n'est jamais drainée et s'est toujours réunie par première intention. La portion de la plaie qu'on ne peut recouvrir se cicatrise souvent sous le caillot.

En ce qui concerne les troubles fonctionnels amenés par l'opération, ils sont parfois si légers qu'on ne les remarque pas. Dans la plupart des cas, le bras du côté opéré était aussi utile que celui du côté opposé. Parfois la cicatrice empêche l'élévation du bras dans une certaine limite. Dans deux cas on y a remédié par une autoplastie. Jamais la gêne fonctionnelle n'a paru liée à l'ablation du muscle ou des muscles. Parfois il y a eu de l'œdème du bras pendant un certain temps.

L'auteur insiste en terminant sur l'utilité du petit lambeau triangulaire : grâce à lui, le creux axillaire est profond, et le malade peut mouvoir son bras suffisamment, tandis qu'autrement il serait fixé au côté par une cicatrice.

Le mémoire original renferme, outre l'histoire des cinquante malades opérés, d'intéressants tableaux statistiques et des planches, ainsi que des photographies, qui rendent plus clairs que notre description les différents temps opératoires ; aussi devons-nous engager à s'y reporter.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

La trophonévrose acromégalique ; sa co-existence avec le goître exophtalmique et la glycosurie, par LANCEREAUX. (*Semaine médicale*, 13 février 1895.)

M. Lancereaux rapporte l'observation d'une femme migraineuse et hemorrhoïdaire qui, ayant cessé d'être réglée à l'âge de trente-sept ans, fut atteinte depuis lors des symptômes de la maladie de Basedow. A la même époque, survient de la glycosurie, accompagnée de polyurie et de polydypsie. Puis, la tête, les pieds et les mains se mirent à croître d'une façon démesurée, au point que cette malade, au moment où elle fut admise dans le service de M. Lancereaux, présentait les symptômes classiques de l'acromégalie, telle qu'elle a été décrite par Marie.

M. Lancereaux insiste sur la co-existence de ces complexus pathologiques (goître exophtalmique, glycosurie, acromégalie), et en conclut qu'ils procèdent tous d'une même cause générale, qui est pour lui la grande névrose vasotrophique, qu'il décrit sous le nom d'herpétisme.

La conséquence pratique de l'origine nerveuse de l'acromégalie est la nécessité d'un traitement qui s'adresse aux troubles du système nerveux. Le bromure de potassium et l'hydrothérapie répondent à cette indication.

Paralysie consécutive à une angine pseudo-membraneuse, reconnue comme non diphtérique à l'examen bactériologique, par BOURGES. (*Archives de Méd. exp.*, janvier 1895.)

Le fait étudié par Bourges vient confirmer l'opinion de Gubler, qui admettait l'existence de paralysie, à la suite d'angines non diphtériques.

Un enfant, atteint d'une angine pseudo-membraneuse, dans laquelle l'examen bactériologique, les fausses membranes, aussi bien que les cicatrices et les inoculations démontrèrent, la présence du streptocoque, à l'exclusion du bacille de Löffler, fut pris pendant sa convalescence de paralysie du voile du palais, des muscles moteurs de l'œil et des membres inférieurs, en un mot, de tous les signes ordinaires de la paralysie dite diphtérique.

Un nouveau traitement des métrorrhagies, par LABADIE-LAGRAVE (*Revue internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie*, 13 fév. 1895.)

Labadie-Lagrave considère l'antipyrine en fusion comme un excellent topique pour combattre les métrorrhagies rebelles. La température de fusion de l'antipyrine étant très élevée (100°), il l'emploie associée au salol, dont la liquéfaction a lieu à 43°. Il procède de la manière suivante : il fait d'abord chauffer dans un tube à expérience un mélange à parties égales d'antipyrine et de salol. La fusion de ces substances donne lieu à la formation d'un liquide brunâtre. Il trempe dans ce liquide un petit tampon d'ouate hydrophile, et quand la température en est supportable pour l'utérus, il badigeonne avec le tampon la muqueuse utérine à deux ou trois reprises.

Les badigeonnages ne sont nullement douloureux et n'ont jamais provoqué le moindre accident. Ils arrêtent presque immédiatement les hémorragies. Ils ont de plus l'avantage d'être antiseptiques.

Labadie-Lagrave préconise les badigeonnages avec l'antipyrine soluble liquide après l'opération du curettage, car ces applications réalisent à la fois l'hémostase et l'antisepsie.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1895

S'il est une question qui aura été longuement étudiée et discutée à l'Académie, c'est assurément celle des tractions rythmées de la langue.

M. Laborde communique un nouveau fait qui démontre évidemment l'efficacité de cette méthode. Une femme, au cours d'un accouchement difficile et après une abondante hémorragie, perd connaissance; elle semblait devoir mourir : après dix minutes de tractions rythmées de la langue, la respiration et la vie reparaissent. Son enfant était en état de mort apparente. Quand sa mère est hors de danger, on s'occupe de lui, et on le ramène aussi à la vie après une heure de tractions rythmées.

Ce sont les faits de ce genre qui autorisent M. Laborde à formuler les conclusions suivantes :

Au point de vue physiologique, la méthode des tractions rythmées de la langue est supérieure aux autres procédés de respiration artificielle.

D'après les résultats pratiques, sa supériorité est également confirmée.

M. Laborde pense donc que cette méthode sera adoptée comme procédé de choix par tous les praticiens, à l'exception toutefois des accoucheurs, et en particulier des maîtres de l'obstétrique.

L'opinion de M. Laborde n'est-elle pas trop exclusive ? M. Tarnier le croit. L'insufflation a rendu jusqu'à présent des services tels aux accoucheurs, qu'il leur est impossible de la rejeter d'emblée. M. Laborde a soutenu qu'il est très heureux que l'insufflation ne fasse pas pénétrer d'air dans les poumons, car l'air ainsi introduit serait chargé d'acide carbonique. Or, on sait qu'il n'y a pas d'acide carbonique dans les 170 premiers centimètres cubes d'air expiré, tandis que les 330 derniers centimètres cubes seuls en renferment. Or, quand on insuffle de l'air à un enfant, on n'introduit que 30 centimètres cubes dans les insufflations ordinaires et 60 centimètres cubes dans les fortes insufflations. M. Tarnier a d'ailleurs répété récemment ces expériences, et elles sont absolument concluantes.

Quant aux tractions rythmées de la langue, M. Tarnier les a, lui aussi, pratiquées, et dans certains cas, sentant le cœur s'affaiblir de plus en plus, il les a abandonnées pour recourir à l'insufflation. Rien n'autorise jusqu'à présent à affirmer que celles-là soient supérieures à celle-ci, malgré la belle statistique de M. Laborde. D'ailleurs, il est possible que dans tous les cas la mort apparente ne tienne pas à la même cause et ne soit, par conséquent, pas justiciable d'une méthode thérapeutique unique.

— La question de la *pathogénie du coup de chaleur* est ensuite reprise par M. Kelsch. L'hyperthermie joue-t-elle ici le principal rôle ? L'exagération du travail musculaire n'a-t-elle pas une action plus réelle ? Quelle part faut-il attribuer dans la genèse des accidents aux prédispositions individuelles, aux tares pathologiques : affections latentes du cœur, développement incomplet du système circulatoire, lésions pulmonaires ou pleurales ? Ce rôle des tares pathologiques, congénitales ou acquises, est peut-être le plus considérable; il explique pourquoi sur un grand nombre de sujets, comme des soldats en marche, exposés aux mêmes influences, quelques-uns d'entre eux seulement sont frappés de ces accidents graves. Le rôle de la chaleur est plus problématique, puisque ces accidents ont été observés avec une température extérieure de 12°; cependant on ne peut le nier, puisque les mêmes accidents ont été observés chez des individus au repos, exposés à un surchauffement continu; mais alors c'est l'action du travail musculaire exagéré qui peut être mise en doute.

Les tares pathologiques, voilà donc, semble-t-il, la condition prédominante; et, comme elles sont variées, les indications thérapeutiques le sont également, et doivent être déduites de chaque cas en particulier.

— M. Panas lit ensuite deux rapports : l'un sur un travail de M. Kalt, relatif au traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés, par les injections de permanganate de potasse au 1/5000e; l'autre sur un mémoire de M. Malgat, ayant trait au traitement de la conjonctivite granuleuse par l'électrolyse.

— Liste de présentation des candidats au titre de correspondant national (physique, chimie et pharmacie) :

En première ligne, *ex æquo :* MM. Bergonié (de Bordeaux) et Hugounencq (de Lyon).

En deuxième ligne, *ex æquo :* MM. Bleicher (de Nancy); Carles (de Bordeaux); Imbert (de Montpellier), et Eymard-Lacour (pharmacien militaire).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

En commençant, une légère rectification omise à propos du procès-verbal de la dernière séance. Elle est due à M. Picqué, qui relève une petite inexactitude dans son rapport sur le travail de M. Monnier. Le rétrécissement œsophaghien traité par ce médecin siégeait à la partie inférieure et non à la partie supérieure; ce qui fait que les réserves formulées par M. Picqué, à propos de la gastrostomie, n'ont pas de valeur dans le cas particulier.

M. le secrétaire général lit un travail de M. Heurtaux (de Nantes) sur une *résection de onze centimètres de l'extrémité supérieure et de la diaphyse de l'humérus pour un sarcome globocellulaire.* L'auteur met ce point en évidence, c'est que la désarticulation est ordinairement la pratique recommandée et que pourtant dans son cas la résection a réussi puisque onze ans après le malade n'avait pas de récidive et avait même un bras très utile; l'examen histologique a été fait deux fois. M. Quénu approuve la conduite de M. Heurtaux et se conduirait de la même façon dans le cas d'une lésion circonscrite d'un sarcome n'ayant pas dépassé la capsule.

— C'est sur l'*infection urinaire* que M. Bazy fait ensuite une communication : Le point de départ de ce travail est l'observation d'un malade de soixante-dix ans, diabétique, profitant de son passage à Paris pour consulter le professeur Y... Il est sondé, on ne trouve rien, et le chirurgien n'hésite pas à permettre, pour le lendemain, un voyage dans le midi de la France. Quarante-huit heures après ce sondage, qui a déterminé l'apparition de quelques gouttes de sang sur la chemise, frissons qui se répètent. M. Bazy, appelé, sans sonder le malade, l'examine et fait le diagnostic d'infection urinaire à point de départ urétral, avec détermination rénale probable. Quinze jours après, il constatait ce qu'on appelle l'infiltration d'urine, ce qu'il convient mieux d'appeler le phlegmon diffus périurétral. Ces accidents locaux avaient apparu il y a trois jours, sans provocation, et s'étaient développés rapidement depuis douze heures.

Il ne put opérer que le lendemain. Il fit de larges incisions. Le malade paraissait devoir guérir, quand, le huitième jour, le cœur faiblit, et trente-six heures après le malade était emporté. Pas une goutte d'urine n'était passée par les plaies opératoires. Le malade était glycosurique. Ceci montre la gravité d'une intervention chirurgicale même minime (dans l'espèce un simple cathétérisme) chez les diabétiques. Il montre surtout que ce malade rentrait dans la catégorie des faux urinaires glycosuriques que M. Bazy a décrits, et la connaissance de ces faits eût empêché le cathétérisme et les accidents mortels qui en ont été la conséquence.

Ce fait prouve que les accidents infectieux qui peuvent atteindre les voies urinaires ont une même origine, qu'il s'agisse de ce qu'on appelle la fièvre urineuse ou bien l'infiltration d'urine. Ces accidents peuvent et doivent être indépendants de l'urine; celle-ci peut être à la vérité le véhicule de ces microbes, tantôt pour les faire pénétrer dans l'organisme, tantôt, au contraire, pour les expulser au dehors, rôle nuisible dans un cas, favorable dans l'autre.

Les infections de l'appareil urinaire peuvent y rester localisées ou en sortir : elles peuvent être locales jusqu'à la fin ou devenir générales, c'est-à-dire infecter secondairement tout l'organisme. Elles sont primitives, c'est-à-dire nées dans cet appareil, ou secondaires, c'est-à-dire nées dans un point quelconque de l'organisme, d'où elles peuvent envahir secondairement l'appareil urinaire, ou bien être à la fois primitives et secondaires, c'est-à-dire que, nées dans un point de l'appareil urinaire, elles peuvent y revenir après avoir déterminé l'infection du sang.

La conception actuelle des infections urinaires doit faire rejeter celle de Velpeau, qui faisait de l'empoisonnement urineux un empoisonnement spécial. Or, nos connaissances nous forcent à faire rentrer les infections de l'appareil urinaire dans le cadre des affections de tous les autres appareils.

L'étude des infections de l'appareil urinaire doit comprendre toutes les infections, y compris l'infection gonococcienne et l'infection tuberculeuse. A tous ces points de vue, ces conclusions sont opposées à celles du rapporteur au Congrès français de chirurgie de 1892 — (*Path. des accid. infectieux chez les urinaires.* — Rapp. général, M. F. Guyon).

Les manifestations de l'infection de l'appareil urinaire, nous dit M. Bazy, sont multiples. La fièvre n'est pas toujours le plus important. Le mot de *fièvre urineuse* doit donc être rayé de la nomenclature, d'autant que ce n'est qu'un symptôme, et que le mot urineuse semble indiquer la participation de l'urine, ce qui consacrerait une erreur.

Si ce mot là devait être conservé, il ne devrait l'être que pour cette forme (négligée dans le rapport cité plus haut) qui est analogue à l'accès de la fièvre intermittente, et qui est *peut-être* spéciale à l'appareil urinaire. Comme cet accès paraît être dû à la pénétration dans le sang des ptomaïnes dissoutes dans l'urine, ce mot de fièvre urineuse pourrait lui être appliqué en attendant une dénomination plus pathogénétique.

L'évolution varie : 1° avec le point de départ, avec sa localisation, son extension et sa généralisation; 2° avec les agents de l'infection; 3° avec le milieu, le terrain, l'état anatomique des organes atteints — et à ce dernier point de vue, il faut signaler l'état des reins (sclérose primitive ou secondaire, atteintes antérieures), et l'état du tube digestif.

Le traitement de l'infection est celui depuis longtemps consacré : Toniques, élimination des poisons et des microorganismes par des diurétiques, et le lait surtout; antiseptiques, drainages le long des conduits naturels, sonde à demeure, etc.; ou artificiels : incisions multiples, taille hypogastrique, urétrotomie interne ou externe, etc. En somme, la

thérapeutique de toutes les infections, quel qne soit l'organe atteint.

C'est encore sur un sujet de chirurgie urinaire que M. Routier prend la parole. Il s'agit d'une femme atteinte à deux reprises différentes de crises hématuriques brusques mettant sa vie en danger. La palpation et la cystoscopie permettent de localiser la lésion au rein droit, et le chirurgien de Necker pensa à un neoplasme. La nephrectomie fut donc décidée et pratiquée, et dans le cours de l'opération, on sentit dans le pôle inférieur du rein droit une induration bien nette. Elle était due à deux ulcérations qui furent reconnues être de nature tuberculeuse, d'après l'examen de M. Pillet. La malade guérit et est depuis en fort bon état.

M. Tuffier dit avoir publié des observations de tuberculose rénale à forme hématurique. Il a même enlevé un rein qui par son hémorragie mettait immédiatement la vie du malade en danger : il y a cela deux ans, et la guérison se maintient complète. On sait, en effet, qu'une petite lésion limitée du rein suffit pour donner lieu à des hématuries graves. Cette hématurie est-elle due à une lésion artérielle ou à un état congestif analogue à celui du poumon dans les hémoptysies? c'est ce qu'on ne peut encore dire.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 février 1895

M. Sevestre a montré, dans sa dernière communication, que la persistance du bacille de Lœffler dans la bouche d'enfants guéris de la diphtérie est extrêmement variable. Si dans quelques cas le bacille disparaît avec les fausses membranes, dans d'autres on le retrouve encore, virulent ou non, pendant deux ou trois semaines. Cette limite, ainsi que nous le faisions remarquer, peut être de beaucoup dépassée; il est des cas où l'enfant guéri de la diphtérie est encore contagieux plusieurs mois après la guérison. C'est un fait de ce genre, le fait de Ruffec, que M. Catrin rappelle anjourd'hui, dans lequel on put trouver des bacilles virulents dans la bouche d'un enfant, sept mois après sa guérison.

M. Sevestre n'a pas observé de cas semblables. Mais communique une observation de M. Méry qui vient tout récemment de constater la présence de bacilles de Lœffler dans la cavité bucco-pharyngée d'un enfant plus d'un mois après la guérison.

Quant aux dangers qui résultent de cette persistance du bacille de la diphtérie, ils sont bien mis en relief par ce fait d'une petite épidémie que M. Netter observa en 1891 à l'hôpital d'Aubervilliers et dont le point de départ a été certainement un enfant venant de l'hôpital Trousseau. Cet enfant avait quitté Trousseau, où il avait été soigné pour la rougeole, deux jours avant d'entrer à Aubervilliers pour une varicelle. On le plaça dans une petite salle où se trouvait déjà une femme atteinte d'érythème noueux. Quelques jours après, cette femme avait la diphtérie. L'enfant, dont la gorge était saine, fut alors placé dans une autre salle où se trouvaient quatre autres petits malades; trois de ceux-ci étaient bientôt atteints de diphtérie et l'un d'eux mourut. L'étude minutieuse de cette petite épidémie prouve que la contagion n'a pu s'exercer que par l'enfant venant de Trousseau qui était véritablement atteint de diphtérie latente. L'examen bactériologique de sa bouche n'y révéla pas cependant l'existence du bacille de Lœffler, mais cet examen fut fait trop tardivement.

— Le malade que présente ensuite M. Catrin, est un exemple de *monoplégie hystérique intermittente;* il est âgé de vingt-deux ans et n'a pas d'antécédents névropathiques; à douze ans, il fut frappé par la foudre; immédiatement il eut une attaque avec perte de connaissance, et, à son réveil, il était paralysé de tout le côté gauche. L'aphasie et la paralysie du membre inférieur disparurent deux mois après la fulguration; la paralysie du bras persista pendant quatre ans. Tous les ans, ce malade est pris d'attaques de paralysie consécutives, à des fatigues; actuellement, il existe une monoplégie gauche avec phénomènes vaso-moteurs et atrophie musculaire. Il y a analgésie complète de l'avant-bras et de la main, et thermalgésie prononcée de cette dernière. Les réflexes tendieux sont exagérés, et l'on constate un rétrécissement du champ visuel, à gauche. Il s'agit donc là de troubles hystériques remarquables surtout par leur intermittence.

H. Richardière et Fournier.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

MM. Gaucher et Barbe ont observé un cas de lichen plan, siégeant exclusivement aux plis articulaires, au niveau de la flexion. Une grande plaque formée de papules agglomérées existe au niveau de la région sus-claviculaire droite; une autre se trouve à gauche, au même niveau. Puis on en voit au pli du coude droit, dans les plis inguinaux, le creux poplité droit.

Rapprochons de cette communication une note de M. Hallopeau, qui a constaté que le lichen plan peut avoir exceptionnellement comme lieu d'élection les paumes des mains ou les plantes des pieds, constitue dans ces régions une forme d'hyperkératose.

— Nous reproduisons presque en entier une très intéressante communication de M. Augagneur, sur la signification et le pronostic de l'adénopathie syphilitique à la période secondaire.

A un chancre volumineux peut correspondre une adénite de moyen volume, et de même à la période secondaire, des syphilides ulcéreuses malignes se rencontrent avec des ganglions à peine tuméfiés. Au contraire, des adénopathies généralisées et très volumineuses coexistent parfois avec des manifestations cutanées aux muqueuses insignifiantes.

Cette absence d'harmonie entre les symptômes ganglionnaires et les autres manifestations syphilitiques provient de ce que l'adénopathie primitive ou secondaire n'est pas tant le signe de l'intensité de l'infection que celui de la rigueur avec laquelle l'organisme résiste à cette infection.

Dans l'immense majorité des cas, l'inoculation syphilitique se fait sans effraction des vaisseaux sanguins, dans le tissu conjonctif de la peau ou des muqueuses, et se propage par voie lymphatique.

Si les ganglions, ou mieux l'appareil lymphatique, fonctionnent avec énergie, la phagocytose modifie l'agent infectieux et ne le laisse parvenir dans la circulation générale sanguine qu'après une lutte qui modifie ses propriétés toxiques.

La syphilis des impubères est en général très bénigne. Or, chez l'enfant, les adénopathies primitives sont énormes et tenaces. La phagocytose influe donc sur la virulence.

Chez le vieillard, le chancre détermine une adénopathie insignifiante. Or, la syphilis des vieillards est très grave, et les accidents secondaires tenaces. La barrière ganglionnaire n'agit plus. La maladie évolue comme s'il y avait eu inoculation par voie sanguine. Chez le fœtus, il y a inoculation directe, sans intervention des phagocytes, Or, la syphilis héréditaire est d'une gravité extrême. Les syphilides vaccinales sont fort graves, mais, dans les cas de ce genre, toujours la peau a saigné. Il y a eu inoculation directe.

L'adénopathie secondaire a donc une signification pronostique heureuse. Intense et généralisée (naturellement sans qu'il y ait de complications locales inflammatoires), elle accompagne les syphilis bénigne; elle indique la puissance de résistance de l'organisme.

Si ces considérations sont fondées, on peut admettre qu'il y a lieu, dans la syphilis, de favoriser la phagocytose par des médicaments leucocytiques, tels que l'acide salicylique.

— On observe fréquemment des syphilomes hyperplasiques de la lèvre inférieure. Pour M. Hallopeau ce n'est pas parce qu'elle offre un terrain spécial au développement du contage syphilitique, mais en raison de la constitution de son réseau lymphatique que la lèvre inférieure doit se tuméfier lorsqu'elle devient le siège de syphilomes tertiaires; en effet, ce réseau est remarquablement serré et ténu, aussi la tuméfaction ne se reproduit-elle pas seulement dans les cas de syphilomes tertiaires : on peut l'observer également dans les cas de chancre induré et de tuberculose labiale; le mécanisme est le même dans ces cas différents. Le traitement local par la suppression se trouve ainsi nettement indiqné.

M. Darier a présenté un nouveau cas de dystrophie papillaire pigmentaire. Cette dermatose est partielle et symétrique; elle atteint certaines régions, toujours les mêmes, et particulièrement le cou, la face, le pourtour des orifices naturels et de l'ombilic, la rainure interfessure et les plis inguino-scrotaux; les modifications consistent en une pigmentation brune ou ardoisée avec hypertrophie papillaire et exagérations des plis de la peau, ce qui produit un aspect rugueux ou verruqueux des téguments, comparable à celui du maroquin ou d'une écorce d'arbre. Il n'y a aucune desquamation. La paume des mains est remarquable dans tous les cas par un épaississement de la couche cornée avec saillie marquée des crêtes papillaires, mais sans pigmentation anormale. Il y a habituellement, en même temps, des papillomes disséminés en divers points du corps. Cette dystrophie diffère absolument de toutes les mélanodermies connues, ainsi que des états icthyosiques et sébarrhéiques.

Le malade présenté, âgé de 30 ans, offre cet intérêt que l'affection cutanée est chez lui à son début; elle ne date que de deux semaines, et cependant les lésions sont si nettes et leur distribution est si régulière, qu'on peut conclure à la légitimité et à l'individualité certaine de ce type morbide. Il existe accessoirement chez cet homme des papillomes multiples sur les épaules et de nombreux nœvi pigmentaires sur la face et le tronc.

Dans tous les cas connus le malade était atteint en même temps que de leur dermatose d'une carcinome gastrique ou abdominale ou tout au moins offrant les symptômes rendant très probable le diagnostic de cancer de l'estomac. Le sujet de l'observation actuelle ne ne fait pas exception à cette règle; depuis trois ou quatre ans il n'a pas cessé un seul jour de vomir ses repas, deux fois il a vomi du sang noir, il ne supporte que le lait, et on trouve chez lui, du côté gauche, des ganglions susclaviculaires et durs. Son père est mort d'un cancer de l'estomac.

— La syphilis tertiaire des yeux est encore peu connue. Pour M. Galezowski on doit lui attribuer les accidents suivants :

1. Carie des fosses nasales suivie d'ozène, qui engendre souvent des affections lacrimales, des exophtalmies et des neurites optiques.
2. Syphilide confluente de la face et des paupières.
3. Gommes péricornéennes sclératicales et gommes de l'iris (sclérite et iritis gommeuse).

4. Choroïdile syphilitique, choroïdo-rétinite pigmentaire avec ou sans héméralopie.

5. Gomme du chiasma, donnant lieu à des névrites et à l'atropie des papilles.

6. Hémianopsie homonyme ou croisée, avec troubles de la mémoire, sérotomes, dyschromatopsie et névrite optique.

7. Ataxie locomotrice avec atrophie des papilles et paralysie des nerfs moteurs des yeux.

Une expérience de plus de quinze années a convaincu M. Galezowsky que l'iodure de potassium n'a aucune prise sur les choroïdites syphilitiques, car après avoir employé infructueusement pendant deux et trois ans l'iodure de potassium à fortes doses, il a dû recourir aux frictions mercurielles, faites selon son système, sur différentes jointures, à la dose de deux grammes par jour pendant deux ans consécutifs, et grâce à ces frictions il a obtenu la guérison.

M. Galezowski emploie aussi l'iodure de potassium et il lui reconnaît une action importante ; mais cette action n'est qu'éliminatrice du mercure, lorsque l'intoxication mercurielle prend trop d'extension et empêche de continuer le traitement.

LES LIVRES NOUVEAUX

Traité d'hygiène publique et privée, par Jules Rochard (1er fascicule).

Nous nous faisons un devoir d'annoncer à nos lecteurs le premier fascicule du *Traité d'hygiène publique et privée* de Jules Rochard.

Ce n'est pas dans ce journal, où l'auteur de ce livre publie des chroniques d'hygiène si remarquables et si appréciées, qu'il est possible de dire tout le bien nécessaire de ce traité et d'en recommander la lecture.

Les beaux travaux sur l'hygiène, de Jules Rochard, la compétence de notre éminent collaborateur dans toutes les questions de l'hygiène publique et privée, dont il a fait ses études de prédilection dans les loisirs que lui laisse actuellement la chirurgie, nous assurent cependant que ce traité d'hygiène sera le digne pendant et aussi le complément de l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*. Le succès de l'Encyclopédie, qui est un véritable monument consacré à l'hygiène, telle que les découvertes de Pasteur l'ont renouvelée et rendue vraiment scientifique, nous garantit le succès de l'ouvrage que nous annonçons.

Le *Traité d'hygiène publique et privée* comprendra huit chapitres : le premier sera consacré aux notions d'anthropologie. Le second renferme l'étude des milieux. Viendront ensuite les chapitres consacrés à l'habitation, à l'alimentation, aux vêtements et aux soins de propreté, à l'éducation, au travail et aux professions; enfin, à la prophylaxie des maladies évitables et à la police sanitaire.

Le premier fascicule, qui comprend l'étude de l'homme, des races humaines et des milieux cosmiques, nous fait connaître l'être humain, et nous initie à ses réactions à l'égard du monde extérieur. Il nous rappelle une foule d'idées générales qui en rendent la lecture aussi attachante qu'instructive.

La Pratique des opérations nouvelles en chirurgie.

Nous venons de recevoir de la librairie Baillière et Fils, un livre de M. Gillemain, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, intitulé : *La Pratique des opérations nouvelles*. C'est un volume de plus de 300 pages, dans lequel il nous donne la description de toutes les interventions qui ont vu le jour dans les cinq ou six années qui viennent de s'écouler.

Comme on le voit, c'est en quelque sorte un supplément aux traités de médecine opératoire pratique, et nous ne pouvons que féliciter l'auteur d'avoir comblé cette lacune. Tous les organes et toutes les régions sont passés en revue, et M. Guillemain s'attache autant que possible à reproduire le texte même des pères des méthodes, ou tout au moins tend à s'en rapprocher.

Nous souhaitons tout le succès possible à ce livre, qui sera utilement placé entre les mains de tous les praticiens, et nous en attendons une seconde édition rapide, car la chirurgie va vite à notre époque, et, en cette matière, ce qui était au courant hier peut ne plus l'être demain.

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par M. Dr G. Lyon. — Paris, Masson, 1895.

L'œuvre qu'a entreprise M. Lyon, était, nous le savons mieux que personne, des plus difficiles à mener à bien. Il fallait, en effet, choisir au milieu de la masse des médicaments anciens, nous sommes tentés de dire classiques, la place qu'ils auraient dû toujours occuper.

Nous sommes heureux de le constater, M. Lyon a parfaitement réussi dans sa tentative. C'est de la vraie « Clinique thérapeutiqne », celle qui, dans le traitement de la variole, par exemple, met en première ligne la médication éthéro-opiacée de notre maître le Dr Du Castel, ainsi que l'emploi du sublimé à l'extérieur, tel que l'ont réglementée MM. Talamon et Richardière.

C'est donner au praticien les moyens d'arriver aux meilleurs résultats possibles que lui exposer la méthode de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. L'auteur d'un volume semblable devait posséder un grand sens clinique. L'internat, le clinicat, ont mûri de bonne heure M. Lyon et lui ont permis d'écrire, à un âge où la plupart d'entre nous commencent à peine à tâtonner, au début de leur clientèle, un ouvrage que beaucoup de maîtres n'hésiteraient pas à signer.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Réforme du concours de l'internat. — M. Thiberge, dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, discute et rejète le projet de M. Reclus, qui demandait des copies anonymes, corrigées en chambre par des juges spéciaux. « Cette mesure est grave, nous dit M. Thiberge ; il y a lieu de craindre — et nous avons reçu des intéressés la confirmation de nos craintes que suffiraient, d'ailleurs, à faire naître les protestations parfois élevées, bien à tort, croyons-nous, sur les résultats du Concours général des lycées — il y a lieu de craindre, disons-nous, qu'un jugement rendu dans ces conditions, même sur des compositions anonymes, ne soit accueilli avec plus de défiance qu'une décision prise après lecture des compositions. »

M. Reclus, dans le même article, lui répond qu'il est impossible *d'acheter* deux ou trois correcteurs, qu'il croit que ce serait trop cher (nous aussi! mais la *cote d'amour!*); que le candidat apprendra à écrire quand il aura une écriture illisible, et qu'avec la somme de 2,400 francs que

dépense l'Administration pour payer les juges, on trouvera des médecins ou des chirurgiens des hôpitaux pour corriger les copies. M. Reclus s'élève, en terminant, contre le projet de M. Thiberge, qui demande à n'autoriser à se présenter au concours de l'internat que les externes compris dans la première moitié de la liste de l'externat.

Mort de M. Alphonse Guérin. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. Alphonse Guérin, qui vient de succomber après une courte maladie. Il présidait il y a quelques jours encore le concours de l'internat.

Distinctions honorifiques. — Le roi des Belges vient d'envoyer à M. Pasteur les insignes du Grand cordon de l'ordre de Léopold. En même temps, il a nommé le Dr Roux commandeur du même ordre.

Académie de Médecine. — L'État vient d'acquérir, au nom de l'Académie de Médecine, l'immeuble inoccupé appartenant à l'Assistance publique, et situé rue Bonaparte, à côté de l'École des Beaux-Arts. C'est là que seront installés la salle des séances et les bureaux de l'Académie, vraiment trop à l'étroit dans l'extraordinaire local de la rue des Saints-Pères.

Concours du Bureau central (Médecine). — Le sujet de la composition écrite a été le suivant : Des suppurations intrahépatiques. Les deux questions restées dans l'urne étaient : Déterminations broncho-pulmonaires de la grippe. — Le poumon chez les cardiaques.

Ecole supérieure de Pharmacie de Paris. — M. le Dr Lannelongue, député, a demandé à la Chambre un crédit de 6,000 francs pour la création d'une chaire magistrale d'analyse chimique à l'École supérieure de Pharmacie de Paris.

Banquet du Dr Championnière. — Les élèves et amis de M. Lucas Championnière se sont réunis mardi soir, au restaurant Marguery, pour fêter son élection à l'Académie de Médecine et sa promotion d'officier de la Légion d'honneur. Le banquet était présidé par M. le professeur Guyon.

Nominations. — *Faculté de Médecine de Lyon :* M. Aurand est institué, pour deux ans, chef de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Meurer. — La chaire d'hygiène et de médecine légale de la Faculté de Médecine de Lyon est déclarée vacante.

— *Faculté de Médecine de Lille :* M. Hénnart est institué, dour trois ans, à dater du 1er janvier 1895, chef de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Dutilleul.

Faculté de Médecine de Toulouse : M. Tailhefer est institué, pour un an, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Bauby. — M. Reygasse est institué, pour un an, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Destarac. — M. Estienny est institué, pour un an, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Chamayou.

Ecole de Médecine de Clermont : M. Lepetit est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de Médecine de Grenoble : M. Porte, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est chargé, en outre, pendant l'année 1895, d'un cours de clinique médicale à ladite Ecole.

— *Ecole de Médecine de Caen :* M. Auvray, professeur de clinique médicale, est nommé, pour trois ans, à partir du 1er janvier 1895, directeur, en remplacement de M. Bourienne.

Congrès de chirurgie. — Dans sa séance du 6 février, le conseil d'administration de l'Association francaise de chirurgie a nommé trésorier de l'Association, à l'unanimité, M. Aroca, chirurgien des hôpitaux, en remplacement de M. Alcan, démissionnaire.

Congrès allemand de médecine. — Une des principales questions à l'ordre du jour du prochain Congrès allemand de médecine, qui se tiendra à Munich du 2 au 5 avril, sera la valeur thérapeutique du sérum antidiphtérique. Les professeurs Beubner et Baginski, de Berlin, ouvriront la discussion.

Nécrologie.—Le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ vient de mourir, dans sa soixante-et-unième année, à Beaulieu. C'est une grosse perte pour le corps médical qui le chérissait comme homme et comme médecin ; c'est un grand malheur pour ses malades dont il était justement aimé ; c'est un grand vide pour les sociétés savantes dont il faisait partie.

Atteint depuis longtemps d'une affection organique du foie, pour laquelle il avait subi une opération chirurgicale il y a environ deux ans, nul homme n'a montré plus d'énergie pour lutter contre la maladie. Malgré des souffrances de tous les instants, il continuait à faire face à toutes ses occupations, et il n'est personne qui n'ait été frappé de l'activité qu'il était capable de déployer et de l'animation que son cerveau pouvait donner à un corps qui vers la fin de sa vie n'était plus qu'une ombre.

Nous ne pouvons retracer ici une vie aussi bien remplie, ni la liste de travaux si nombreux. Dujardin-Beaumetz est mort médecin de l'hôpital Cochin, membre de l'Académie de Médecine, membre du Conseil d'hygiène de la Seine, commandeur de la Légion d'honneur. Il dirigeait le *Bulletin de Thérapeutique*, science dans laquelle il était grand maître. Tous ceux qui l'ont connu regretteront longtemps sa fine intelligence, sa charmante bonhomie et son caractère si loyal et si franc.

— J. REGNAULT : M. le président Empis a retracé la carrière de M. Regnauld, ancien président de l'Académie de Médecine, et rendu hommage au caractère du défunt. Agrégé de physique à la Faculté de Médecine, professeur de pharmacologie, membre de l'Académie depuis 1861, membre du Conseil consultatif d'hygiène, ses travaux de physique médicale, en particulier son *Traité élémentaire d'électricité*, ses *Etudes sur l'électro-physiologie*, sur la *Mesure de la force électro-motrice des éléments des piles*, ses analyses de la sueur, du liquide amniotique, etc., enfin la publication des éditions successives du *Traité de pharmacie théorique et pratique de Soubeyran*, lui font le plus grand honneur. Jules Regnauld fut un professeur érudit et ne laissera que des regrets.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 9. L'UNION MÉDICALE 2 Mars 1895.

SOMMAIRE

I. Dr T. Legry : Pathogénie et symptomatologie du rein mobile.
II. Feuilleton.
III. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
IV. Revue de la Presse : Chirurgie.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Société de Chirurgie ; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VI. Revue de l'Académie des Sciences.
VII. Les livres nouveaux.
VIII. Échos et nouvelles.

PATHOGÉNIE et SYMPTOMATOLOGIE du REIN MOBILE

Par T. LEGRY.

I

Riolan est le premier auteur qui, d'après Rayer, ait nettement indiqué le déplacement accidentel du rein. « Encore que les reins, dit cet auteur, semblent fortement collés aux lombes, ils ne laissent pourtant pas de pouvoir quitter leur place, d'être démis et de tomber en devant ; quelquefois même ils tombent jusqu'au bas-ventre... La cause en vient non seulement de ce que la graisse dont ils sont enveloppés se fond, mais aussi de ce qu'étant devenus trop grands et lourds, soit par une tumeur qui y soit engendrée, soit par une pierre qui est enfermée dedans leur bassinet, ils sont portés en bas par leur poids, leurs attaches n'étant assez fortes pour les retenir en leur place. »

Rayer exposa la plupart des accidents auxquels donne lieu la mobilité du rein, et, en 1859, Fritz publiait sur ce sujet, dans les *Archives de Médecine*, un mémoire important basé sur 35 observations.

Peu à peu l'histoire clinique de cette affection se complétait grâce à Dietl, Becquet, Chroback, et bientôt s'ouvrait l'ère chirurgicale avec Keppler, Hohn, Tuffier, Terrier et Beaudouin.

Il faut citer enfin, entre autres travaux d'ensemble, les monographies de Landau et de Lindner, la revue de Bruhl et l'excellent article de Brault dans le *Traité de Médecine*.

Un fait se dégage nettement de toutes ces lectures, c'est que la conception pathogénique du rein flottant tend à se modifier depuis quelques années. Aux anciennes théories qui rattachaient purement et simplement la production de cet accident à une disposition anatomique spéciale, favorisant l'efficacité de causes variables, s'est peu à peu substituée une notion plus générale, celle d'un état de débilité congénitale ou acquise des moyens de contention et de fixité des viscères intra-abdominaux. Suivant cette doctrine, l'ectopie rénale *accidentelle* (car nous ne nous occupons pas ici de l'*ectopie congénitale*, qui est sous la dépendance d'une anomalie de développement de l'artère rénale) ne serait qu'un cas particulier d'un ensemble morbide, représenté à son degré le plus élevé par des ptoses viscérales multiples et constituant une véritable *diathèse ptosique*.

II

Des *raisons d'ordre anatomique* prédisposent toutefois singulièrement, il faut le reconnaître, le rein au déplacement.

On sait, en effet, que le rein est maintenu dans sa situation normale par une *enveloppe cellulo-fibreuse*,

FEUILLETON

La Grippe militaire.

Le gros émoi soulevé par l'épidémie, — grippe, influenza, pneumonie infectieuse, peu importe son nom — qui sévit depuis quelque temps sur un certain nombre de garnisons, est une des manifestations les plus flatteuses dont les médecins aient jamais pu tirer vanité. Je m'explique. Jadis, les affections les plus variées, les plus graves, les plus contagieuses, ravageaient l'armée. C'était le typhus, c'était la variole, c'était la fièvre typhoïde qui décimaient les régiments. Personne ne s'en inquiétait. Nous étions seuls à le déplorer, seuls à réclamer les mesures propres à enrayer le fléau. Nous étions alors les voix qui crient dans le désert.

A force de crier cependant, nous avons été d'abord entendus, puis écoutés. Et la morbidité comme la mortalité de l'armée se sont abaissées à un degré tel que presque partout la proportion des décès est devenue moins forte dans la population militaire que dans la population civile. Dès lors, il a paru que jamais aucun incident malheureux ne dût se produire, que ni le froid lorsqu'il est exceptionnellement intense et prolongé, ni les fatigues lorsqu'elles sont excessives, ne pussent endommager la santé des soldats. On vient de s'apercevoir que l'on s'était trompé. Après le rêve de sécurité où l'on s'était endormi, le réveil a été dur. Au lendemain de l'espoir confiant et irraisonné comme tous les espoirs, la désillusion a été cruelle. C'est cette désillusion même que je trouve flatteuse. Elle est la meilleure preuve de l'excellence des résultats que nous avions obtenus, de l'efficacité de notre action et du cas que l'on en faisait. La forme même sous laquelle l'émotion actuelle se traduit, la nature des récriminations qu'on fait entendre, les causes que chacun invoque aux faits malheureux signalés çà et là, démontre surabondamment à quel degré le public se reposait sur nous. S'il nous attribue dans ce qui se passe, non pas toute mais la plus grande part de responsabilité, c'est qu'il a la ferme conviction que nous pouvons non pas tout, mais presque tout pour écarter ou pour arrêter le mal. En quoi, d'ailleurs, le pu-

riche en tissu cellulo-adipeux, et à laquelle il n'adhère que par des tractus filamenteux peu denses. Or cette aponévrose, qui se dédouble au niveau du bord externe de l'organe pour l'engaîner, ne se reconstitue qu'à sa partie supérieure, laissant ainsi, en bas et en dedans, une voie d'échappement toute prête pour le rein qui, dans sa migration, repousse devant lui le péritoine dont il se coiffe.

C'est encore une particularité anatomique qui expliquerait, pour *Landau*, la *fréquence du siège de l'affection à droite* (sur un relevé de 936 cas fait par Brulh, on trouve que 819 fois il s'agissait du rein droit). Pour Landau, les rapports du rein gauche et du mésocôlon correspondant plus court et plus tendu que le droit, la disposition des vaisseaux rénaux gauches qui reposent sur la troisième portion du duodénum, la longueur moindre de l'artère rénale de ce côté, l'union plus intime du rein gauche et de sa capsule par l'intermédiaire de leurs systèmes veineux qui aboutissent à un tronc commun, tandis que la veine surrénale droite se jette directement dans la veine-cave, enfin les connexions du rein gauche avec le pancréas sont autant de faits qui permettent de comprendre la fréquence relative du déplacement du rein droit.

Nous ne faisons que mentionner les théories qui attribuaient cette fréquence à la *supériorité de volume et de poids du rein droit,* explication dont les mensurations de Rayer et de Sappey ont fait justice, et à la *direction habituelle de l'utérus* à droite pendant la grossesse.

Ajoutons, pour en finir avec les causes prédisposantes, que le rein mobile s'observe beaucoup plus communément *chez la femme* que chez l'homme. Dans les statistiques rapportées par Ebstein, Fritz, Lancereaux, Landau, Küttner. On compte sur 1,176 cas, 1,028 femmes et seulement 148 hommes, soit une proportion de 87 pour 100.

C'est aussi surtout, et avec une prédominance très marquée, de 20 à 40 ans, c'est-à-dire pendant la période active de la vie sexuelle, qu'on voit le plus grand nombre de cas. Néanmoins, on peut en constater à tous les âges, même chez les enfants de quelques années. Un fait, cité par Schultze, a trait à un enfant de six mois.

III

Les *causes déterminantes* sont nombreuses; beaucoup d'entre elles ont une influence discutable :

1° La plus grande fréquence du rein mobile *chez la femme* a permis d'incriminer *la grossesse*, les *troubles menstruels* et les *lésions des organes génitaux*.

Le rôle de la *grossesse,* ou plutôt des *grossesses répétées*, considéré longtemps comme prépondérant, semble avoir été exagéré : ainsi sur 64 cas étudiés par Lindler, il y avait 24 nullipares et 10 femmes n'ayant eu qu'une grossesse. Il faut pourtant reconnaître que le relâchement des parois abdominales peut, à la suite de l'accouchement, et surtout si quelque autre cause adjuvante vient encore entrer en action, favoriser le déplacement et l'abaissement du rein.

La congestion rénale qui accompagne l'*époque menstruelle* peut aussi, lorsque le rein est déjà mobilisé, exagérer progressivement sa descente. Mais il est difficile d'admettre, avec Becquet, que la fluxion cataméniale puisse, à elle seule, déterminer la chute de l'organe.

Quant aux *lésions des organes génitaux* (utérus, ovaires, ligaments larges) sur lesquelles a tant

---

blic se trompe infiniment : il oublie que nous ne sommes pas seuls, tant s'en faut.

Puis, si son émotion est légitime, elle est un peu hors de proportion avec les motifs qui l'ont fait naître. Colères et panique se seraient apaisées et calmées déjà, si l'on avait envisagé les choses avec le calme, qui eut seul permis d'y voir clair et de s'en rendre un compte exact. Mais la presse — oh! qu'elle est bien l'expression du caractère français — s'est emballée aux premières nouvelles et le sang-froid qu'elle prône sans cesse, dont, à l'entendre, elle aurait le secret; le sang-froid auquel elle ne cesse de convier tout le monde, elle n'a rien eu de plus pressé que de le perdre et de le faire perdre aux autres. Est-ce en effet une marque de complète possession de soi-même que de venir parler à la tribune de la Chambre, comme l'a fait le ministre de la Guerre à propos des questions qu'on lui posait « d'excitation des soldats contre les officiers »?

Et voyez l'amas d'informations incohérentes, contradictoires, insérées dans les journaux! « Les médecins, disent-ils, ont refusé leurs soins à des malades; ils ont déclaré « non malades » des hommes qui mouraient peu d'heures après; ils ont fait punir de pauvres diables à qui le dur lit de camp de la salle de police a servi de couche d'agonie ». D'autre part les hospices, insuffisants, sont encombrés; on se plaint qu'on ait négligé d'en construire un certain nombre, dont le besoin avait été reconnu, — ce ne sont certes pas les médecins qui s'y sont opposés, — on gémit de ce que les infirmeries régimentaires regorgent au point que des soldats doivent être traités dans les chambrées; on fulmine contre les fenêtres ouvertes, comme on crierait à l'infection si on les laissait closes. Qu'on soit donc logique une fois. Si les hôpitaux et les ambulances reçoivent plus de malades qu'ils n'en peuvent contenir, c'est que les médecins ne prennent pas tous ceux qui se présentent pour des « tireurs au flanc » et des « carottiers ». Les cahiers de visite sont là, du reste, pour édifier la religion des enquêteurs. Or, dans une des casernes où le contrôle a déjà été fait, on a bien réellement trouvé que deux hommes, deux seulement, avaient été déclarés non malades, mais la sévérité de ce diagnostic a paru suffisamment justifiée par cette considération que ces deux hommes sont restés depuis en excellente santé.

Combien d'âmes sensibles ont gémit sur l'histoire de ce malheureux L ..., qui se présenta à la visite deux ou trois

insisté M. Lancereaux, leur importance est loin d'être absolument démontrée.

2° D'autres théories ont été suggérées par la notion de la prédominance du siège de la lésion du *côté droit*.

Nous avons déjà mentionné celle qui invoque, d'après Landau, la différence de fixité des deux reins.

Les rapports de *contiguité du rein droit avec la face inférieure du foie* paraissent donner une explition encore plus suffisante. Que l'on invoque une pression exercée sur le foie par le corset, comme l'a soutenu Brunveilhier, ou que l'on fasse avant tout intervenir, d'après Bartels, Muller-Warneck, Labadie-Lagrave, l'action des liens comme ceux dont se servent les femmes du peuple pour maintenir leurs jupes, il est certain que, dans ces conditions diverses, le foie est déformé, abaissé, ainsi que le démontrent nombre d'autopsies, et qu'il en résulte une poussée sur le rein, qui aboutit à sa mobilisation et à la production de l'ectopie. Peter attribue à l'usage du ceinturon chez les militaires un résultat analogue.

3° Dans d'autres circonstances, ce sont des *faits de nature pathologique* pure qu'il faut incriminer, encore que la prédisposition, relevant des conditions anatomiques, puisse conserver ici un rôle plus ou moins important.

Un *traumatisme* violent a suffi, dans bien des observations, pour déterminer une véritable luxation du rein uni ou bi-latérale. Le choc traumatique agit parfois directement sur la région lombaire ; plus souvent il y a chute d'un lieu élevé, le corps restant droit.

Signalons, d'une façon incidente, le cas où l'effort, dans ses modalités si différentes, a été incriminé (vomissements, quinte de toux, crises d'asthme, action de soulever un fardeau, etc.).

Les *altérations du rein* même, la dégénérescence cancéreuse ou kystique, l'hydronéphrose, les pyélonéphrites sont peut-être une cause de la descente de l'organe. Pourtant, dans ces faits, le rein s'hypertrophie plutôt qu'il ne s'abaisse, et il reste en contact avec la paroi postérieure de la cavité abdominale.

L'insuffisance des moyens de contention du viscère paraît beaucoup plus manifeste dans les cas où il y a *disparition de la graisse de la capsule adipeuse*, comme on peut l'observer à la suite de certaines maladies (tuberculose, fièvre typhoïde), amenant un degré notable d'émaciation.

De même la *pression exercée par les organes voisins malades* (tumeurs de la rate, du pancréas ou des capsules surrénales, déviations de la colonne vertébrale) peut faire sortir le rein de sa loge. Mais l'augmentation de volume du foie, atteint ou non de néoplasie, reste sans effet sur sa situation, car le foie, en s'hypertrophiant, remonte sous les fausses côtes, les renverse en dehors et descend graduellement vers la paroi antérieure, contrairement à ce qui se passe dans les cas de constriction dont nous avons parlé, et où le refoulement se fait vers les parties profondes.

Pour M. Potain, la mobilité rénale serait consécutive à la péritonite localisée. Ainsi, lors de colite muco-membraneuse, par exemple, ou de lithiase biliaire, il se développerait une fluxion sous-péritonéale se propageant jusqu'à la loge rénale et aboutissant à la disparition de l'atmosphère celluleuse de l'organe. De plus, M. Potain a montré que

---

jours de suite, dut enfin s'aliter, vaincu par la souffrance, et, dirigé trop tard sur l'hôpital, succomba moins de vingt-quatre heures après son entrée. Cela c'est la légende ; et voici la vérité, triste aussi mais moins horrible ; le même numéro de journal, à quelques lignes de distance, contient les deux récits : Le nommé L... s'est présenté le 12 février à la visite ; reconnu atteint d'une angine suspecte, il fut envoyé le même jour à l'hôpital ; son angine était symptomatique d'une fièvre scarlatine, qui l'emporta le cinquième jour. Il y a, sans doute, beaucoup de faits pareils parmi ceux qu'on qualifie, non sans imprudence, de meurtres commis par bêtise, par égoïsme ou par cruauté.

L'action de la presse, dans une semblable campagne, est vraiment funeste. La défaveur qu'elle jette, le blâme qu'elle déverse à flots sur des hommes foncièrement dévoués et compatissants, a des inconvénients plus graves que celui d'être à leur égard une douloureuse injustice. Elle insinue partout le soupçon et la crainte avec la rancune ; elle enlève aux troupiers et à leurs familles la confiance dont ils ont tant besoin dans ceux à qui l'État confie le soin de leur santé. C'est une œuvre néfaste, non dans le mobile qui a conduit à l'entreprendre, mais dans les moyens à l'aide desquels on le réalise, dans l'exagération des faits, dans leur interprétation hâtive, fausse, irréfléchie. On jette feux et flammes parce que quatorze décès de militaires se sont produits à Dijon en neuf jours ! Mais la population civile n'a-t-elle pas été éprouvée au même moment d'une façon analogue ? Je sais une ville de moins de trente mille âmes où, pendant cette même semaine, dix-neuf décès furent déclarés le même jour à l'état-civil. Si la situation sanitaire actuelle était causée par quelque choléra, au lieu de l'être par cette affection mal définie dont on a trop appris à se moquer sous son nom d'*influenza*, la peur de tous ne laisserait de loisir aux blâmes et aux accusations de personne.

La foule est vraiment étrange. Lorsqu'on apprend, en France, que la populace affolée a massacré, au fond de quelque province de Russie, des médecins soupçonnés d'avoir semé la peste, infecté l'air, empoisonné des sources, les mots de sauvagerie, de barbarie, de stupidité féroce sont sur toutes les lèvres. Mais qu'en notre propre pays une grippe infectieuse à virulence exaltée, rendue plus redoutable par l'exceptionnelle rigueur de l'hiver, s'abatte sur certaines régions et les désole, on s'en prend aussitôt à tout, sauf, bien entendu, aux circonstances elles mêmes

c'est rarement l'extrémité inférieure qui bascule en avant. Le plus souvent, c'est, d'après cet auteur, l'extrémité supérieure qui vient s'incliner sous la face inférieure du foie et se fait sentir sous le rebord des fausses côtes : tel serait le mécanisme de l'*antéversion rénale*.

4° Pour résumer en quelques mots, dans une vue d'ensemble, la série des causes précédentes, on peut dire qu'il existe des raisons d'ordre anatomique susceptibles d'expliquer la facilité avec laquelle le rein se déplace sous l'influence de certains facteurs. L'étude du trajet de la capsule cellulo-adipeuse des deux reins et de leurs diverses connexions, avec les particularités que Landau a mentionnées pour chacun d'eux, montre qu'il y a des points faibles dans leurs moyens de fixité, surtout en ce qui concerne le rein droit. On conçoit dès lors aisément que, si une pression de longue durée, un choc, un traumatisme quelconque sont exercés sur cet organe, la luxation rénale pourra se trouver réalisée, soit d'une façon graduelle, soit brusquement.

Cet état d'infériorité du rein, et principalement du rein droit, au point de vue de ses moyens de contention et de sa résistance aux causes de déplacement, rend compte de la fréquence de la néphroptose droite, dans le cas d'*entéroptose*, puisque, d'après M. Glénard, le prolapsus primitif de l'intestin débute par le coude droit du côlon : celui-ci entraînerait ainsi dans sa chute le rein correspondant.

Du reste, la théorie de l'entéroptose, avancée par M. Glénard, modifierait singulièrement la conception jusqu'ici acceptée de la pathogénie du rein mobile. Suivant ce médecin, le rein mobile ne constitue qu'un des phénomènes d'un syndrôme plus général, d'une entité plus complexe, l'entéroptose, laquelle peut être caractérisée, lorsque le tableau est au complet, par la ptose de tous les viscères de la cavité abdominale, mais qui, dans ses variétés diverses, peut être représentée par l'entéroptose isolée ou associée à d'autres splanchnoptoses, néphroptose, hépatoptose, splénoptose, métroptose... etc. Mais MM. Glénard et Cuilleret ont insisté sur ce point : s'il y a des entéroptoses sans néphroptose, on ne pourrait observer de néphroptose sans entéroptose.

Cette doctrine, évidemment trop exclusive, comporte cette notion importante, qu'il peut exister une sorte de débilité congénitale, un défaut de tonicité des attaches fibreuses et musculaires qui maintiennent en place les viscères abdominaux. La néphroptose n'est, en pareil cas, qu'une expression localisée d'un processus généralisé, d'une véritable « diathèse ptosique » : elle correspond alors, suivant la dualité pathogénique proposée par M. Tuffier, à la *hernie de faiblesse*, tandis que dans d'autres faits, traumatiques par exemple, préparés ou non par la même insuffisance native des ligaments de l'organe, le mécanisme de production de la luxation du rein se rapproche de celui de la *hernie de force*.

Mais, tout en admettant que le prolapsus rénal puisse être facilité par une débilité congénitale de ses moyens de fixité, il n'est pas possible d'affirmer que le rein mobile vulgaire et l'entéroptose de Glénard ne sont qu'une seule et même maladie à des degrés divers. C'est là une question qu'à l'heure actuelle il convient encore de réserver.

(La fin au prochain numéro.)

La vaccination en Suisse. — La vaccination obligatoire vient d'être supprimée dans le canton de Berne par un *referendum* populaire. Les antivaccinateurs l'ont emporté par 26,238 voix contre 24,543.

---

et au milieu cosmique, seuls responsables pourtant en cette affaire : médecins, colonels, généraux, personne n'est épargné.

Est-ce à dire qu'il n'y ait rien à corriger; aucune mesure à prendre; et qu'il faille s'en tenir au fatalisme des Musulmans. Rien n'est plus loin de ma pensée. Je suis persuadé qu'en l'état actuel ni les médecins ni les chefs militaires ne pouvaient rien sur ce qui s'est passé; mais j'ai la conviction aussi qu'ils pourraient beaucoup à l'avenir si on le voulait bien. Il est un vieux proverbe d'une philosophie profonde: « Si jeunesse savait, si vieillesse pouvait! » Eh! bien, les chefs militaires ne savent pas et les médecins ne peuvent pas. D'un côté on prend la fatigue pour de l'exercice, le surmenage pour de l'endurcissement; de l'autre on est désarmé contre les conséquences de ces erreurs. Les conseils, les observations respectueuses que le médecin a le droit et le devoir de présenter à un chef sont trop souvent lettre morte et il est difficile qu'il en soit autrement. Celui-ci — parce qu'il ne sait pas — est porté à regarder les craintes qu'on lui exprime comme exagérées et le donneur de conseils comme un timide et un pusillanime; « des soldats ne sont pas des poules mouillées, que diable! » L'autre pour appuyer son avis ne peut que donner de bonnes raisons; l'extrême licence est de les fournir par écrit; sa dernière cartouche est d'en demander acte. Et puis après? Où est la sanction? Ceux qui ont poussé la résistance jusque-là (je ne parle pas des faits du jour), l'ont su parfois... à leurs dépens.

Tant qu'il en sera ainsi, et peut être y a-t-il à ce que cela soit autrement des impossibilités absolues, tout au moins des difficultés insurmontables, il sera injuste d'accuser qui que ce soit. L'horrible fléau qu'est la guerre a de dures conséquences même en temps de paix; s'emporter contre elles est besogne stérile et récriminer ne sert à rien. Si l'on tient absolument à une concession, je veux bien faire celle-ci: Prenez que tel régiment soit commandé par le plus rude des colonels et soigné par le plus brutal des médecins; mais expliquez-moi maintenant que ces deux hommes suffisent à créer une épidémie dans toute une région de corps d'armée.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Asiles spéciaux pour les aliénés alcooliques. — Dangers occasionnés par le transport de l'acide carbonique liquide.

La création d'établissements spéciaux pour les aliénés alcooliques est le sujet qui préoccupe le plus en ce moment les hygiénistes. Il a été traité par le Dr E. Marandon de Montyel dans la *Revue d'hygiène* et dans le *Bulletin de thérapeutique* (1), et par le Dr Legrain dans la *Tribune médicale* (2). J'en ai moi-même dit quelques mots dans une de mes précédentes chroniques. Cette actualité tient à ce que la question est à la veille de passer, en France, dans le domaine de l'application.

Il existe depuis longtemps des établissements de ce genre en Angleterre, en Amérique et en Suisse. On n'en compte pas moins de cent cinquante de par le monde, au dire du Dr Marandon de Montyel; mais en France, lorsque les ivrognes deviennent fous, on est réduit à les mettre dans les mêmes établissesements que les autres aliénés. Or, leur nombre va croissant avec les progrès de l'alcoolisme. Autrefois on n'en comptait que 11 % dans les asiles; il y en a 16 % aujourd'hui.

Cette progression a surtout frappé l'attention des aliénistes. Le Dr Magnan, médecin de Saint-Anne, a entrepris, l'an dernier, de concert avec les Drs Deschamps et Dubois, conseillers municipaux de la Ville de Paris, une campagne tendant à faire créer des asiles spéciaux pour cette catégorie d'aliénés. D'après son conseil, le Dr E. Marandon de Montyel organisa à l'asile de Ville-Evrard un quartier spécial pour le traitement des alcooliques. Le Conseil général de la Seine, après avoir constaté les bons résultats obtenus dans ce service, vota, le 29 juin dernier, la création, sur un point du vaste domaine de Ville-Evrard, d'un asile pour cinq cents ivrognes. Il institua dans ce but un concours qui a été clos le 30 novembre, et qui a réuni trente-cinq concurrents, parmi lesquels la Commission a fait son choix. L'établissement comprendra 700 places, 500 pour les alcooliques du sexe masculin et 200 pour les femmes, Il coûtera 4,200,000 francs et sera probablement ouvert dans le courant de cette année; mais ce premier succès n'a pas suffi pour satisfaire l'ardeur de M. Magnan, et, d'accord avec le Dr Legrain, il a adressé au ministre de l'Intérieur un rapport dans lequel il propose de généraliser la mesure. Son travail a été soumis par le ministre, au Conseil supérieur de l'Assistance publique. La quatrième section de ce Conseil s'est réunie le 14 février, sous la présidence de M. Emile Rey, député, et a consacré deux séances à l'examen de la question.

M. Magnan, résumant son rapport a exposé au Conseil les raisons sur lesquelles sa proposition s'appuie. Les aliénés alcooliques qu'on admet aujourd'hui dans les asiles y guérissent très vite, a-t-il dit, surtout à leurs premières attaques, grâce à l'abstinence complète de boissons spiritueuses, et ils s'empressent de quitter l'établissement où l'on n'a pas le droit de les retenir. Aussitôt sortis, ils recommencent à boire, perdent de nouveau la raison, et sont ramenés à l'asile pour le quitter encore jusqu'à ce que leur état devienne incurable. M. Magnan en a cité qu'il a fallu interner trente fois. De là des frais considérables pour un résultat complètement nul; tandis qu'on pourrait obtenir des guérisons définitives, en les conservant dans l'asile jusqu'à ce qu'ils aient perdu l'accoutumance de boire. Il faut donc tout d'abord introduire, dans la loi sur les aliénés, un article qui permette de prolonger leur internement jusqu'à ce que cette transformation soit obtenue. Il sera nécessaire ensuite de créer des asiles spéciaux, et M. Magnan estime, d'après les statistiques, qu'il en faudra sept pour la France entière.

La quatrième section du Conseil supérieur de l'Assistance publique a pensé que la dépense considérable qu'entraînerait la création de ces sept asiles pouvait être évitée, pour le moment, en isolant les alcooliques dans les asiles qui existent déjà, et elle a voté les conclusions suivantes :

« *Article premier.*— Les aliénés alcooliques doivent « être traités dans des établissements spéciaux. En « attendant leur création, ils seront isolés dans « chaque asile, dans des quartiers spéciaux ».

« *Art. 2.* — Des articles additionnels à la loi sur « l'ivresse et à la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, « autoriseraient la séquestration des ivrognes délin- « quants et des aliénés alcooliques et leur maintien « pendant le temps nécessaire à leur guérison.

« Tout délinquant par ivrognerie serait l'objet « d'un rapport médical sur les conclusions duquel « on pourrait, s'il y avait lieu, pourvoir à son inter- « nement dans un asile spécial pour les alcoo- « liques. »

La quatrième section du Conseil a ensuite pris une résolution qui est trop conforme aux désirs des hygiénistes et aux avis que j'ai souvent formulés pour que je ne m'empresse pas de la faire connaître. Elle a émis le vœu :

(1) E. Marandon de Montyel : « Du régime intérieur des asiles des buveurs. » (*Revue d'hygiène*, n° du 12 décembre 1894, t. xvi, p. 1059.) — « La cure des buveurs à Ville-Évrard en 1894. » (*Bulletin général de thérapeutique*, n° du 30 janvier 1895, p. 78.)

(2) Dr Legrain : « Les asiles d'ivrognes. » (*Tribune médicale* du 16 janvier 1895).

« 1° Qu'un impôt plus élevé frappe la production « de l'alcool en France; que, par suite, se trouve « supprimé le privilège des bouilleurs de cru;

« 2° Qu'un dégrèvement aussi considérable que « possible soit effectué sur le vin, le cidre, la bière, « le thé, le café et le sucre;

« 3° Que le droit de licence des cabarets soit augmenté;

« 4° Que les licences ne soient accordées à l'avenir « qu'à des conditions déterminées (chiffre de la « population, etc.);

« 5° Que la vente des boissons spiritueuses soit « prohibée dans les prisons; que la qualité des « boissons spiritueuses vendues dans les cantines de « l'État, des municipalités et de l'armée, soit soumise à une surveillance spéciale;

« Qu'une application plus rigoureuse soit faite de « la loi sur l'ivresse;

« 7° Que des sociétés d'abstinence et de patronage consolident au dehors la réforme salutaire « commencée à l'asile;

« 8° Que des établissements de consommation « pour les abstinents complètent l'ensemble des « moyens curatifs contre l'alcoolisme ».

Les vœux de la quatrième section seront soumis dans quelques jours à l'examen du Conseil supérieur tout entier, au cours de la session qui doit s'ouvrir le 5 mars 1895.

Il y a lieu d'espérer que ces aspirations ne resteront pas cette fois à l'état de lettre morte. Celles qui dépendent de l'État recevront vraisemblement satisfaction dans la loi qui est en préparation à la Chambre des Députés, et dont M. Fleury-Ravarin est le rapporteur; celles qui sont du ressort de l'initiative privée, comme les sociétés de patronage pour les abstinents et la création des cafés de tempérance sont à l'étude dans le milieu où l'on s'occupe de ces œuvres philanthropiques, et où l'on dispose des capitaux nécessaires pour les fonder.

— L'acide carbonique liquide est maintenant d'un emploi courant dans l'industrie. On le renferme et on le transporte dans des récipients en acier ou en fer forgé, qui doivent supporter sans se rompre une pression de 125 atmosphères; mais celle qui s'exerce au sein du récipient lorsqu'il est rempli croît très rapidement avec la quantité du liquide contenu, et surtout avec la température. La bouteille métallique peut par conséquent éclater au moment où l'on s'y attend le moins. Cet accident est survenu le 28 décembre dernier, dans l'usine de la Société *la Carbonique française*, 20, rue Tiphaine. Un de ces récipients a fait explosion, et un homme a été tué sur le coup.

Le Préfet de police, à la suite de cette explosion, a prié le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine de procéder à une étude sur les mesures qui pourraient être prises dans l'intérêt de la sécurité publique, au sujet de la fabrication de l'acide carbonique liquide. M. Michel Lévy qui, en 1888, avait déjà présenté un premier travail sur la question, a été cette fois encore chargé du rapport dont il a, comme nous l'avons dit, donné lecture à la séance du 1er février 1895.

Après avoir rappelé la décision ministérielle du 6 avril 1894, qui a prescrit les précautions à prendre pour le transport par le chemin de fer des récipients d'acide carbonique liquide (1), il a proposé au Conseil d'émettre le vœu qu'un règlement d'administration publique prescrive, dans l'emploi de ces récipients, les précautions nécessaires pour protéger la sécurité publique, et que le dossier soit renvoyé, dans ce but, au Ministère des Travaux publics, qui a déjà réglementé les transports par voie ferrée de ces mêmes récipients.

Ces conclusions ont été adoptées au cours de la séance du 15 février. JULES ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Il est rare de voir un chirurgien avoir sept succès sur sept opérations de *désarticulation de la hanche*. C'est cependant ce qu'a obtenu M. PAUL, et il nous retrace ses observations dans *The Lancet* (1895, p. 214).

Il procède de la façon suivante : il taille, de dehors en dedans, un grand lambeau antérieur; désarticule et taille ensuite un petit lambeau postérieur. L'artère fémorale a toujours été liée tout d'abord, afin de réduire l'hémorragie au strict minimum. M. Paul atttibue le succès de l'opération au soin particulier qu'il apporte à prévenir une perte de sang appréciable, et dans ce but il se loue beaucoup du tourniquet d'Esmarch, qu'il maintient en place au moyen de deux bandes de calicot placées à cheval sur l'épaule et la hanche, du côté opposé à l'opération. Le tourniquet est enroulé au-dessus des bandes de calicot et autour de l'os innominé, au-dessus de la crête iliaque en avant et de la tubérosité de l'ischion en arrière; puis les extrémités libres des bandes de calicot sont fortement tendues et nouées sur l'épaule

(1) Aux termes de cette décision, les récipients doivent être soumis à une épreuve officielle constatant qu'ils supportent sans fuite et sans déformation permanente, des pressions de 250 kilogrammes par centimètre carré, laquelle épreuve doit être renouvelée tous les trois ans.

Les soupapes et robinets doivent être protégés par des clapets ou couvercles du même métal que les récipients, et vissés sur ces derniers.

Le poids du récipient vide, la charge ou kilogrammes qu'il peut contenir, et la date de la dernière épreuve, doivent être poinçonnés sur le récipient.

et sur la hanche. Avec un petit bandage roulé, poussé sous le tourniquet, au niveau de l'artère iliaque, la perte de sang n'est pas plus considérable que dans l'amputation de la cuisse, et il n'y a pas de raison pour que les résultats ne soient pas aussi bons. Il convient d'ajouter que les opérés de M. Paul étaient, pour la plupart, des enfants; deux avaient quarante et vingt ans ; les cinq autres avaient de huit à douze ans.

— On connait les heureux résultats obtenus dans le myxœdème par l'*ingestion de corps thyroïde*. Cette méthode thérapeutique ne devait par tarder à être employée dans le *traitement du goitre*. M. le professeur Bruns, de Tubingue, en a eu le premier l'idée et s'en est bien trouvé.

Ces expériences ont porté sur 60 malades. 14 ont été complètement guéris (retour du corps tyroïde à ses dimensions normales); chez 20 autres le résultat obtenu équivaut à une guérison, puisque, à la suite d'une diminution considérable de leur hypertrophie thyroïdienne, ils ont été complètement délivrés des troubles provoqués par le volume de la tumeur cervicale ; 9 malades ont été améliorés, c'est-à-dire que le goitre et les troubles qu'il déterminait ont sensiblement diminué; enfin dans 17 cas seulement l'effet du traitement a été nul.

Un fait important, que M. Bruns a constaté, c'est l'influence exercée par l'âge des goitreux sur le résultat du traitement. A ce point de vue, les malades du chirurgien de Tubingue peuvent être groupés en quatre catégories. Dans la première figurent 7 enfants, âgés de un à dix ans, *qui ont tous guéri complètement*. La seconde comprend 28 malades, de dix à vingt ans, dont 21 ont guéri (disparition de la tumeur dans 7 cas, persistance d'une certaine tuméfaction thyroïdienne avec suppression définitive des troubles morbides dans les 14 autres), 4 ont été améliorés et 3 seulement se sont montrés réfractaires à la médication. Dans le troisième groupe, où figurent 14 sujets âgés de vingt à trente ans, on note 4 guérisons, 3 améliorations et 7 insuccès. Enfin dans la quatrième catégorie, qui comprend 11 individus âgés de quarante à soixante ans, on relève 2 guérisons, 2 améliorations et 7 insuccès.

Le traitement est donc d'autant plus efficace que le malade est plus jeune. Il faudra n'y avoir recours que sur les sujets n'ayant pas dépassé vingt ans. M. Bruns a fait ingérer à ses malades indifféremment du corps thyroïde de mouton ou de veau.

— Dans la *Revue médicale de la Suisse romande* du 20 février 1895, M. Kummer reprend, à propos d'une observation, la question si discutée du *traitement de l'occlusion intestinale*, et montre les avantages de l'entérostomie dans certains cas. Il insiste avec raison sur la difficulté du diagnostic et sur le peu de succès que donne souvent la laparotomie. Tout cela est fort exact et, il faut le dire, la plupart du temps ces laparotomies finissent par la création d'un anus contre nature. Cette enterostomie est de pratique courante quand on n'a pas reconnu l'obstacle ou qu'on n'a pas pu le lever; mais un point à discuter, c'est l'opportunité de cette laparotomie préalable. M. Kummer l'a pratiquée chez sa malade et n'a pu, même la main dans le ventre, faire le diagnostic. Il a trouvé l'S iliaque très dilaté et a pu faire, sur cette partie de l'intestin, son enterostomie. Il n'en est pas toujours ainsi, car l'obstacle peut siéger plus haut, sur le côlon transverse ou ascendant, et nécessiter un anus cœcal. C'est pour cela qu'il nous semble, et c'est du reste la ligne de conduite la plus généralement adoptée, commencer par faire une laparotomie exploratrice, aller à la recherche de l'obstacle et, si on ne le trouve pas, vérifier l'état de l'S iliaque. Si cette anse est dilatée, et par conséquent perméable, c'est sur elle qu'il faut faire l'enterostomie ; si elle est aplatie et vide, il faudra, au contraire, se porter sur le cœcum.

M. Kummer a employé un obturateur ingénieux pour fermer hermétiquement la petite bouche faite à l'intestin. C'est un tube métallique qui relie deux ballons en caoutchouc, dont l'un s'applique sur la paroi interne de l'intestin et l'autre sur la peau. Le premier est introduit dégonflé, et les deux sont tendus à l'aide d'une petite pompe appliquée sur l'extrémité interne du tuyau qui les relie.

Ce petit appareil lui a rendu d'excellents services en évitant à la malade toute souillure alvine.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 février 1895

M. Renaut (de Lyon) présente le résumé d'un travail sur *les cellules nerveuses multipolaires et la théorie du neurone de Waldeyer*.

L'Académie procède ensuite à l'élection de deux correspondants nationaux. Au premier tour, M. Bergonié (de Bordeaux) a été élu par 27 voix contre 11 à M. Bleicher (de Nancy), 4 à M. Hugounencq (de Lyon), 3 à M. Carles (de Bordeaux), et un bulletin blanc. Au deuxième tour, M. Hugounencq a été élu par 33 voix contre 5 à M. Bleicher, 2 à M. Carles et 4 bulletins blancs.

M. Lucas-Championnière donne ensuite lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Alphonse Guérin, puis la séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. le président donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Alphonse Guérin, et la séance est levée en signe de deuil.

Cependant, M. Albarran ayant amené une malade fort intéressante, la présente à la Société en énonçant son histoire, que voici : Il s'agit d'une observation intitulée : *Plaies multiples de l'intestin et de l'utérus gravide par balle de revolver; procidence du cordon dans le ventre de la mère; laparotomie; guérison.* L'intervention eut lieu cinq heures après l'accident. Dans le tiers supérieur de l'iléon, quatre plaies intestinales furent découvertes dans un espace de vingt centimètres. Cette anse fut réséquée et l'enterorraphie circulaire pratiquée à l'aide d'un double plan de suture. Il existait une cinquième plaie au niveau de l'angle duodénojéjunal, elle fut suturée, ainsi qu'une partie du mésentère, qui saignait abondamment.

Ce n'est pas tout. La femme était enceinte de quatre mois et demi, et l'utérus gravide avait été perforé en deux points : au niveau du fond et de la paroi postérieure. De plus, par l'ouverture la plus élevée sortait une anse du cordon ombilical, longue de quarante-cinq centimètres. Elle fut réséquée, réduite dans l'utérus, et les deux orifices de la matrice furent ensuite suturés.

La fausse couche eut lieu spontanément le lendemain, et cinq semaines après, la femme sortait guérie de l'hôpital. Il y a cinq mois de cela, et elle est aujourd'hui en parfaite santé.

Bonne observation pour les interventionnistes.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février 1895

La nature des pleurésies séro-fibrineuses est restée jusqu'ici assez obscure; on n'en admettait guère que deux formes : l'une simple, l'autre tuberculeuse. L'étiologie des pleurésies séro-fibrineuse est cependant plus complexe; dans une intéressante communication, M. Fernet vient en fournir la preuve. C'est grâce à la bactériologie qu'il peut aujourd'hui apporter une classification des pleurésies séro-fibrineuses, et la meilleure de toutes puisque c'est une classification étiologique.

Il y a déjà plusieurs années, M. Landouzy a soutenu, en se fondant sur la clinique, que le plus souvent la pleurésie séro-fibrineuse est *fonction de tuberculose*. L'examen bactériologique et l'expérimentation ont amené M. Netter à une conclusion analogue. De leur côté, MM. Chauffard et Gombault ont montré, par l'inoculation au cobaye du liquide pleural, que dans près de la moitié des cas la pleurésie était indépendante de la tuberculose; mais ces auteurs n'ont pas recherché la nature de ces pleurésies non tuberculeuses. M. Talamon a trouvé, dans les épanchements séreux, des microbes divers : bacille de Koch, streptocoques, pneumocoque. M. Kelsch, dans son mémoire sur la nature des pleurésies séro-fibrineuses, pense aussi que l'étiologie en est très complexe, comme elle l'est d'ailleurs pour les inflammations des autres séreuses; les pleurésies, pense-t-il, sont toutes infectieuses, mais non toutes tuberculeuses; le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque, tous les agents phlogogènes peuvent en être la cause.

M. Fernet a fait depuis deux ans, avec MM. Girode et Papillon, l'examen bactériologique de toutes les pleurésies séreuses de son service. Il croit possible d'établir aujourd'hui une classification de ces pleurésies d'après les agents pathogènes qui les ont produites, ainsi que cela a été fait pour les pleurésies purulentes. D'autre part, on les divise encore en primitives et secondaires; mais celles-là sont certainement plus rares qu'on ne croit. Le plus souvent, le micro-organisme qui envahit la plèvre provient d'un organe voisin déjà malade (poumons, bronches). Le rapport entre l'affection primitive et la pleurésie consécutive est, en effet, très variable. Une pneumonie, par exemple, peut ne retentir sur la plèvre que d'une façon insignifiante; d'autres fois, la pneumonie et la pleurésie qu'elle détermine présentent cliniquement une importance égale; il arrive enfin qu'un épanchement pleural abondant masque un noyau de pneumonie peu étendu qui lui a donné naissance. Voilà l'origine d'un grand nombre de pleurésies dites primitives.

Les recherches de M. Fernet ont porté sur vingt cas de pleurésie séro-fibrineuse. Il a trouvé :

Le pneumocoque dans.....	4	cas, soit	20 %
Le staphylocoque dans	6	—	30 %
Le bacille typhique dans.....	1	—	5 %
Le bacille de Koch dans.....	3	—	15 %
Pas de microbes ou des bacilles indéterminés dans.....	6	—	30 %

L'évolution des pleurésies offre d'ailleurs des caractères en rapport avec le micro-organisme qui les a produites.

Les pleurésies à *pneumocoques*, qui sont bien plus fréquentes qu'on ne croit, puisque beaucoup de pneumonies superficielles s'accompagnent d'un léger épanchement séreux dont on ne tient pas compte, ont une symptomatologie assez caractéristique : début brusque, frisson unique et prolongé; température d'emblée considérable (39 ou 40°), pouls à 120 ou 140; puis point de côté violent, ayant parfois les caractères des douleurs des pleurésies diaphrag-

matiques; toux sèche, courte, avec expectoration visqueuse, gommeuse, parfois sanguinolente; vers le troisième jour, herpès naso-labial, dont la valeur diagnostique est considérable; langue infectieuse, recouverte d'un enduit épais jaunâtre, fétide; le facies est celui d'un pneumonique; mais c'est une pleurésie que l'on trouve. Souvent même, vers le septième jour, survient une crise assez analogue à celle de la pneumonie (chute de la température, transpirations), mais moins marquée; le soulagement est moins complet et la dyspnée persiste. Le liquide pleural est jaune-verdâtre assez foncé, il forme des caillots assez volumineux. L'épanchement dure de quelques jours à deux ou trois semaines et laisse après lui des adhérences pleurales assez fortes. Si au bout de dix ou quinze jours on fait une ponction, le liquide ne se reproduit plus, ce qui est bien en rapport avec la durée de la virulence du pneumocoque. Le pronostic est essentiellement bénin, la guérison est la règle.

La pleurésie séreuse *à staphylocoques* a un début moins aigu : quelques frissons, point de côté peu intense, fièvre modérée, petite toux sans expectoration; puis la dyspnée se montre et s'accroît graduellement avec l'épanchement; les malades n'ont pas interrompu jusque-là leurs occupations, et ce n'est souvent que trois semaines ou un mois après le début de l'affection qu'ils se présentent, porteurs alors d'un épanchement quelquefois considérable qu'il faut ponctionner d'urgence. Le liquide est séreux, verdâtre, mais moins fibrineux que celui de la pleurésie à pneumocoque; l'épanchement se reproduit plusieurs fois après la ponction; l'évolution est subaiguë, les phénomènes généraux très peu marqués; quelquefois la pleurésie passe à l'état chronique. Des deux staphylocoques, c'est l'albus qui est le plus fréquent, soit seul, soit associé (albus, sept fois; aureus, une fois). Au point de vue de la clinique, il n'y a pas de distinction à établir.

M. Fernet n'apporte qu'un cas nouveau de pleurésie *à bacille typhique;* on sait qu'il en avait déjà publié un autre exemple. Un début insidieux, des troubles fonctionnels légers, un épanchement peu fibrineux, souvent hémorragique (Kelsch, Charrin et Roger), contenant à l'état pur le bacille d'Erbeth, tels sont les attributs de la pleurésie typhique.

Dans les *pleurésies tuberculeuses*, le bacille de Koch peut être seul ou associé. Dans les trois cas de M. Fernet, le microbe a été constaté par examen direct dans le caillot, mais les injections de liquide dans le péritoine de cobayes n'ont pas produit la tuberculose. Dans deux cas il était accompagné du staphylocoque blanc. Ce dernier ne joue-t-il pas un rôle important dans la production de l'épanchement des pleurésies tuberculeuses? En général, en effet, celles-ci sont des pleurésies sèches ou à petit épanchement.

Sur les six pleurésies à microbe indéterminé, trois ressemblaient, par leur évolution, à des pleurésies à pneumocoques, deux à des pleurésies à staphylocoques; la dernière serait une pleurésie tuberculeuse.

On comprend l'intérêt que présente au point de vue du pronostic une telle étude de la nature des pleurésies; celui-ci dépend du microbe que l'on constate. Bénin, si c'est le pneumocoque ou le bacille typhique; plus sérieux si c'est le staphylocoque, puisque la pleurésie a une durée plus longue; il est grave quand c'est le bacille de Koch, au même titre que le pronostic de toutes les lésions produites par ce micro-organisme.

— Après cette longue et intéressante communication de M. Fernet, il nous reste à signaler d'abord l'observation, rapportée par M. Marie, d'un homme de quarante-neuf ans atteint d'une atrophie osseuse et musculaire limitée au côté gauche de la face, du thorax, à l'épaule et au bras gauche. Cette atrophie a débuté à l'âge de douze ans et s'est accompagnée peu après d'une paralysie faciale gauche à type périphérique. Le diagnostic est ici fort difficile : il ne s'agit ni de trophonevrose faciale, ni de sclérose cérébrale, ni de paralysie infantile ou de paralysie radiculaire. M. Marie pense à une lésion d'un des ganglions cervicaux du grand sympathique.

— M. Hanot a communiqué ensuite deux observations de *varices lymphatiques* de la peau de la région inférieure de l'abdomen au cours de la cirrhose atrophique. Le liquide extrait de ces varices présentait tous les caractères de la lymphe : M. Hanot ne propose aucune explication pathogénique de ce phénomène, mais l'ascite semblait pour une part au moins être la cause de ces varices lymphatiques, puisqu'elles disparurent à la suite d'une ponction.

— A la fin de la séance, M. Gailliard montre, à propos de deux cas de *pneumothorax partiel* qu'il a observés, que dans le diagnostic de cette affection avec les grandes cavernes pulmonaires, il faut tenir grand compte du déplacement du cœur, alors que d'autres signes du pneumothorax peuvent manquer.

H. Richardière et Fournier.

REVUE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Étienne de Rouville est arrivé, en étudiant la genèse de l'épithélium intestinal, à des résultats fort intéressants. Bizzozero a admis que les glandes en tube de l'intestin étaient le champ de régénération pour l'épithélium qui recouvre la surface libre de la muqueuse. Pour lui, les cellules prenant naissance dans le tube glandulaire glisseraient rapidement sur la surface de l'intestin.

M. Et. de Rouville a été frappé de la ressemblance qu'avaient entre eux, dans beaucoup de ses coupes, les éléments épithéliaux et ceux du tissu conjonctif sous-jacent. La limite entre l'épithélium et le tissu conjonctif est loin d'être toujours nettement tranchée.

Aussi, adoptant les idées de M. Sabatier, M. Et. de Rouville pense que le tissu conjonctif continue plus ou moins, dans le cours de la vie, à être la matrice d'où sortent les éléments des autres tissus; c'est un blastoderme post-embryonnaire. Les épithéliums ne seraient, dans bien des cas, que la forme limitante des surfaces libres du tissu conjonctif.

— M. Ranvier est parvenu à démontrer l'existence des vaso-moteurs des veines par une expérience très simple.

Si, après avoir déterminé la dilatation de l'artère auriculaire en la pressant transversalement avec l'ongle contre le cartilage de l'oreille (manœuvre qui paralyse l'artère par action mécanique sur les nombreux faisceaux nerveux qui sont dans son voisinage immédiat), on comprime de la même façon, toujours avec l'ongle, la veine marginale externe, celle-ci se dilate au-dessus du point comprimé. En outre, la compression de la veine marginale suffit à amener sa dilatation, sans qu'il soit nécessaire d'avoir, au préalable, paralysé l'artère médiane.

La dilatation des veines au-delà de la région comprimée est liée à la destruction mécanique des filets nerveux qui les accompagnent et qui président à l'innervation de leurs éléments musculaires : il y a donc des vaso-moteurs veineux comme il y en a d'artériels.

— M. Lépine a constaté que sous l'influence de l'acide sulfurique et vraisemblablement par un processus d'hydratation, un pancréas de chien broyé aseptiquement, produit une grande quantité de ferment glycolytique. Quelle est la substance zymogène qui donne naissance au ferment glycolyique : pour M. Lépine, c'est la diastase saccharifiante qui existe si abondamment dans le pancréas.

On sait depuis Pauloff, dont les recherches ont été confirmées par Morat, qu'en excitant le bout périphérique du vague, on fait couler abondamment le suc pancréatique. Si, après avoir mis une canule dans le canal de Wirsung, on recueille quelques cq. de suc pancréatique et qu'on les traite par l'eau additionnée d'acide sulfurique à 1 °/₀, on constate de même la disparition du pouvoir saccharifiant et l'apparition du pouvoir glycolytique dans le liquide. De plus, on pourra noter le fait remarquable que, pendant l'excitation du nerf et l'écoulement du suc pancréatique, le sang de la veine pancréatique n'a pas de pouvoir glycolytique notable, c'est-à-dire qu'il ne détruit pas une quantité bien sensible soit de son propre sucre, soit de celui qu'on y ajoute, tandis que le pouvoir glycolytique de ce sang devient considérable dans les heures consécutives, alors que l'écoulement du suc pancréatique est nul. Il y a donc balancement entre la sécrétion interne et la sécrétion externe du pancréas.

Si le ferment glycolytique provient du ferment saccharifiant, on comprend qu'il se produise dans les organes où existe ce dernier.

LES LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique de la fièvre typhoïde, par le Dr Le Gendre. Paris, O. Doin, 1895.

M. Le Gendre n'est pas un pur brandiste; élève du professeur Bouchard, il est convaincu que l'avenir de la thérapeutique doit consister à lui donner pour base la pathogénie, et c'est l'honneur du maitre français, nous dit-il, d'avoir dégagé tous les éléments du problème thérapeutique soulevé par la connaissance que nous avons de la pathogénie si complexe de la dothiénenthérie. M. Le Gendre conseille donc l'emploi combiné des bains tièdes progressivement refroidis, de l'antiseptie intestinale et de la quinine.

Ce qui répugne surtout à M. Le Gendre, c'est la prétention du traitement de Brand de répondre à tous les cas. Pour lui, en effet, il y a lieu de choisir entre les lotions froides, les bains tièdes, les bains progressivement et plus ou moins refroidis, les affusions, le drap mouillé, le bain de Brand, tous moyens hydrothérapiques qui répondent à des besoins divers. Cependant, M. Le Gendre le sait parfaitement, les brandistes les plus fanatiques prennent en considération l'état du malade dans les prescriptions thérapeutiques. Chez un veillard de cinquante à soixante ans, robuste à système circulatoire sain, on peut ordonner des bains à 22, 24°, disent Tripier et Bouveret; puis ils ajoutent: chez un malade même moins âgé, mais d'une moins bonne constitution où dont le cœur et les vaisseaux ne sont pas parfaitement sains, il sera préférable d'employer le bain tiède progressivement refroidi. De même dans les lésions cardiaques mal compensées, les médecins lyonnais conseillent de renoncer à l'eau froide et d'employer la quinine, les compresses froides. N'est-ce pas là la pratique même de M. Le Gendre, avec l'antisepsie intestinale en moins, il est vrai.

D'autre part, il y a longtemps que MM. Glénard et Juhel-Renoy l'ont dit, le brandiste qui plonge le typhoïsant dans l'eau froide huit fois par jour, ne le croit pas dégagé par là de toute autre préoccupation thérapeutique. Les pratiques hydrothérapiques mêmes et surtout dans la méthode de Brand, varient selon les cas, et le praticien doit surveiller le typhique qu'il traite par l'eau froide aussi étroitement que s'il employait contre la maladie la polypharmacie chère aux expectants.

Prises en bloc, les statistiques prouvent qu'avec la méthode de Brand la mortalité tombe à son minimum. Le fait n'est plus discuté. Il est évident que l'on ne peut que souhaiter, avec M. Le Gendre, de voir ces statistiques se fragmenter. Nous ne connaîtrons bien toutes les indications et contre-indications de la méthode que lorsqu'on aura pu réunir un nombre suffisant de typhiques cardiaques, cérébraux, névropathes, rénaux, etc., traités par le système Brand. Jusqu'à ce qu'il soit bien établi que le bain froid

peut s'employer dans un grand nombre de ces cas, le médecin prudent, désireux, comme c'est son devoir strict, de conserver à sa famille l'enfant le plus chétif, l'adulte le moins résistant, n'hésitera pas à recourir à une méthode de traitement moins effrayante. La méthode de M. le professeur Bouchard qui, notre si regretté maitre M. Juhel-Renoy le disait très volontiers, est une de celles qui, à l'heure présente, donne les meilleurs résultats, sera alors très indiquée.

M. Le Gendre, est un clinicien de la vieille école, de la bonne. A chaque page de son livre on voit qu'il a vu, qu'il a étudié ce dont il parle. qu'il ne se fie pas au travail d'un autre lorsqu'il veut parler des effets d'un médicament. En ce temps de production hâtive un des plus beaux éloges à faire d'un livre est de dire qu'il est le résumé des observations personnelles de celui qui l'a écrit.

La Syphilis et les maladies vénériennes, par le Dr Ernest Finger, professeur à l'Université de Vienne, traduction d'après la 3e édition allemande avec notes, par MM. *Adrien Doyon*, correspondant de l'Académie de Médecine, et *Paul Spillmann*, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, correspondant de l'Académie de Médecine. — Félix Alcan, éditeur.

Sous une forme concise, ce traité résume, d'une façon claire et précise, les données actuelles sur les maladies vénériennes et syphilitiques. Les lecteurs y trouveront un exposé des doctrines viennoises et un tableau complet de tous les traitements appliqués à la blennorrhagie, au chancre simple et à la syphilis. A ce titre, cet ouvrage ne pourra qu'être utile aux praticiens et aux étudiants qui y trouveront un guide précieux pour l'étude et le traitement de ces diverses affections. M. le Dr Dimmer, agrégé, chargé du cours d'ophtalmologie à l'Université de Vienne, a décrit toutes les affections oculaires qui relèvent de la blennorrhagie et de la syphilis. Les éditions multiples de l'ouvrage du professeur Finger et les traductions de son livre en anglais et en italien suffisent à montrer la réelle valeur de ce traité.

Les annotations de MM. Doyon et Spillmann ont pour but de mettre en relief les théories et les méthodes françaises. Leur compétence bien connue dans ces questions leur permettait de le faire avec autorité.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Réforme du concours de l'internat. — C'est aujourd'hui que se réunit, à quatre heures, la commission chargée d'étudier la question du concours de l'internat. Il est plus que probable que la solution de la question ne pourra être donnée en une seule séance. A ce propos, donnons le projet de M. Périer.

Pour l'*épreuve écrite*, deux jurys fonctionneront parallèlement. Pour qu'ils aient une même base d'appréciation, ils fonctionneraient ensemble pendant les deux premières séances. Discutant ensemble les mêmes épreuves, deux séances suffiraient pour les mettre d'accord sur le fort et le faible des copies et leur estimation en points.

A partir de la troisième séance, les deux jurys se disjoindraient. Chacun d'eux serait composé de deux médecins, deux chirurgiens, un accoucheur.

Pour chacune des séances de lecture, on tirerait préalablement au sort parmi les quatre médecins les deux qui feraient partie de l'un des jurys et les deux qui feraient partie de l'autre jury. Le sort ferait la même sélection entre les quatre chirurgiens et les deux accoucheurs.

Ce remaniement répété et toujours livré au hasard rendrait impossible toute coalition d'une majorité menant le concours, diminuerait sensiblement l'efficacité des recommandations et aurait en outre l'avantage d'équilibrer l'appréciation des épreuves, car évidemment si les deux jurys restaient toujours les mêmes, il pourrait se créer graduellement, et malgré eux, une différence criante dans leurs appréciations, au détriment d'une moitié des candidats et au profit de l'autre moitié.

Pour l'*épreuve orale*, on pourrait réduire le jury à sept membres, en éliminant au sort un médecin, un chirurgien et un accoucheur.

Visite du Président de la République aux hôpitaux. — M. Félix Faure a déjà visité les hôpitaux suivants : Saint-Antoine, Tenon, Lariboisière et l'hôpital militaire Saint-Martin. Tous les établissements hospitaliers de la capitale doivent être visités par le Président, qui montre ainsi comment il entend les devoirs de premier magistrat de la République.

Concours du Bureau central (chirurgie). — Le plus vieux et le plus jeune des candidats ont tiré cette fois de l'urne le nom des juges pour le concours de chirurgie. Voici les noms qui sont sortis :

M. le Professeur Duffay, qui ne pourra accepter à cause de la présidence du concours d'agrégation ; M. Reynier, qui est en convalescence d'une maladie grave, et qui n'a pas repris son service ; MM. de Saint-Germain, Prengrueber, Routier, Bazy et A. Petit, comme médecin.

Concours de l'internat. — La première épreuve du Concours de l'internat a pris fin il y a eu huit jours jeudi. Tous les candidats ayant 24 points et au-dessus et, en outre, les internes provisoires et les externes vétérans ayant 23 sont déclarés admissibles à l'épreuve orale.

Cette épreuve orale a commencé lundi soir. Première question d'oral : *Capsules surrénales. Maladie d'Addison.*

Nominations. — *École de Médecine de Caen :* M. Auvray, professeur de clinique médicale, est nommé directeur de la dite école, en remplacement de M. Bourienne, dont la délégation a pris fin sur sa demande.

— *École de Médecine de Dijon :* M. le professeur Deroye est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de la dite école.

Association générale des médecins de France. — *Séance annuelle de la Société centrale.* M. le président Bucquoy a discrètement exprimé le regret que lui causent les abstentions multiples qui nuisent au recrutement des membres d'une association qui fait tant de bien et dont la situation reste cependant prospère.

Cette année, les dons faits à la Société centrale s'élèvent au chiffre de 5,000 francs et ses recettes à celui de 20,806 fr. 83. Elle a alloué 8,050 francs de secours sur lesquels 6,300 francs à des veuves de médecins sociétaires ou non sociétaires (ces dernières ont reçu 1,010 francs). Actuellement, la Société centrale possède 65,039 francs, plus 1,923 francs de rente et la nue-propriété d'une rente de 6,000 francs.

Le nouveau secrétaire de la Société centrale, M. le Dr Thibierge, dans un éloquent rapport, a payé un juste tribut d'éloges et de regrets à la mémoire des membres décédés pendant l'année 1894.

Programme des prix pour 1895 de la Société de Médecine de Toulouse. — Prix Jules Naudin : *Des angines à fausses membranes.* (Valeur du prix, 1,000 fr.). — Prix de Mme Adrien Gaussail : *Étude chimique des eaux*

minérales salines françaises pyrénéennes et sous-pyrénéennes. (Valeur du prix, 1,000 fr.).

— PROGRAMME DES PRIX POUR 1896. Prix de Mme Adrien Gaussail : *Les infections intra-utérines du fœtus, excepté la syphilis.* (Valeur du prix, 2,090 fr.).

École de Santé navale de Bordeaux. — Le ministre de la Marine a modifié le règlement du service intérieur de l'École du Service de Santé navale de Bordeaux. Désormais, en fin d'année, une majoration de points sera accordée : aux chefs de clinique, 240; au prosecteur d'anatomie, 220; au prosecteur adjoint, 200; aux chefs de clinique adjoints, 200; à l'interne des hôpitaux, 200; à l'interne provisoire, 160; aux aides d'anatomie, 160; aux aides adjoints d'anatomie, 100; aux externes et admissibles à l'internat, 60.

Augmentation du nombre des étudiants de la Faculté de Paris. — A la fin de l'année scolaire 1892-1893, le nombre des étudiants était de 4,523.

A la fin de l'année 1893-1894, ce nombre était de 5,144; soit une différence en plus de **621** étudiants.

Il faut constater que 1.412 étudiants inscrits n'ont fait aucun acte de scolarité. Cette interruption des études reconnaît des causes multiples : le service militaire, la préparation à l'externat et à l'internat, enfin la maladie; mais il ne faut incriminer le défaut de travail que pour l'infime minorité.

Il y a donc eu 3,662 étudiants ayant fait acte de scolarité. L'année précédente il n'y en avait eu que 3,076.

Dans ces 3,662 étudiants il y a 2,977 Français, dont 21 femmes, et 685 étrangers, dont 128 femmes.

Ces étudiants étrangers viennent de la Russie (135), de l'empire ottoman (100), de la Roumanie (91), de la Grèce (30), de l'Amérique du Sud (54). Il convient d'ajouter à ce nombre 322 étudiants étrangers ne faisant pas acte de scolarité, ce qui porte leur nombre à 1,007 : 838 hommes et 169 femmes.

Don à la ville de Nancy. — M. Osiris vient de faire don à la ville de Nancy d'une somme de 40,000 francs pour la création d'un institut sérothérapique.

Bureau d'hygiène à Nantes. — A l'exemple de quelques villes françaises, la ville de Nantes va être pourvue d'un bureau d'hygiène. Cette création va être décidée par le Conseil municipal, sur la proposition du docteur Joüon. On sait que le premier bureau d'hygiène a fonctionné au Havre et que l'initiative de cette heureuse création remonte à M. le docteur Gibert.

A propos de la découverte de l'anesthésie. — Le nom de Morton vient d'être inscrit sur la base du dôme de la nouvelle Chambre des représentants à Boston, parmi ceux des cinquante-trois citoyens les plus illustres du Massachusetts, à côté de ceux de Franklin, Agassiz Bell, l'inventeur du téléphone, etc.

Les États-Unis tranchent donc ainsi officiellement en faveur de Morton contre le chimiste Jackson la question de priorité de la découverte de l'anesthésie par l'éther. On sait que le médecin-dentiste Morton pratiqua sa première anesthésie par l'éther le 30 septembre 1846 pour une extraction de dent. Il mourut âgé de 48 ans, à New-York, le 15 juillet 1868, sans avoir fait fortune.

Statistique des médecins anglais. — *L'Annuaire médical anglais*, qui vient de paraitre, contient les noms de 26,790 médecins exerçant dans le Royaume-Uni : 21,055 en Angleterre, 3,224 en Écosse et 2,511 en Irlande, ce qui donne en moyenne, pour chacun de ces trois pays, un médecin pour 1,240, 1,280 ou 1,875 habitants. En y ajoutant les médecins de l'armée, de la marine et des Indes, on arrive à un total de plus de 32,000 médecins ayant pris leurs grades dans les universités du Royaume-Uni.

La ville de Londres compte, à elle seule, 5,742 praticiens, ce qui équivaut à un médecin pour 830 habitants.

A Paris, les registres de la préfecture de police contiennent les noms de 2,237 médecins, ce qui donne en moyenne un praticien par 1,100 habitants.

A propos des épidémies dans l'armée. — M. le général Tricoche, dans un récent article, a appelé l'attention sur les mesures propres à combattre les épidémies qui sévissent fréquemment sur la population militaire. Il reconnaît, d'ailleurs, que les autorités compétentes font tout leur possible pour en atténuer les fâcheux effets.

Mais le général croit que les maladies frappent d'autant plus les soldats, que parmi ceux-ci on reçoit des malingres, des hommes trop faibles, incapables de supporter les fatigues de la vie militaire.

La preuve en est, d'après lui, dans le nombre toujours croissant des malades à la chambre. Il voudrait que l'on pût, après un an de présence, examiner les soldats et renvoyer les malingres qui risquent d'être un embarras pour l'armée, et qui n'augmentent que d'une façon fictive la puissance de nos effectifs.

Responsabilité des bouchers qui vendent de la viande aux soldats. — Voici un jugement qui, espérons-le, donnera à réfléchir aux bouchers qui fournissent à nos soldats une viande défectueuse.

Le tribunal d'Abbeville et la Cour d'appel d'Amiens ont condamné il y a quelque temps un boucher, Richard, qui avait fourni aux troupes de la garnison de la viande de mauvaise qualité et dont l'absorption détermina la mort de plusieurs soldats.

L'un de ceux-ci, du nom d'Hébert, appartenant à une famille composée du père, de la mère et de neuf enfants. Les époux Hébert ont intenté une action civile contre Richard.

Le tribunal civil, devant lequel l'affaire vient d'être plaidée, a rendu un jugement condamnant Richard à payer 1,000 francs d'indemnité et une pension viagère de 500 francs au profit des époux Hébert.

Nécrologie. — MM. les docteurs Le Barillier (de Bordeaux), et Rueille, médecin principal de la marine, en retraite, décédé à quatre-vingt-ans; Bouchey et Lemardeley, médecins principaux de première classe; Bournet (d'Amplepuis); Chabrely (de Bordeaux); Farge (d'Angers); Imbert (de Rive-de-Gier); Aurillac (de Ribérac), Blanc (d'Orthez); Bolliet (d'Aix-les-Bains) et Durand (de Castelnaudary).

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Dr T. Legry : Pathogénie et symptomatologie du rein mobile. *(Suite et fin.)*
II. Sur les résultats fournis jusqu'à ce jour par le bouton de Murphy.
III. Revue de la Presse : Médecine.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.
V. Revue de la Société de Biologie.
VI. Analyse des thèses.
VII. Échos et nouvelles.

PATHOGÉNIE et SYMPTOMATOLOGIE du REIN MOBILE

Par T. LEGRY.

SUITE ET FIN (1)

IV

Il est un assez grand nombre de cas où le rein mobile ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel et peut passer complètement inaperçu; c'est le hasard d'une exploration qui fait découvrir l'affection.

Le plus habituellement, on observe des accidents d'intensité variable, dont le mode de début se présente sous deux aspects distincts. Tantôt la malade éprouve dans le flanc une douleur vive, subite, une sensation de déchirure, de rupture; il lui semble qu'un organe s'est décroché (Trousseau). Ce début brusque ne s'observe guère qu'à la suite d'un traumatisme ou d'un effort violent. Plus fréquemment, c'est peu à peu, d'une façon lente et insidieuse, que le déplacement s'est effectué, et les phénomènes douloureux se montrent sous forme de tiraillements, de pesanteur au niveau des lombes ou dans une région quelconque de l'abdomen.

Une fois le rein en ectopie, la symptomatologie devient souvent complexe.

Les signes fonctionnels sont de trois ordres : *a*, douleur; *b*, troubles digestifs; *c*, désordres nerveux.

La *douleur* peut offrir simplement, d'une façon continue, les caractères d'un malaise, d'une pesanteur, d'un endolorissement indéfinissable; ou bien la malade à la sensation d'une masse libre qui se déplace dans le ventre. Ces manifestations douloureuses acquièrent une certaine acuité au moment de la marche ou à l'occasion d'un mouvement, d'un effort un peu brusque, et des *irradiations* se produisent dans différentes directions, sur le trajet du nerf crural, du sciatique, des intercostaux. Ces exaspérations douloureuses, dues parfois à des phénomènes de compression, sont aussi attribuables à la congestion sympathique et réflexe du rein, lorsqu'elles coïncident avec les époques menstruelles.

Mais bien souvent l'appareil symptomatique indique une pathogénie différente. Le malade est pris d'une douleur aiguë et subite qui rend la palpation impraticable, le ventre se ballonne; il y a des nausées, des vomissements, de la céphalalgie, parfois même un état syncopal; la face se couvre de sueurs froides, la fièvre peut même s'allumer, et l'on croit à l'existence d'une péritonite par perforation, d'une colique hépatique ou d'une colique néphrétique, d'une obstruction intestinale. Au bout de quelques heures ou de quelques jours, la crise se termine, brusquement ou d'une façon graduelle, par l'élimination d'urines abondantes et pâles. Pendant l'accès, le rein est augmenté de volume ou même l'on perçoit dans le flanc une tumeur fluctuante, si l'examen devient possible.

Ce syndrome épisodique, connu sous le nom caractéristique d'*étranglement rénal*, a reçu plusieurs interprétations. Dietl a supposé qu'il se développait autour du rein en migration une zone de péritonite localisée. Landau a émis l'hypothèse d'une stase veineuse, par suite de la coudure des vaisseaux. On se rallie aujourd'hui à la théorie qui invoque la production d'une *hydronéphrose aiguë intermittente* (Terrier et Baudouin, Arnould), s'expliquant par une torsion ou une coudure de l'uretère; mais il y a tout lieu de croire qu'une extensibilité notable du bassinet ne se trouve pas réalisée d'emblée, et qu'elle exige une pression centrifuge d'une certaine durée. Ajoutons qu'à la longue, cette poche hydronéphrotique peut s'infecter : des adhérences s'établissent entre le sac et la partie supérieure de l'uretère, et l'hydronéphrose peut ainsi se fermer.

Les *troubles digestifs* sont des plus fréquents. On observe de l'anorexie, de la plénitude au creux épigastrique, du pyrosis, de la dyspepsie douloureuse avec crises gastralgiques, parfois des nausées et des vomissements. L'analyse du suc gastrique, faite dans quelques cas, montre que l'hyperchlorhydrie n'est pas rare. Enfin, la dilatation de l'estomac est tellement commune qu'on s'est ingénié à rechercher une relation de cause à effet entre cet état gastrique et la néphroptose. Pour Bartels et Muller-Warneck, le rein droit mobilisé comprime la deuxième portion du duodénum; de là, rétention des matières au-dessus du point sténosé et consécutivement ectopie stomacale. Landau et Lindner pensent, au contraire, que l'ectopie rénale est le résultat d'une dilatation gastrique antérieure : l'estomac, en se dilatant, entraînerait dans son déplacement et abaisserait le rein.

(1) Voir le numéro précédent.

Il est difficile de se prononcer sur la valeur respective de ces théories. Du reste, s'agit-il bien toujours de dilatation de l'estomac? Et n'y a-t-il pas là simplement, dans un grand nombre de faits, de la distension de l'estomac, de la *mégastrie* d'Ewald? C'est ce que semblent avoir démontré les recherches de Küttner.

Presque toujours, il existe en même temps certains *désordres du système nerveux* se traduisant par un état de nervosisme plus ou moins accentué, pouvant réaliser les différentes formes cliniques de l'hystérie et de la neurasthénie. Les malades sont inquiets, excitables, d'humeur bizarre. Ces manifestations neurasthéniques peuvent être tellement prédominantes dans le tableau morbide, qu'il a paru légitime de décrire une *forme neurasthénique*, en regard de la *forme douloureuse* et de la *forme dyspeptique* du rein flottant. On ne sait encore au juste quelle relation il faut établir entre la mobilité du rein et les troubles nerveux. Peut-être l'ectopie rénale ne fait-elle que mettre en jeu et rendre manifeste une disposition nerveuse jusqu'alors méconnue.

Signalons enfin, parmi les symptômes de moindre importance : les poussées de *congestion hépatique* dont la cause réside dans la dilatation gastrique, et l'*ictère*, qui peut être dû à cette congestion hépatique même, à la compression des voies biliaires par le rein mobile, à une angiocholite catarrhale, ou encore à une lithiase concomitante.

Généralement, s'il n'y a pas d'accidents d'étranglement, la sécrétion urinaire reste normale. L'urine n'offre d'altérations que dans le cas de lésion du parenchyme rénal.

Les signes physiques, les seuls qui fournissent des données positives, varient suivant le degré de déplacement du rein.

A l'inspection, on peut parfois constater la dépression lombaire, signalée par quelques auteurs; mais c'est là un signe très inconstant.

Les signes fournis par la palpation sont autrement significatifs.

A l'état normal, lorsqu'on recherche le rein par le procédé de choix, la *palpation bimanuelle*, aidée de la *manœuvre du ballottement* (Guyon), on ne perçoit pas son extrémité inférieure. Dès que le rein devient abordable dans son entier (Küttner), on est en présence du véritable rein mobile.

La *palpation* suffit alors pour reconnaître l'organe déplacé. On trouve sous le rebord costal, à l'épigastre ou dans une fosse illiaque, une tumeur lisse, ovoïde, à faces légèrement convexes et à extrémités arrondies ; on peut parfois sentir, à sa partie moyenne, une échancrure au niveau de laquelle bat une artère. Cette tumeur, de consistance ferme en général, est indolore, sauf parfois au moment des règles et s'il y a des phénomènes d'étranglement ou de péritonite circonscrite. Enfin, un signe capital est sa *mobilité :* elle fuit sous la main qui l'explore, s'échappe pour revenir aussitôt, et voyage plus ou moins loin dans la cavité abdominale. Parfois il y a, sous l'influence de ces manœuvres, du malaise, des nausées, une tendance à la syncope, phénomènes dus très probablement à l'irritation des filets du grand sympathique. Lorsqu'on veut faire regagner au rein déplacé sa loge, il faut, au moment d'une expiration, opérer la réduction en refoulant l'organe en haut, en arrière et en dehors.

La palpation peut être pratiquée suivant plusieurs procédés.

Le plus usuel est celui de l'*exploration bi-manuelle*, déjà indiquée par Trousseau. La main gauche est placée à plat sur la région lombaire, et la main droite recherche en avant le rein en explorant l'abdomen, grâce au refoulement de la masse intestinale. On conseille au malade, pour que les muscles de la paroi soient suffisamment relâchés, de faire de grandes inspirations, la bouche restant ouverte, les cuisses étant placées dans la demi-flexion et l'abduction.

M. Glénard préconise une autre méthode, celle de la *palpation néphroleptique*, qui s'effectue en trois temps, qui sont les suivants :

1° L'*affût :* on saisit solidement, dans la main gauche, les parties molles situées au-dessous du rebord des fausses côtes, le pouce étant placé en avant, les quatre autres doigts en arrière. L'anneau est complété en dedans avec la main droite. On recommande au malade de faire une inspiration profonde. A l'état normal, on ne doit sentir aucun organe s'engager dans l'anneau délimité de la façon que nous venons de dire : si un organe s'y engage, c'est qu'il y a *ptose;*

2° La *capture :* on a essayé de retenir l'organe descendu entre le pouce et le médium de la main gauche ;

3° L'*échappement :* pour étudier la forme, le siège, la consistance, le volume, le degré de sensibilité de l'organe, on le laisse s'échapper, en le faisant passer de bas en haut, entre les doigts de la main gauche. Le pouce a ici le *rôle intelligent*. Lorsqu'il s'agit du rein, on sent un ressaut qui est également perçu par le malade.

Enfin Lindner et Israël recommandent d'examiner le malade dans le décubitus latéral, les cuisses étant fléchies. On pourrait mieux ainsi *saisir* le rein et évaluer son degré de mobilité après les grandes inspirations. D'après ces auteurs, ce procédé permettrait de trouver le hile et même de sentir les battements de l'artère rénale.

Nous avons longuement insisté sur ces différentes méthodes d'exploration, parce que les signes physiques sont les seuls qui permettent de formuler un diagnostic précis.

Les signes fonctionnels sont en effet, comme nous l'avons dit, des plus inconstants et des plus variables. Ils peuvent faire songer à la neurasthénie, à des troubles gastriques de types divers, à des névralgies crurale, intercostale, sciatique, etc., ou bien même, en cas de crises paroxytiques d'étranglement, à une colique hépatique ou néphrétique, à une péritonite, une obstruction intestinale, une colique de plomb.

Seule, la constatation de la tumeur, méthodiquement recherchée et étudiée dans ses différents caractères de forme, de consistance, de réductibilité, apporte les véritables éléments du diagnostic. Pourtant encore, faut-il se souvenir qu'il y a même ici quelques causes d'erreur, surtout si l'organe est déformé. C'est ainsi que le rein mobile peut, suivant sa situation, en imposer pour une tumeur de la vésicule biliaire, de l'épiploon, du mésentère, de l'intestin, du pancréas, de la rate, de l'ovaire, de l'utérus, etc.

V

On peut distinguer plusieurs formes de la maladie :

1° Les unes sont fondées sur la prépondérance d'un certain ordre de troubles fonctionnels, telles les *formes douloureuse*, *dyspeptique*, *neurasthénique* auxquelles il a été déjà fait allusion.

2° Les autres sont définies par l'étendue du déplacement de l'organe. C'est ainsi que M. Glenard reconnaît quatre degrés :

a. Pointe de néphroptose ; on ne sent que le pôle inférieur du rein à la fin de la période d'affût.

b. On peut retenir tout le rein entre les doigts ; mais on ne peut former de sillon en comprimant les tissus au-dessus du rein.

c. On détermine ce sillon : c'est le vrai rein mobile.

d. Il s'agit du rein flottant vulgaire.

Küttner distingue aussi quatre degrés de déplacements rénaux :

a. Le rein offre une mobilité telle qu'il est palpable pendant les mouvements respiratoires ; en général le déplacement est minime.

b. Dans l'ectopie du premier degré, on sent un tiers, la moitié ou les deux tiers de l'organe.

c. Dans l'ectopie du deuxième degré, le rein tout entier est accessible à la palpation ; il est très mobile.

d. Le rein est, au troisième degré, complètement déplacé ; mais il est fixé dans une région anormale. Il s'agit presque toujours de déplacements congénitaux.

2° Enfin, dans une troisième catégorie de faits, le rein mobile coïncide avec d'autres ptoses viscérales et ne représente qu'un élément d'un complexus symptomatique dont la cause est une véritable dystrophie générale des tissus, qui aboutit au relâchement de la sangle abdominale et des moyens de fixité des viscères abominaux : c'est l'*entéroptose de Glenard*, le *rein mobile compliqué* de Tuffier et de Duchesne.

Il s'agit en général de femmes, de névropathes dont la menstruation présente des irrégularités fréquentes. La peau de l'abdomen, parsemée de vergetures, est flasque, dépressible, et pendant le décubitus, le ventre s'étale et s'aplatit : lorsque les malades sont debout, on observe le « ventre tombant à triple saillie » de Malgaigne. Le plus souvent le déplacement du rein est bilatéral, mais il est plus accentué à droite. La chute du foie et de la rate, l'abaissement de l'utérus et de la vessie, le prolapsus du rectum, la tendance aux hernies et même des lésions variées du système circulatoire, varices, hémorroïdes, accompagnent cette variété d'entéro-néphroptose.

Parmi les troubles fonctionnels multiples qu'occasionne cet *pantoptose* (Duchesne), on retrouve les désordres digestifs avec dilatation de l'estomac et les accidents nerveux, hystériques et neurasthéniques, avec tendance à l'hypochondrie.

VI

Certains auteurs décrivent trois périodes dans la marche de l'ectopie rénale non compliquée.

Dans la première, le rein est peu mobile et n'a subi qu'un déplacement léger. Il est de temps à autre le siège de douleurs spontanées ou provoquées par la pression.

Dans la seconde, l'organe, tout à fait luxé, forme une tumeur libre dans la cavité abdominale et donne lieu aux symptômes que nous avons étudiés. Lorsque le rein est brusquement chassé de sa loge par un traumatisme, il présente d'emblée cette mobilité.

Dans une troisième période, enfin, il y aurait inflammation périrénale, et l'organe serait immobilisé par des adhérences péritonéales.

La guérison véritable peut se produire, le rein revenant à sa place et y demeurant, à la suite d'une grossesse, par exemple, ou d'une reprise d'embonpoint.

En dehors de l'étranglement rénal, les complications sont rares. Il ne faut que signaler l'occlusion intestinale, la thrombose de la veine porte, provoquées par le mécanisme de la compression. Le rein déplacé a pu même comprimer les deux artères et donner lieu a une anurie complète avec accidents urémiques. La pyélite a pu aussi être observée. Mais ce ne sont là que des faits absolument rares.

L'ectopie rénale ne comporte donc pas, d'une façon

générale, un pronostic bien sérieux. La réduction suivie de l'application d'un bandage approprié, les calmants au moment des crises paroxystiques, sont des moyens qui suffisent dans l'immense majorité des cas. La néphrorraphie et la néphrectomie ne sont applicables qu'à certains faits exceptionnels. Somme toute, le rein mobile, si l'on excepte les quelques complications qui viennent d'être mentionnées et le retentissement parfois fâcheux sur l'état mental des sujets, constitue surtout, comme on l'a dit, beaucoup plus souvent une infirmité qu'une maladie. « Cette affection, disait Trousseau, ne devient grave que par les erreurs auxquelles elle peut donner naissance et le traitement erroné qui en découle. »

Sur les résultats fournis jusqu'à ce jour par le bouton de Murphy

Il a été question à plusieurs reprises dans l'année précédente de l'emploi du bouton de Murphy, à la Société de Chirurgie et au Congrès français de chirurgie en particulier; aussi pensons-nous qu'il ne sera pas sans intérêt pour nos lecteurs, malgré l'aridité des chiffres, de leur mettre sous les yeux les résultats que Murphy lui-même avait enregistrés au commencement du mois dernier. (1) Il est en effet, toujours intéressant de voir les résultats que donne une méthode entre les mains de son promoteur; mais il est encore plus intéressant d'étudier une statistique aussi importante que celle-ci, et qui est composée des statistiques de vingt-deux chirurgiens différents.

Nous aurions voulu analyser en détail cette statistique : la place nous manque malheureusement et nous ne pouvons qu'indiquer les résultats.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POUR NÉOPLASMES MALINS

1° Par anastomose latérale : vingt-neuf opérations, neuf morts. Ces neuf morts reconnaissent les causes suivantes : quatre sont dues à l'épuisement, deux à une faute technique, trois à une péritonite opératoire.

Toutes ces opérations ont été faites avec le bouton rond; le bouton oblong construit pour cette opération n'a été employé que deux fois et les deux fois il s'agissait d'entero-anastomose pour fistule, qui ont tous deux guéri.

2° Gastro-enterostomie avec pylorectomie par le procédé de Murphy déjà publié par cet auteur. Quatre opérations, trois guérisons; la mort eut lieu chez un malade cachectique qui succomba cinq jours après l'opération.

(1) *Chicago clinical review*, février 1895.

CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE

Les résultats sont superbes : sur trente-neuf opérations pour lithiase biliaire, il n'y a qu'une mort due à l'hémorragie produite par des adhérences hépatiques déchirées au cours de l'opération.

Les opérations de cette nature pratiquées pour des tumeurs malignes, au contraire, ont donné de très mauvais résultats : sept morts sur huit cas; aussi Murphy ne la pratique-t-il plus dans ces cas.

Dans un cas de gangrène de la vésicule biliaire, il y eut également une mort, mais l'auteur considère que l'opération est absolument contre-indiquée en pareil cas.

ENTERO-ANASTOMOSE

1° Pour obstruction intestinale : quatorze cas, une mort; celle-ci survint chez une enfant de quatorze ans, épuisée au moment où l'opération eut lieu et qui succomba dans les vingt-quatre heures.

2° Pour hernie étranglée gangrenée : douze opérations, deux morts. Dans un cas, il y avait une péritonite généralisée par perforation de l'intestin au moment de l'opération; dans le deuxième cas, les symptômes étaient très graves au moment de l'opération; le malade mourut trente heures après de septicémie intestino-péritonéale, selon Murphy.

3° Pour fistule stomacale, neuf opérations ont donné neuf guérisons. Dans ces cas, on a fait la résection de l'anse fistuleuse avec anastomose bout à bout.

Un total de quarante-et-une résections intestinales pour lésions non cancéreuses a donné trois morts seulement; en y ajoutant les sept cas de Joseph Price (de Philadelphie), on a quarante-huit cas avec quatre morts.

4° Résection pour cancer : Trente opérations ont donné sept morts; ces chiffres comprennent huit résections du cœcum avec une mort.

5° Résection avec anastomose bout à bout pour perforations intestinales traumatiques et pathologiques : il n'y a que six cas et une seule guérison; les morts sont toutes dues au choc, survenues peu d'heures après l'opération, sauf une chez un jeune homme atteint d'une double déchirure de l'intestin et d'une perforation de la vessie, qui succomba à la septicémie; mais on doit considérer ce cas comme un succès au point de vue qui nous occupe, car les deux boutons de sa double anastomose avaient été tous les deux évacués, et il n'y eut à aucun moment d'accident tenant à l'intestin.

ANASTOMOSE LATÉRALE

Murphy, lui, préfère toujours la résection quand elle est possible, suivie d'anastomose bout à bout, et ne considère l'anastomose latérale que comme un

pis-aller : sur douze cas, il y eut deux morts, toutes deux dans des cas de cancer.

RÉSECTION DU RECTUM

Trois cas ont donné trois guérisons entre les mains de Murphy lui-même.

Dans deux cas on a employé le bouton pour rétrécissement, sans résection, mais les résultats ne sont pas indiqués.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

L'incubation de l'érysipèle, par ROGER. (*Presse médicale*, 9 février 1895.)

La durée de l'incubation de l'érysipèle varie, pour les auteurs classiques, entre deux et dix jours, et oscille généralement entre quatre et six.

Dans quarante et un cas d'érysipèle traumatique, qui ont été observés par Roger à l'Hôtel-Dieu annexe, l'intervalle qui a séparé le moment où a été produit le traumatisme du moment où a éclaté l'érysipèle, a varié dans des limites beaucoup plus étendues. Dans cinq cas, l'incubation a oscillé entre sept et dix-huit heures; dans trois cas, elle a été de dix à quatorze jours; dans un cas, de vingt-deux jours.

L'érysipèle expérimental, donné par inoculation d'une culture de streptocoque sous la peau de l'oreille d'un lapin, a également une incubation variable. S'il se développe généralement en vingt-quatre ou quarante-huit heures, il peut parfois n'apparaître qu'au bout de trois ou quatre jours, exceptionnellement même de onze jours (deux cas observés par Roger).

Myélites infectieuses expérimentales, par F. WIDAL et F. BEZANÇON.
(*Annales de l'Institut Pasteur*, février 1895.)

Widal et Bezançon ont inoculé 116 lapins avec les cultures de 89 streptocoques, d'origine différente et de virulences variées; dans 6 % des cas ils ont obtenu des paralysies, apparaissant de sept jours à deux mois après l'inoculation. Ces paralysies se sont toujours terminées par la mort.

Les symptômes paralytiques ont revêtu deux formes : celle de la paraplégie et celle de la paraplégie avec contracture. Dans tous les cas il y a eu un amaigrissement considérable des muscles périphériques; presque toujours de la diarrhée, de l'incontinence des matières fécales et de la rétention d'urine. Des syncopes et de la dyspnée ont été notées chez quelques animaux.

L'examen de la moelle permettait de constater, à l'œil nu, une décoloration très marquée des cordons postérieurs et de la partie postérieure des cordons latéraux. A l'examen histologique, les cellules des cornes antérieures étaient profondément altérées et présentaient les différentes sortes de dégénérescences cellulaires (granuleuse, vasculaire, atrophique, vitreuse). Les lésions vasculaires étaient très intenses et allaient, par places, jusqu'à l'extravasation hémorragique. Les cordons blancs étaient atteints de lésions dégénératives, frappant chaque tube nerveux isolément. La gaine de myéline avait disparu par places. Les altérations des cylindres-axes semblaient être les premières en date.

Contrairement aux observations de Auché, Oettinger et Marinesco, la moelle ne renfermait pas de streptocoques. Il semble donc que les lésions aient été de nature toxique.

Note sur les injections hypodermiques de quinine, par KELSCH. (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, février 1895.)

M. Kelsch, qui a été chargé par le Comité technique de santé de faire un rapport sur le choix du meilleur sel de quinine à employer dans les injections hypodermiques, préconise l'emploi du chlorhydrate de quinine.

Le chlorhydrate basique de quinine est moins soluble (il est soluble au 10e avec addition de quelques gouttes d'alcool et au 20e dans les conditions ordinaires). La solubilité du sel est considérablement augmentée par l'addition d'analgésine. Il devient alors soluble dans deux fois son poids d'eau. Ainsi dans la solution suivante :

Chlorhydrate basique de quinine.	3	grammes
Analgésine.....	2	—
Eau distillée.....	6	—

1 centimètre cube de la solution renferme 0.50 centigrammes de quinine.

Le chlorhydrate neutre de quinine se dissout dans les 2/3 de son poids à la température ordinaire. Une solution de 5 grammes de ce sel dans 10 cent. cubes d'eau distillée renferme 0.50 centigrammes de quinine par centimètre cube.

Les solutions de chlorhydrate de quinine employées pour les injections hypodermiques doivent être fraîchement préparées. Elles ne doivent pas être trop concentrées pour éviter la précipitation du sel dans le tissu cellulaire.

L'injection doit être faite dans une région où le tissu cellulaire sous-cutané est suffisamment épais. Les régions d'élection sont : la partie antérieure du thorax, la face interne de la cuisse et du bras, la nuque, etc.

L'antisepsie de la région et de l'instrument sont indispensables. L'aiguille doit traverser toute l'épaisseur du derme. Le liquide sera poussé lentement dans le tissu cellulaire.

M. Kelsch a pratiqué près d'un millier d'injections de chlorhydrate de quinine sans avoir eu d'autre accident local qu'une douleur plus ou moins persistante ou un peu d'induration au niveau de la piqûre.

Psoriasis généralisé traité par l'extrait thyroïdien. (*British med. journ.*, 16 fév.)

Albert Wilson a présenté à la Société clinique de Londres une malade qui avait été atteinte de psoriasis généralisé. Cette femme, traitée par l'extrait thyroïdien (15 grains trois fois par jour), fut complètement guérie en moins de trois mois. Sa peau était redevenue polie et souple; les cheveux avaient recommencé à pousser. Il n'y eut aucun signe de dépression pendant la durée du traitement.

Hémoglobinurie paroxystique essentielle et hérédo-syphilis, par Courtois-Suffit. (*Méd. mod.*, 2 mars 1895.)

La syphilis acquise est, avec l'impaludisme, la cause la plus fréquente et le plus souvent appréciable de l'hémoglobinurie paroxystique, dite essentielle. Il n'est donc pas étonnant que la forme héréditaire de la syphilis ait la même influence au point de vue de la production du syndrome hémoglobinurie paroxystique. Cette opinion trouve sa confirmation dans l'observation très complète publiée par Courtois-Suffit dans la *Médecine moderne*. Cette intervention possible de l'hérédo-syphilis dans la pathogénie de l'hémoglobinurie restreint encore le nombre des hémoglobinuries dites essentielles, et justifie cette opinion de l'auteur qu'il n'existe en réalité que deux sortes d'hémoglobinuries : l'une ressortissant au cadre des maladies infectueuses, l'autre au cadre des intoxications. Le froid ne doit donc être considéré que comme la cause occasionnelle.

Une épidémie de fièvre typhoïde due aux émanations d'égouts, par Poché. (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, n° 10.)

Les expériences d'Uffelmann expliquent la genèse d'une épidémie de fièvre typhoïde observée à Toul par Poché. L'eau distribuée était irréprochable. La seule cause qui ait pu être incriminée résidait dans des émanations d'égouts mal entretenus. On trouva dans les boues de ces égouts diverses variétés de coli-bacilles et une espèce se rapportant au bacille d'Erbeth.

Expériences sur la résistance des bacilles typhiques à la dessiccation et sur la possibilité de leur transfert par l'air, par Uffelmann (*Centralblatt für Backtreiologue und Parasitenkunde.*)

Les expériences instituées par Uffelmann démontrent que les bacilles typhiques peuvent être transportés par l'air et aller porter le germe de la fièvre typhoïde à une distance plus ou moins éloignée de l'endroit où ils ont été jetés sur le sol.

La virulence des bacilles typhiques persiste malgré la dessiccation pendant un temps variable, mais généralement assez long. Uffelmann a répandu sur de la terre, sur du sable, sur des étoffes, sur du bois, des cultures de bacilles typhiques, et il a vu la virulence persister vingt jours dans la terre de jardin, quatre-vingt-deux jours dans le sable, trente jours dans la poussière de fabriques, etc.

L'eau de boisson peut être également contaminée par des poussières apportées par l'air et renfermant des bacilles typhiques desséchés.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mars 1895

On condamne encore des fous dans nos tribunaux.

C'est ce qui ressort du moins de la note que M. H. Monod présente à l'Académie. M. Monod a fait une enquête qui porte sur une période de cinq ans et sur des établissements ayant une population d'environ 33,000 aliénés, le nombre total des aliénés internés en France étant de 70 à 75,000. Voici le résultat de cette enquête : dans 271 cas, le délit ou le crime qui a conduit les malheureux devant les tribunaux et les a fait condamner, peut être attribué à la maladie mentale. Sur ces 271 malades se trouvaient 58 paralytiques généraux.

Il est temps vraiment de voir cesser ces mœurs un peu trop moyen âge; il est à souhaiter que les magistrats chargés de l'instruction fassent plus souvent appel au concours de médecins spéciaux; l'expertise médico-légale éviterait ces condamnations inutiles, sinon iniques. A ce point de vue, d'ailleurs, il y aurait d'importantes réformes à apporter dans l'enseignement médical. Le diagnostic de l'aliénation est souvent très difficile.

D'autre part, le nombre des étudiants est trop considérable pour qu'on puisse songer à leur apprendre à tous le rôle si délicat d'expert. Mais ce que l'on pourrait faire, c'est enseigner à un certain nombre d'entre eux l'aliénation mentale d'une façon spéciale, afin qu'ils puissent plus tard rendre aux tribunaux les services nécessaires. Telle est la proposition que présente M. Brouardel et qu'appuie énergiquement M. Laborde.

L'Académie nomme une commission composée de MM. Monod, Brouardel, Motet, Magnan et Bergeron pour étudier les réformes proposées.

Plusieurs auteurs allemands, Pflüger, Uthoff, Furbringer, et tout récemment Oppenheim, ont signalé

des faits d'encéphalite aiguë imputables à la grippe et terminés par la guérison. MM. Cornil et Durante ont observé trois faits d'encéphalopathie grippale qui se rapprochent cliniquement des méningo-encéphalites de la pneumonie. M. Colin rappelle qu'à l'époque où l'on observait dans l'armée des épidémies de méningite cérébro-spinale, certains auteurs, Michel Lévy, entre autres, ont signalé la coïncidence de cette affection avec des épidémies de grippe.

— M. Lancereaux fait ensuite une communication d'une haute importance sur *les effets comparés des boissons alcooliques chez l'homme et leur influence prédisposante sur la tuberculose*. Après avoir étudié les symptômes principaux de l'alcoolisme chronique et montré les différences qui existent au point de vue clinique entre le buveur de vin et d'alcool et le buveur de boissons avec essences, M. Lancereaux reprend cette thèse, qu'il soutient depuis plus de trente ans, de l'action évidente de l'alcoolisme sur la tuberculose.

L'influence des boissons alcooliques sur la tuberculose repose sur deux ordres de preuves : les phénomènes de cette maladie chez les buveurs; sa fréquence chez ces mêmes individus. La phtisie du buveur offre, en effet, des caractères propres, tant par sa localisation que par son évolution. Contrairement aux données classiques, qui fixent cette localisation au sommet gauche et en avant (ce qui est exact pour la phtisie qui résulte d'une aération ou d'une alimentation insuffisantes), la tuberculose du buveur se fixe au sommet droit et en arrière, sous forme de granulations produisant une diminution de l'élasticité à la percussion. Le mal se ralentit généralement à la suite d'une première poussée, accompagnée parfois d'hémoptysie, et si le buveur avait le bon esprit de cesser ses mauvaises habitudes et de s'alimenter d'une façon convenable, il guérirait le plus souvent. Par malheur, il en est rarement ainsi ; une seconde, puis une troisième poussée surviennent, et la maladie, d'abord peu inquiétante, prend, tout à coup, une gravité des plus grandes par l'extension et la dissémination des tubercules. La tuberculose se généralise assez souvent. Les alcools et les essences, d'une part en s'éliminant par les poumons, d'autre part en diminuant les combustions organiques, créent, tout à la fois, une prédisposition générale et une prédisposition locale, qui fournissent au bacille de la tuberculose un terrain propre à son développement.

M. Lancereaux montre ensuite la consommation croissante de l'alcool dans notre pays. Il fait ressortir le danger réellement effrayant qui résulte de l'accroissement de l'alcoolisme, et termine en formulant, sous forme de vœux, les propositions suivantes :

1° Réduire dans une forte proportion le nombre des cabarets;

2° Rendre aussi faible que possible l'impôt sur le cidre et la bière, sans se désintéresser entièrement de la qualité de ces boissons;

3° Imposer le vin d'une façon modérée et s'opposer aux falsifications qui peuvent le rendre nuisible;

4° Surélever l'impôt sur l'alcool de boisson et livrer à la consommation ce produit, débarrassé autant que possible de toutes ses impuretés;

5° Interdire la consommation des boissons généralement connues sous les noms d'amers, d'apéritifs, etc., car les huiles essentielles qu'elles renferment ont une action pernicieuse sur l'organisme humain et comptent, dès maintenant, parmi les principales causes de dépopulation et d'appauvrissement dans notre pays.

— Il est un moyen d'éviter les inconvénients du pédicule dans l'hysterectomie abdominale : c'est de le supprimer. Le procédé peut se résumer en deux mots : abandon des ligatures et des sutures, pinces à demeure, comme dans l'hysterectomie vaginale. M. Richelot, qui vient décrire ce procédé, l'a employé trois fois et a obtenu trois succès.

— Pour terminer cette longue et intéressante séance, M. Laborde vient une fois de plus défendre la méthode des tractions rythmées de la langue. M. Tarnier a prétendu, dans une des dernières séances, que les premiers cent soixante-dix centimètres cubes d'air expiré ne contenaient pas d'acide carbonique, et que dans l'insufflation, par conséquent, on n'introduit pas ce gaz dans le poumon de l'enfant. M. Laborde reproduit l'expérience devant l'Académie; l'eau de baryte se trouble dès la première moitié de l'expiration; il y a donc de l'acide carbonique. M. Laborde défend ensuite sa méthode contre les autres reproches formulés par M. Tarnier. Après un nouvel assaut donné à la fois par MM. Tarnier, Pinard et Guéniot, la discussion est close et la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance a été en grande partie consacrée à une discussion sur le traitement chirurgical des luxations anciennes; mais auparavant M. Bazy a pris la parole pour compléter l'observation de *rupture de la longue portion du biceps*, dont il avait donné le résumé dans la précédente réunion. Il a, comme on le sait, réséqué le tendon devenu inutile et rapproché par une suture musculo-aponévrotique l'extrémité périphérique du tendon sectionné à la courte portion avivée sur une certaine surface. Le résultat a été excellent et l'opéré a, à l'heure qu'il est, autant de vigueur dans le bras opéré que dans l'autre.

— Trois observations de M. Civel (de Brest) sont ensuite l'occasion d'un rapport de M. Picqué, dont voici la teneur :

Dans la première, il s'agit d'une luxation irréductible du coude en arrière, datant de dix-neuf jours. Malgré les manœuvres faites sous le chloroforme, les surfaces osseuses ne purent être remises en place, et la réduction sanglante fut opérée par l'incision transversale du triceps, bientôt suivie de celle des ligaments latéraux. M. Civel fut même obligé d'aller plus loin et de réséquer le ligament antérieur qui, épaissi, s'interposait entre les extrémités articulaires et s'opposait à la réduction. Celle-ci fut alors possible, les suites furent des plus simples, et le malade jouit aujourd'hui de ses mouvements.

Le raporteur étudie alors la question de savoir si il faut, au bout de dix-neuf jours, intervenir avant d'avoir utilisé les manœuvres de force recommandées par M. Farabeuf.

Il approuve pourtant la conduite de M. Civel, car les résultats fonctionnels, consécutifs aux manœuvres de force, ne sont pas fameux, et M. Picqué cite un cas de sa pratique dans lequel il a été obligé de faire une résection partielle, mais la luxation était vieille de cinq semaines.

La seconde observation a trait à une luxation intra-coracoïdienne de l'épaule, datant de cinq mois, accompagnée de fistule consécutive à un abcès d'atrophie musculaire, etc. L'arthrotomie fut pratiquée et le débridement de la capsule fut sans résultat sur les mouvements de la tête immobilisée; mais dans une tentative de mobilisation, la petite tubérosité fut arrachée et dès lors la tête articulaire put rouler sur la glénoïde. Tout alla bien pendant les premiers jours, mais bientôt l'ankylose reparut et, en somme, le malade ne gagna rien à l'intervention.

Était-ce à une luxation pathologique que M. Civel avait affaire? C'est ce que se demande M. Picqué, qui serait tenté de le croire, et cela à cause des détails de l'observation, des fistules persistantes, etc.

Dans le troisième fait de M. Civel, il s'agit encore d'une luxation de l'épaule intra-coracoïdienne irréductible sous le choloroforme, douze jours après l'accident. L'arthrotomie fut encore pratiquée et il suffit d'élargir la boutonnière pour voir la tête reprendre immédiatement sa place. Suites excellentes du reste et récupération de tous les mouvements. On ne peut pas ne pas être frappé à la lecture de cette observation de la facilité avec laquelle la tête humérale se replace sur la glène, et M. Picqué se borne à faire, à ce propos, remarquer qu'en général on a affaire à une altération plus grande de la capsule à sa rétraction en forme de sablier, etc.

Nous allons voir successivement beaucoup de membres de la Société prendre la parole sur cette question, et d'abord M. Championnière, qui expose sa pratique et qui préfère, dans toutes les luxations anciennes, la résection totale à l'arthrotomie. Il n'en veut pour preuve que l'observation de luxation du coude, citée par M. Civel, dans laquelle l'arthrotomie fut très laborieuse. Il eut mieux valu retrancher les extrémités articulaires, sauf la tête radiale. Pour l'épaule, il ne fera plus de manœuvres de force; car il vient, par ce procédé, de perdre un malade qu'il eût guéri par l'opération. La résection a, du reste, un avantage, c'est de permettre, s'il y a une lésion osseuse, de la supprimer. Elle peut être seulement discutée chez les individus très âgés, chez lesquels l'arthrotomie, moins grave, pourrait suffire.

M. Monod s'élève contre la pratique de M. Civel et pense qu'au bout de douze jours la réduction de l'épaule aurait pu être obtenue. C'est aussi l'avis de M. Marchand qui, comme ses confrères, a de nombreuses réussites après vingt, vingt-cinq jours, un mois et plus. Ce chirurgien préfère, comme M. Championnière, la résection à l'arthrotomie; il est, du reste, des cas dans lesquels les parties osseuses fusionnées ne sont susceptibles que du traitement par la section. M. Felizet pense de même, et, se plaçant au point de vue de la chirurgie infantile, estime que la résection est encore là plus indiquée que l'arthrotomie. Mais il fait une résection partielle, s'adresse seulement à l'extrémité humérale et n'empiète pas sur le cartilage de conjugaison. De cette façon, il réduit la luxation sans nuire à l'allongement du membre.

M. Ricard pense que arthrotomie et résection ont chacune leur indication. Comme M. Quenu, il estime que l'ancienneté de la luxation n'a pas d'importance, qu'il y a des luxations primitivement irréductibles et qu'à celles-là s'adresse l'arthrotomie simple; il en a d'heureux exemples.

Dans les luxations anciennes, au contraire, il faut faire la résection, car elle est seule capable de s'adresser aux lésions qui se sont produites.

M. Kirmisson pense aussi qu'il faut faire une plus grande place à l'arthrotomie, mais il estime que les luxations primitivement irréductibles sont très rares, et qu'avec des manœuvres bien conduites, quand on est appelé avant vingt jours, on peut réduire la luxation par les manœuvres non sanglantes.

La discussion se termine par quelques paroles de M. Tuffier, qui rappelle que dans une très ancienne luxation, il est quelquefois très difficile de trouver la tête pour la réséquer, et par quelques mots de M. Picqué, qui ajoute que si M. Civel a pris le bistouri dans sa dernière observation, c'est que les manœuvres répétées de réduction n'avaient rien donné.

— C'est d'un nouveau procédé de *traitement de la fistule recto-vaginale* que M. Segond entretient

ensuite la Société. Mais retraçons tout d'abord l'histoire curieuse de sa malade. A l'âge de quinze ans, elle avait eu l'idée, ainsi qu'une compagne, de s'introduire un pot de pommade dans le rectum. La compagne en mourut; elle, supporta le corps étranger et même se maria, à l'âge de dix-neuf ans. La tolérance s'établit, paraît-il, entre la femme, le pot de pommade et le mari; car ce n'est que bien des années plus tard qu'elle fut prise d'accidents graves de péritonite. M. Ferrand retira le corps étranger qui était en place depuis seize ans et il resta une fistule recto-vaginale que M. Segond fut appelé à traiter.

Cette femme avait un périnée splendide; aussi le chirurgien abondonna-t-il la voie périnéale. La fistule était du reste transversale, placée au niveau du col de l'utérus et très difficile à boucher. Le dédoublement du périnée, soit par le procédé de M. Felizet, sort par celui de M. Le Dentu, fut aussi rejeté et M. Segond imagina l'opération suivante :

Connaissant le facile glissement de la muqueuse rectale sur le plan profond du rectum, il incisa en avant, au-dessus de la marge de l'anus, la muqueuse, qu'il décolla jusqu'à la fistule; aviva la fistule, la ferma par deux points de suture, et reprenant alors la muqueuse rectale au-dessus de l'orifice fistuleux, il la décolla à nouveau et très haut, la fit descendre comme un voile au-devant de la fistule, et vint la fixer à la marge de l'anus; tout cela à travers les sphincters dilatés. La guérison a été obtenue du premier coup et est aujourd'hui parfaite.

M. Le Dentu fait remarquer que la méthode employée par M. Segond est, comme la sienne, une méthode de glissement, et pense que dans la dernière discussion sur le traitement des fistules recto-vaginales ses collègues de la Société ont eu trop de tendance à préconiser un seul procédé, celui de la section du périnée.

Quant à ce qui est du pot de pommade, il vient aussi d'en enlever un qui séjournait dans le rectum depuis deux ans. A cette occasion, M. Monod montre un pessaire en porcelaine qu'il a extrait d'un vagin dans lequel il séjournait depuis huit ans.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mars 1895

La séance a été consacrée, presque toute entière, à la sérothérapie de la diphtérie. Deux longues et intéressantes communications : l'une de M. Variot, sur *les modifications de la température et du pouls à la suite des injections de sérum antidiphtérique;* l'autre, de M. Sevestre, sur *les résultats du traitement de cent soixante-dix-neuf cas de diphtérie par la sérumthérapie,* ont à peine laissé à M. Catrin le temps de présenter quelques observations sur la *bactériologie des pleurésies séreuses.*

La faible part que M. Fernet attribue à la tuberculose, dans la production de ces pleurésies, a étonné MM. Netter et Catrin. Tandis, en effet, que Kelsch admet que 75 % des pleurésies séreuses sont de nature tuberculeuse, M. Fernet n'en trouve que 15 %. Comme M. Fernet n'a pas pratiqué l'injection aux cobayes du liquide pleural dans tous les cas qui forment sa statistique, il est probable que la nature tuberculeuse de quelques-uns d'entre eux lui aura échappé. M. Catrin regrette que M. Fernet n'ait pas indiqué les détails de la technique qu'il a suivie, soit pour les injections qu'il a pratiquées au cobaye, soit pour la recherche des microbes pathogènes dans le liquide de l'épanchement.

Ce que l'on connait actuellement de l'antitoxine diphtérique se résume dans son pouvoir antitoxique et dans son action immunisante. Cette substance, encore tout à fait inconnue au point de vue chimique, paraît avoir une influence considérable sur la calorification et sur la circulation. Ces modifications de la température et du pouls ont attiré l'attention de M. Variot. Disons tout d'abord qu'elles ne sont pas imputables à la diphtérie elle-même, comme on pourrait le penser, car elles se sont produites, après l'injection de sérum, chez des enfants que, dès le lendemain de leur entrée à l'hôpital, et grâce aux cultures, on reconnaissait atteints de toute autre chose que de la diphtérie.

Ce que M. Variot a observé, c'est, tout d'abord, une élévation thermique notable dès les quatre ou cinq premières heures après l'injection de sérum. A ce point de vue, les courbes de température de tous les enfants ainsi traités présentent une analogie remarquable, bien que la réaction fébrile soit d'intensité très variable.

Pour bien la constater, il est nécessaire de faire prendre la température des petits malades heure par heure.

L'élévation thermique ne semble pas se produire avec la même régularité et la même intensité après une deuxième ou une troisième injection de sérum.

Avec l'élévation de la température, on constate une accélération du pouls et une augmentation de la rapidité des mouvements du cœur. Ces phénomènes persistent souvent après que la température, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, est redevenue la normale. Quand le pouls redevient à son tour normal comme fréquence, il ne l'est pas comme force ni comme régularité; mais, du côté du cœur, à part l'irrégularité des battements correspondant aux intermittences du pouls, M. Variot n'a

pas relevé de bruits anormaux. La proportion dans laquelle M. Variot a rencontré ces modifications du pouls et des battements du cœur, durant la convalescence, chez des diphtériques traités avec le sérum, est de plus de la moitié.

Il a noté accidentellement que les deux pouls étaient inégaux dans les radiales. Tous ces phénomènes sont fugaces, ne durent que trois ou quatre jours; ils se prolongent cependant parfois au delà de huit jours.

Ces modifications de la température et du pouls, si inquiétantes en apparence, n'empêchent pas la guérison. M. Variot se demande même si elles ne jouent pas « un rôle important dans le mécanisme physiologique de l'action du sérum antidiphtérique ».

M. Variot a remarqué, enfin, que lorsque les membranes sont détergées, on voit que la muqueuse sous-jacente a un aspect livide; les réseaux vasculaires sont turgescents, et il se demande si « l'antitoxine n'a pas aussi une action vaso-dilatatrice locale, qui favoriserait la chute des produits membraneux ».

En résumé, l'antitoxine contenue dans le sérum antidiphtérique paraît avoir une action hyperthermisante. Elle détermine en même temps une excitation du cœur et une accélération de la circulation, suivies fréquemment d'asthénie cardiaque et d'arithmie du pouls. Cette réaction fébrile artificielle aurait probablement un rôle dans le processus curatif rappelant la réaction fébrile normale des diphtéries graves, mais curables, avant l'emploi du sérum.

Telles sont les conclusions de M. Variot. Il ne faudrait point affirmer, cependant, que les phénomènes qu'il a observés sont constants; M. Variot lui-même ne le pense pas. Ainsi, M. Rendu n'a constaté ni troubles cardiaques, ni hyperthermie chez trois malades qu'il vient de soigner par le sérum antidiphtérique.

Les résultats obtenus par M. Sevestre dans le traitement de la diphtérie par la sérothérapie sont aussi remarquables que ceux qui ont été publiés jusqu'ici. Du 1er au 25 décembre 1894, 179 enfants sont entrés au pavillon des douteux de l'hôpital Trousseau. L'examen bactériologique, sur l'utilité duquel M. Sevestre insiste, a montré que 29 fois il ne s'agissait pas de diphtérie. Sur les 150 enfants reconnus diphtériques, il y a eu 135 guérisons et 9 morts, soit une mortalité de 10 %. Si on retranche les cas de mort survenus pendant les vingt-quatre premières heures après l'entrée à l'hôpital, le chiffre de la mortalité s'abaisse à 6,66 %.

Voici les détails de la statistique de M. Sevestre :

Angines diphtériques pures : 29 cas, 1 seul décès; mortalité : 3,44 %.

Angines diphtériques avec association microbiennes : 24 cas, 3 décès ; mortalité ; 12,5 %.

Angines avec croups à diphtérie pure : 54 cas, 4 décès; mortalité : 7,59 %.

Angines avec croup à diphtéries associées : 21 cas, 5 décès; mortalité : 23,80 %.

Croups sans angine à diphtérie pure : 13 cas, 2 décès; mortalité : 18,18 %.

Croups sans angine à diphtérie associée : 9 cas sans un seul décès.

Les croups ont donné lieu à 31 interventions :

Trachéotomie : 18 cas, 8 décès; mortalité : 38,88 %.

Intubation : 9 cas, 2 décès; mortalité : 22,22 %.

Intubation, puis trachéotomie : 4 cas sans un seul décès.

Les accidents imputables au sérum que M. Sevestre a observés sont ceux que l'on a déjà signalés plusieurs fois : éruptions (urticaire, érythème scarlatiforme, etc.), arthralgies, etc. Dans deux cas, l'injection au sérum fut suivie de diarrhée dysentériforme; cet accident n'avait pas encore été noté. Quant à l'albuminurie, elle existait dans 95 cas sur 150. Faut-il l'attribuer à la diphtérie elle-même ou au sérum antidiphtérique ? La question n'est pas facile à résoudre. M. Sevestre a vu l'albuminurie existant chez des enfants, au moment de leur entrée à l'hôpital, disparaître quelquefois rapidement à la suite de l'administration du sérum. D'autre part, dans une note de MM. Gasser et Coutan (d'Oran), sur *la recherche et la présence de l'albumine dans les urines des enfants soumis aux injections de sérum antidiphtérique*, ces auteurs signalent une albuminurie légère après les injections de sérum pratiquées à des enfants non diphtériques.

H. Richardière et Fournier.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

MM. Gaudier et Surmont ont pu rattacher certaines formes de maladie kystique de la mamelle aux inflammations chroniqnes de cet organe. Une inflammation subaiguë de la glande mammaire, due au staphylococcus albus, parenchymateuse d'abord, interstitielle ensuite, fait évoluer la glande vers un état scléro-kystique. Cette dilatation kystique semble résulter d'une sorte de processus cicatriciel du tissu péri-acineux qui amène la rétraction de ce tissu, et, en même temps, entraîne dans les différents sens la paroi de l'acinus, la dilatant dans toutes les directions. Ces recherchent agrandissent beaucoup le cadre des lésions post-inflammatoires de la mamelle.

A propos du travail de MM. Gaudier et Surmont, M. Charrin a fait remarquer que, chez des nourrices parfaitement saines, bien portantes, allaitant des

nourrissons qui ne cessent de prendre du poids, on rencontre, dans le lait, le staphylocoque blanc dans des proportions considérables : un quart, un tiers, deux tiers des cas et même davantage. Dans les mamelles malades, des staphylocoques acquièrent parfois une virulence qui les rend nocifs pour les enfants. En réalité, pour le sein comme pour les bronches, l'intestin, etc., si fréquemment l'agent pathogène vient de l'intérieur, quelquefois aussi il préexiste, attendant une cause occasionnelle, traumatisme, affection fébrile ou autre, pour manifester sa présence et pulluler.

— M. Mathias Duval, se basant sur les notions nouvelles relatives à l'histologie du système nerveux, propose une ingénieuse théorie du sommeil. Les choses se passeraient de la façon suivante : chez l'homme qui dort, les ramifications cérébrales du neurone sensitif central sont rétractées, comme le sont les pseudopodes d'un leucocythe anesthésié. Les excitations faibles portées sur les nerfs sensibles provoquent, chez l'homme endormi, des réactions réflexes, mais ne passent pas dans les cellules de l'écorce cérébrale ; des excitations plus fortes amènent l'allongement des ramifications cérébrales du neurone sensitif, par suite le passage jusque dans les cellules de l'écorce, et, par suite le réveil, dont les phases successives traduisent bien ces rétablissements d'une série de passages précédemment interrompus par rétraction et éloignement des ramifications pseudopodiques.

— M. H. de Silvestri a isolé des selles de malades atteints de dysenterie, un diplocoque qui, rarement, se montre unique ou disposé en une chaînette de trois éléments. Chez le chien et le chat, ce diplocoque donne lieu à des symptômes très analogues à ceux de la dysenterie humaine.

— Des expériences de M. Nocard lui ont montré que dans certaines circonstances le sang, même normal, peut contenir quelques microbes, des coccus, des bactéries, des bacilles. Ces microbes prendraient la voie des chylifères. Toutes les fois que l'animal en expérience avait reçu soit de la graisse, soit du lait, M. Nocard a constamment trouvé des espèces bactériennes dans le chyle. On pourrait donc admettre que les microbes passent dans les chylifères à la faveur des globules graisseux.

— A l'autopsie d'une femme, d'ailleurs non tuberculeuse, M. Galippe a trouvé une pierre du poumon. C'était une concrétion grosse comme un grain de blé, jaunâtre à la périphérie, blanche au centre. M. Galippe a rencontré dans le calcul plusieurs variétés de microbes, des bacilles longs et courts, des diplocoques et des microcoques isolés. Il s'agissait donc d'une production d'origine microbienne.

— M. Marmorek est parvenu à donner au streptocoque une virulence extraordinaire. Une culture injectée sous la peau tue le lapin en trente heures à la dose un cent-milliardième de centimètre cube. Ce microbe conserve sa virulence dans les cultures et produit une toxine très active. Les animaux immunisés qui reçoivent de fortes doses de ce microbe ou de sa toxine fournissent un sérum préventif ou curatif.

MM. Charrin et Roger ont fait un essai de sérum-thérapie dans la fièvre puerpérale en se servant de sérum de mulet immunisé contre le streptocoque de l'érysipèle. Ce sérum a été injecté à deux femmes atteintes de la forme septicémique de la fièvre puerpérale sans localisation péritonéale. Les deux malades ont guéri.

— MM. J.-D. Charcot et Marinesco ont observé un malade, âgé de treize ans, présentant cliniquement les phénomènes suivants : ophtalmoplégie externe complète, paralysie complète des membres inférieurs, incomplète des membres supérieurs, du tronc et de la face. La mort survint au bout de trois mois avec phénomènes bulbaires. Du côté des viscères on ne trouvait d'anormal qu'une hyperthrophie du corps thyroïde. A l'autopsie, on constata les lésions suivantes : petites hémorragies récentes autour de l'aqueduc de Sylvius et sur le trajet des racines du moteur oculaire commun ; mêmes hémorragies, mais moins prononcées, au niveau du noyau ventral du nerf pneumogastrique. Les muscles et les nerfs étaient normaux. Pour MM. Charcot et Marinesco, il y avait eu, dans ce cas, abolition de la fonction motrice de la cellule avec conservation de sa fonction trophique.

ANALYSES DES THÈSES

De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis, par le Dr Pouzol. Thèse de Paris, 1894.

La recherche de l'hérédo-syphilis chez les nouveau-nés n'est pas toujours facile, et cependant c'est là un point d'une importance capitale, puisque la vie de l'enfant dépend souvent d'un diagnostic précoce. L'auteur insiste, dans un intéressant travail, sur la valeur diagnostique de la courbe alimentaire pour dépister la syphilis, même quand l'enfant ne présente aucun stigmate permettant de la soupçonner. On sait que d'ordinaire, pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent la naissance, l'enfant perd de son poids, et qu'il n'atteint de nouveau son poids de naissance que vers le cinquième jour. Dans les cas d'hérédo-syphilis, en dehors de toute autre manifestation objective, cette déperdition de poids s'accentue et se maintient sans être accompagnée de troubles digestifs, et malgré une assimilation lactée suffisante. Ainsi donc, il faudra toujours penser à la syphilis dans ces cas, malgré l'absence de tout signe suspect cutané ou viscéral, et malgré l'absence de toute constatation spécifique chez les parents. Le traitement par la liqueur de Van Swieten et

les frictions mercurielles est alors tout puissant pour arrêter la cachexie de l'enfant et, par conséquent aussi, pour en démontrer la nature.

Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque, etc., par le Dr Durand. — Thèse de Paris, 1894.

L'auteur, après avoir rappelé brièvement les signes observés d'ordinaire dans cette affection, et avoir, après bien d'autres, rappelé leur peu de valeur pour le diagnostic de la maladie, appelle l'attention sur l'existence d'un dédoublement du deuxième bruit du cœur, qu'on peut observer dans certains cas. Ce dédoublement paraît dû à la localisation d'adhérences à la périphérie du ventricule gauche, adhérences qui tiraillent le ventricule pendant la systole et qui accroissent d'autant l'aspiration ventriculaire au commencement de la diastole. L'absence de frémissement cataire, les caractères du pouls, et surtout la fixité de la pointe, feront écarter les diagnostics de rétrécissement mitral.

Contribution à l'étude de l'Ictère émotif, par Albert Fransès. — Thèse de Paris, 1895.

C'est là une des questions médicales les plus embrouillées. M. Fransès divise l'ictère émotif en deux variétés : l'une, dans laquelle l'ictère apparaît très peu de temps après l'émotion, l'autre, dans laquelle la jaunisse ne se produit que plusieurs jours après l'influence morale : ces deux variétés ne sauraient reconnaître la même pathogénie. Pour la première, l'auteur se rallie à l'opinion de M. le professeur Potain : il admet d'une part l'augmentation de tension dans les voies biliaires, et, d'autre part, une diminution de pression dans les capillaires sanguins du foie. Enfin, dit l'auteur, il est possible que dans la production de l'ictère émotif, certains troubles de la sécrétion du foie viennent s'ajouter aux conditions déjà étudiées. Le mécanisme de l'ictère émotif est donc complexe. Quant à l'ictère émotif retardé, M. Fransès le considère comme un ictère catarrhal secondaire à un embarras gastrique : ce serait, en réalité, un ictère infectieux.

De l'Hyperthermie dans l'Urémie, par Victor Courdoux. Thèse de Paris, 1894.

Depuis le travail de M. Bourneulle, on admettait que d'une façon générale l'hyperthermie était de règle dans l'urémie. Cela est vrai, mais il est des exceptions. M. Courdoux a observé un cas très net où, pendant une année, des accès d'urémie s'accompagnèrent d'hyperthermie. Il rappelle, à ce propos, plusieurs cas analogues observés par MM. Lepine, Tenneson et Chantemesse, etc., et explique ces faits par la rétention dans l'organisme des substances hyperthermisantes trouvées par Roux, Rojet, etc., et par la résorption d'un produit de sécrétion interne fourni par le rein. Ces substances hyperthermisantes non éliminées amènent l'élévation thermique en agissant sur les centres nerveux calorigènes. M.-M.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Réforme du concours de l'internat. — La commission, qui s'est réunie, comme nous l'avions annoncé, samedi dernier, n'a pu commencer la discussion, les membres n'étant pas en nombre suffisant. Elle s'est donc ajournée à ce soir.

Voici un nouveau projet, dû à M. Brun :

Le jury se composerait de dix membres : quatre médecins, quatre chirurgiens et deux accoucheurs. Il choisit deux questions, l'une d'anatomie, l'autre de pathologie, que les candidats traitent séparément.

Pour entendre la lecture des copies, le jury se divise en deux sections chargées de juger, l'une la question d'anatomie, l'autre la question de pathologie. Les deux sections fonctionnent concurremment : les notes sont données séparément,

Le jury est également dédoublé pour l'oral, l'anatomie et la pathologie étant jugées à part.

Les épreuves terminées, les deux sections du jury se réunissent à nouveau pour classer définitivement les candidats.

Concours d'agrégation de chirurgie. — Ce concours a commencé le 4 mars, sous la présidence du professeur Simon Duplay. La première séance de la leçon de trois quarts d'heure a eu lieu le mardi 5. La question donnée était : *Plaies du larynx et de la trachée.*

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Berger commencera le cours le lundi 18 mars 1895, à neuf heures et demie du matin (hôpital de la Pitié).

Congrès français de chirurgie. — Dans sa séance du 27 février, le Conseil d'administration de l'Association française de chirurgie a nommé trésorier honoraire de l'Association M. Alcan, en raison des services qu'il a rendus à l'Association.

Société de Thérapeutique. — La Société de Thérapeutique a levé sa séance de mercredi dernier en signe de deuil, à l'occasion de la mort du docteur Dujardin-Beaumetz.

Un jugement selon les règles de l'hygiène. — A Oran, un M. X... ayant loué à M. Y... un appartement où s'était produit un cas de diphtérie, et, peu de temps après l'emménagement, la fille de M. X... ayant succombé à cette maladie, non seulement le locataire n'a pas été tenu de payer le loyer, mais encore le juge a condamné le propriétaire à 1,500 francs de dommages-intérêts en faveur de M. X...

Conférences de Gynécologie. — Le Dr Auvard commencera à sa clinique, 15, rue Malebranche, une série d'entretiens cliniques sur la gynécologie, le mardi 19 mars, à deux heures, et les continuera les samedi et mardi, à la même heure. — Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser, 15, rue Malebranche.

Leçons cliniques de chirurgie orthopédique, par le Dr Phocas, professeur agrégé à la Faculté de Médecine. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille. 1895. Un volume in-8 de 524 pages, 8 francs.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 11. L'UNION MÉDICALE 16 Mars 1895.

SOMMAIRE

I. Dr Marcel Lermoyez : Le coryza chronique simple.
II. La fièvre typhoïde et les huitres.
III. Feuilleton.
IV. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Société de Chirurgie ; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VI. Échos et nouvelles.
VII. Nécrologie.

LE CORYZA CHRONIQUE SIMPLE (1)

Par le Dr Marcel LERMOYEZ,
Médecin des Hôpitaux.

Le coryza chronique simple est la plus commune des affections du nez. A la vérité, c'est un groupe nosologique confus, à limites vagues, s'étendant depuis la simple hyperémie de la pituitaire jusqu'aux confins de la rhinite hypertrophique ; mais tel qu'il est provisoirement constitué, il mérite toute l'attention du praticien, qui le rencontre chaque jour et dont il lasse souvent les efforts par sa ténacité.

Appartiennent à cette classe pathologique la plupart des gens « enchifrenés ». Cet enchifrènement est constitué par deux éléments associés, mais avec prédominance variable de chacun d'eux : 1° Par la *tuméfaction de la muqueuse nasale*, d'origine vasomotrice : sorte d'érection du tissu caverneux des cornets, obstruant les fosses nasales d'une façon intermittente, surtout après les repas, ou encore la nuit, se latéralisant alors du côté du décubitus, et se dissipant sous l'influence du froid, des excitations psychiques, de l'émotion causée par l'examen du nez. Le stylet nasal s'enfonce dans le tissu des cornets comme dans un coussin plein d'air. 2° Par la *modification des sécrétions nasales*, modification tantôt quantitative, plus souvent qualitative : du muco-pus, presque toujours sans odeur, forme des filaments tendus des cornets à la cloison, ou s'accumule au niveau du plancher. Et sous ces sécrétions, la muqueuse tuméfiée, soit rose vif, soit pâle et macérée, présente parfois un aspect velvétique mais jamais d'ulcérations. La rhinoscopie postérieure montre des queues de cornet rarement hypertrophiées, mais ayant une teinte rose vif, au lieu de la couleur gris perle normale.

Les malades atteints de coryza chronique se répartissent en deux catégories, dont on aura à entreprendre le traitement d'une façon fort distincte : *a)* les indifférents ; *b)* les hypocondriaques.

a) Les uns ne s'inquiètent nullement de leur coryza. Ils viennent consulter pour leurs oreilles ou pour leur larynx, et accueillent avec incrédulité le diagnostic qui place dans leur nez le point de départ de leur maladie : pour vaincre leur septicisme, qui se paie de cette double raison « qu'ils ne souffrent pas du nez et qu'ils se mouchent comme tout le monde », le médecin aura à mettre en œuvre toute sa persuasion ou son autorité.

b) Les autres ont, au contraire, leur existence empoisonnée par l'hypocondrie nasale. Ils sont incessamment tourmentés par des symptômes réellement pénibles : dyspnée nasale, céphalalgie frontale,

(1) Extrait d'une *Thérapeutique des maladies du nez et des sinus*. — *In* Bibliothèque thérapeutique de Dujardin-Beaumetz. O. Doin, éditeur. (*En préparation.*)

FEUILLETON

Hurrah pour le Vélo !

La valse des *Ivresses* est à refaire ; elle est incomplète. Il y faudrait ajouter un motif ayant trait à l'extase que procure l'usage de la bicyclette. Il parait que cette extase est réelle, que cette jouissance est exquise. Elle tient le milieu entre l'enivrement de la valse et du patinage et le ravissement du canotage ; supérieure au premier, à peine inférieure au second. C'est un apôtre enflammé et compétent du cyclisme, M. Chibret, qui nous l'affirme dans la *Revue scientifique* de la semaine dernière. L'étude qu'il consacre à son sport favori n'est pas faite seulement de sentiment et de lyrisme ; elle est avant tout physiologique, et j'avoue qu'elle fournit aux fervents de la pédale des arguments solides pour prôner ou défendre l'objet de leur culte.

Il y a, dans son article, une trouvaille qui fera fortune. Il a rencontré la formule juste de l'attitude du veloceman. Cette formule tient en un seul mot, et elle renferme une théorie complète, une explication satisfaisante d'emblée du peu de fatigue qu'éprouvent les bicyclistes.

A bicyclette, d'après lui, l'homme se transforme en quadrumane, comparaison qui ne saurait plus rien avoir d'offensant, depuis qu'un médecin militaire hollandais, le Dr Dubois, a fait à Java la prodigieuse et admirable découverte de notre vrai père commun, l'homme-singe, le *Pithecanthropus erectus*, fait scientifique d'une importance colossale, à ce qu'on dit, et qui a fait tressaillir de joie et d'orgueil le cœur de tous les anthropologistes, de tous les darwinistes, lesquels l'avaient depuis longtemps prédit. Quoi qu'il en soit, le cycliste se tient tout à fait comme un singe, avec cet avantage cependant sur ce dernier d'avoir un point d'appui de plus : le siège.

Toute plaisanterie à part, cela est parfaitement exact et M. Chibret expose avec une grande clarté les divers mécanismes de la progression suivant la somme d'efforts qu'exige la course en route plane, en montée légère ou en côte plus raide. C'est un intéressant *addendum* aux travaux de Giraud-Teulon sur la locomotion. On se rend compte, en le lisant, que cet exercice, maintenu dans les

lourdeur de la tête et paresse intellectuelle, anosmie avec perte du goût. Leur situation devient surtout difficile, quand à ces troubles s'ajoutent les symptômes du catarrhe naso-pharyngien. Tout en les soignant d'une façon attentive, le médecin aura pour but principal de calmer leurs inquiétudes, pour lesquelles la moindre tuméfaction devient aisément cancer ou tubercule, et de résister à leurs sollicitations vers une thérapeutique trop active.

En tous cas, le coryza chronique doit être sérieusement traité, car il n'a aucune tendance à guérir spontanément. D'ailleurs, s'il ne menace pas directement la vie, il est la source de nombreuses affections qui la rendent peu supportable. Chose curieuse, le nez est l'organe qu'il lèse le moins : tout au plus cause-t-il une gêne constante et une susceptibilité particulière, qui fait dire au malade qu'il s'enrhume du cerveau au moindre refroidissement; il mène rarement à la rhinite hypertrophique, presque jamais à l'ozène, et n'éveille pas ordinairement de réflexes d'origine nasale. Mais, tôt ou tard, il atteint l'oreille où, lentement, il détermine l'incurable sclérose de la caisse; inévitablement, il gagne le pharynx et le larynx, brisant la carrière de ceux qui font profession de leur voix; il descend encore plus bas, et bien souvent la bronchite chronique, qui se termine dans les angoisses de l'asystolie, n'est que la dernière étape d'un coryza chronique dont on n'avait eu souci jadis.

Il faut donc traiter le coryza chronique moins peut-être pour lui-même que pour prévenir ces tardives complications et les amender si l'on a été appelé à intervenir trop tard.

La condition capitale du succès, dans ce traitement qui devra être suivi pendant un temps très long, c'est que le médecin gagne suffisamment la confiance de son malade pour pouvoir lui imposer telles privations qu'il juge utile; si les prescriptions ne sont pas exécutées à la lettre, il court au-devant d'un échec certain; or, les sacrifices exigés du patient sont souvent hors de proportion avec la gravité apparente de la maladie.

Le traitement comprend deux indications: 1° supprimer la cause du coryza ou tout au moins la combattre; 2° puis, et ceci ne vient qu'en second lieu, traiter localement le catarrhe de la pituitaire.

1° Traitement pathogénique. — La cause qui provoque ou entretient le coryza chronique est souvent malaisée à découvrir. Sa recherche exige un examen approfondi du malade.

a) Hygiène défectueuse. — Le coryza chronique résulte le plus souvent d'irrigations légères, mais ordinairement répétées.

L'usage du tabac, de l'alcool, l'habitude de prendre des aliments trop chauds en sont des facteurs habituels. Plus nuisible encore est l'inspiration d'un air chargé de particules irritantes : il est plus dangereux pour le malade de séjourner dans une chambre où l'on fume que de fumer lui-même à l'air libre. Le coryza chronique est professionnel chez les cimentiers, les ouvriers qui fabriquent les chromates, les meuniers, les vanneurs, etc.

De là résulte une première prescription, la plus importante de toutes : renoncement définitif au tabac, à l'alcool, ou changement de profession. Malheureusement, beaucoup de malades refusent de s'y soumettre : le sacrifice de leurs habitudes leur est par trop pénible, et quitter le métier qu'ils exercent est souvent une impossibilité pour eux. Dans ce cas, il sera nécessaire de les avertir qu'aucun traitement ne pourra les guérir définitivement.

b) Lésions nasales. — La plupart des malades font

---

limites d'un usage raisonnable, réalise le minimum de fatigue pour une dose déterminée de travail musculaire.

Et quel agrément s'ajoute à cette utilité! Plaisir de la vitesse et du glissement sans trépidation accrue, paraît-il, dans une proportion considérable, multiplié, en quelque sorte, par le fait d'être à la fois le mobile et le moteur; plaisir de la ventilation, qui fait paraître presque agréables au coureur bien lancé, les plus torrides ardeurs du soleil, et donne des fraîcheurs d'ablutions aux torrents de sueur dont son visage s'inonde.

Comparez à cela le malheureux touriste à pied, ce retardataire et ce tardigrade, dont la marche n'est qu'une série de secousses, de faux-pas, d'ébranlements, et qui, les joues et le front secs peut-être, mais cuits et recuits par l'air brûlant, avance avec lenteur, portant péniblement aux épaules le poids de son sac, pendant que le bicycliste, mouillé mais frais, roule allègrement sur le sien. Ce parallèle est fort exact, et moi, qui ait été un marcheur intrépide à rendre des points à Ramogé, je confesse humblement l'infériorité de mon ancien sport. Encore passé-je sous silence le gonflement des pieds comprimés par la chaussure, écorchés par la rudesse du cuir, boursouflés d'ampoules malgré le suif, douloureux, lamentables..... Tirons un voile sur le reste de cette scène d'horreur.

Il reste les dangers dont le cyclisme n'est pas exempt, il s'en faut. Mais ce revers de la médaille ne présente, dit M. Chibret, qu'une minime importance, et en cela il a raison. Les chutes ne sont pas rares, mais elles ne sont graves qu'exceptionnellement. Les accidents sérieux sont en effet plus fréquents en voiture et surtout à cheval. Il ne faut pas perdre de vue non plus que le nombre des traumatismes occasionnés par la bicyclette est réductible à volonté. En voiture on est à la merci du cheval qui bute, du cocher qui somnole, de l'essieu qui se rompt; le cavalier même très habile court les risques d'un écart imprévu, d'une subite fantaisie de sa monture. Quand un membre d'un V. C. quelconque s'aplatit sur le sol, on peut affimer qu'il y a de sa faute. Je ne dis pas que cela adoucisse la rudesse du contact, mais cela en console dans une certaine mesure, et c'est toujours quelque chose. Je soigne depuis peu de jours un brave garçon qui, lancé à terre de son véhicule à deux roues avec une brusquerie

remonter le début de leur mal à un coryza aigu négligé : de fait, chez les sujets prédisposés, il y a grand intérêt à traiter vigoureusement les rhinites aiguës qui tendent à la chronicité.

Dans les formes à commencement insidieux, il n'est pas rare de trouver dans les fosses nasales ou à leur voisinage une lésion mère du coryza chronique : tantôt, c'est une grappe de polypes muqueux ou un empyème sinusal, dont le traitement préalable s'impose clairement; tantôt ce sont des lésions dont on risque aisément de méconnaître le rôle : végétations adénoïdes, peu encombrantes, mais capables d'entretenir une hyperémie passive de la pituitaire; déviation des cloisons, insuffisantes à obstruer la fosse nasale, mais gênant l'expulsion des mucosités, dont la stagnation entretient une rhinite souvent unilatérale.

Or, il faut tout d'abord s'attaquer à ces lésions, curetter le naso-pharynx, aplanir les cloisons déviées, avant de mettre en œuvre avec quelque chance de succès le traitement topique local de la rhinite chronique.

c) Lésions viscérales. — C'est ici que le spécialiste doit montrer qu'il est médecin. Beaucoup de coryzas chroniques sont causés et entretenus par une stase sanguine dans la muqneuse nasale : hyperémie mécanique ou réflexe dont il faut rechercher la cause première : 1° dans le tube digestif : atonie gastro-intestinale, constipation habituelle; 2° dans l'appareil génital : vaginites, métrites, prostatite chronique; 3° dans le mauvais fonctionnement du cœur : lésions mitrales, sclérose du myocarde, etc. C'est ainsi qu'une saison à Vichy, qu'un curettage de l'utérus, que des toniques du cœur donnés à point viennent parfois à bout des coryzas chroniques qui avaient résisté à tout traitement local.

d) Maladies générales. — Il faut en établir deux classes :

1° Dans l'une rentrent les maladies telles que le diabète, l'albuminurie, dont le coryza chronique n'est qu'un symptôme, et il suffit de faire disparaître de l'urine le sucre ou l'albumine par un traitement approprié pour voir le catarrhe nasal guérir de lui-même, presque sans thérapeutique locale.

2° A l'autre appartiennent les troubles de nutrition, les diathèses qui, sans être la cause du coryza, contribuent cependant à sa ténacité. De sorte que si, dans ce cas, le traitement local reprend ses droits, une thérapeutique générale doit être simultanément instituée. On aura le plus souvent à compter : α) avec la *scrofule*, qui entretient dans la seconde enfance des coryzas à sécrétion abondante; β) avec l'*arthritisme* et la goutte, facteurs habituels, chez l'adulte, des coryzas à forme hyperémique; γ) avec l'*anémie*, chez quelques femmes, état qui, le plus souvent, relève d'une lésion génitale ignorée ou dissimulée.

Il y aura donc lieu ordinairement d'instituer le traitement général de la scrofule et de l'arthritisme.

Dans certaines formes de coryza chronique se traduisant surtout par une exagération de la sécrétion muqueuse normale, avec troubles paresthésiques consécutifs, on obtient d'excellents résultats d'un traitement à la fois tonique et sédatif dont l'hydrothérapie, le massage général, les frictions sèches sont les meilleurs agents. Ces formes s'observent d'ailleurs presque toujours chez des sujets névropathes.

Ici se place l'influence des *eaux minérales* et des *climats* sur le coryza chronique : or c'est bien plus en modifiant les conditions générales de la santé qu'en agissant localement sur la muqueuse nasale que la cure faite à une station thermale améliore le

---

exagérée, s'est fracturé comminutivement tibia et péroné, avec complication de plaie et saillie d'un petit bout de fragment — une fracture de bonne marque, comme vous voyez. Comme je me livrais, maladroitement il est vrai, à quelques réflexions prudhommesques sur les dangers de l'engin qui venait de lui attirer ce désagrément, il m'interrompit doucement : « Oh! il n'y a aucun danger, docteur; c'est absolument de ma faute si je suis tombé. En traversant une voie de tramway, j'ai fait la sottise d'aborder les rails trop obliquement..... »

C'est donc bien là le sport idéal, celui qui ne coûte rien ou à peu près, ni argent, ni fatigue, ni périls, ni regrets. Il est de tous les âges, de tous les pays et de tous les sexes. Les femmes s'en trouveraient même mieux que nous; la selle s'adapte mieux à leur anatomie qu'à la nôtre, puisqu'on va jusqu'à dire qu'elle s'y adapte parfois trop bien. Mais ce n'est là sans doute qu'une calomnie malhonnête, et je n'y veux pas croire, ni la redire.

Ainsi il appert de ce qui précède que la bicyclette a triomphé de ses détracteurs. L'hygiène lui a décerné un brevet d'aptitude à l'amélioration de l'espèce humaine; elle est la gymnastique par excellence, et tout en elle, jusqu'à l'attitude penchée du tronc avec fixation solide des bras au guidon, contribue à développer les muscles, le thorax, les poumons.

Un appareil si parfait pour l'entretien de la santé, l'accroissement de la vigueur corporelle, devait avoir d'autres ambitions, et il les a. Il a la plus élevée de toutes, celle de guérir; et d'emblée il s'adresse, entre autres affections, à celles qui se sont fait un malin plaisir de déjouer jusqu'à présent les efforts de la thérapeutique, de faire le désespoir des médecins, suivant l'expression consacrée, et surtout celui des malades. Les valétudinaires dont la nutrition ralentie végète misérablement et incurablement, peuvent maintenant renaître à l'Espérance. Vittel, Vichy, Royat, Contrexéville, et la lithine, et les salicylates, et la série des alcalins trompeurs, ces illusions et ces découragements n'assombriront plus l'avenir des graveleux, des obèses et des goutteux. Quelques tours de pédale et l'acide urique est brûlé, le tophus se résorbe, le rein fonctionne comme un filtre Chamberland tout neuf. Oh ! la douce perspective et le beau rêve ! Je ne demande pas mieux que d'y croire,

coryza chronique. Et en effet, leur indication se tire surtout de l'état général du malade. On devra donc prescrire : 1° aux scrofuleux, les eaux sulfureuses (Luchon, Cauterets), arsenicales (la Bourboule, le Mont-Dore), ou salines (Biarritz, Salies-de-Béarn, suivant que le bord de la mer est toléré ou non); 2° aux arthritiques, les eaux alcalines (Vichy, Ems, Royat), ou mieux encore les eaux salines froides, dont l'action laxative décongestionne énergiquement le nez (Chatel-Guyon, Carlsbad); 3° aux anémiques, les eaux ferrugineuses (Spa, Forges).

Même préoccupation de l'état général dans le choix des climats : aux enfants scrofuleux sans lésions cutanées, le bord de la mer réussit bien; aux arthritiques conviennent les stations de montagne; les vieillards devront préférer les climats secs et chauds et habiter le Midi pendant l'hiver.

2° Traitement local. — Le traitement local ne doit pas être systématique. Il faut observer avec soin les variations individuelles de la susceptibilité de la pituitaire. Chez les arthritiques, principalement, un traitement trop énergique, s'il est mal supporté, aggrave souvent le coryza. Le médecin doit avant tout se laisser guider par la façon dont réagit la muqueuse nasale, savoir varier ses prescriptions dès que leur effet commence à s'atténuer, et parfois avoir la sagesse de cesser tout traitement local, car ces périodes de repos amènent souvent des améliorations inespérées et remontent le moral des patients.

La première indication est de faire cesser l'enchifrènement en débarrassant les fosses nasales des mucosités qui les encombrent; c'est procurer au malade un grand soulagement en lui rendant la liberté de sa respiration nasale; et c'est favoriser l'action des médicaments sur la muqueuse, ainsi mise à découvert.

Pour désobstruer leur nez, les malades se mouchent généralement aussi fort que possible; il faut le leur défendre, car les efforts considérables qu'ils font ainsi augmentent l'hyperémie nasale et éternisent le coryza. Il faut leur apprendre à se moucher rationnellement : alternativement fermer une narine en y appuyant un doigt et souffler fortement par l'autre côté largement béant.

Les *irrigations nasales* trouvent ici leur indication habituelle; elles diluent et chassent les mucosités et surtout ramollissent les croûtes qui, se formant à l'entrée des narines, sollicitent inconsciemment le grattage avec le doigt et deviennent l'origine d'épistaxis.

On doit les pratiquer avec le siphon de Weber ou mieux encore avec la seringue anglaise : la direction du jet liquide suivra le plancher où s'accumulent en grande partie les mucosités; s'il y a des croûtes sur la voûte nasale, le courant de retour suffira à les détacher, sans provoquer la céphalalgie vive que déterminerait le jet direct projeté sur ce point. Dans les cas où l'irrigation nasale est mal tolérée (douleurs de tête, menaces d'otite) on peut remplacer la douche par des bains ou des pulvérisations, à condition toutefois que les sécrétions soient peu abondantes.

Il ne faut demander aux lavages de nez que ce qu'ils peuvent donner : simplement de nettoyer les fosses nasales et non point de modifier la muqueuse. Les solutions à employer n'ont donc à remplir que ces deux conditions : de n'être aucunement irritantes, et de posséder une réaction alcaline, pour dissoudre le mucus nasal. On doit s'abstenir d'user de solutions astringentes ou antiseptiques fortes, qu'il faut réserver aux rhinites purulentes; il ne faut d'ailleurs pas oublier que l'usage de solutions à base

---

mais je dois à la vérité non moins qu'à ma propre diathèse d'élever ici une objection qui me tourmente et m'a toujours empêché de devenir un client de Rudge ou de Clément. J'avais un ami qui n'était point goutteux, ou plutôt qui ne savait pas l'être. Jamais sur le coup de deux heures heures du matin l'infernale douleur de l'orteil ne l'avait réveillé en sursaut. Pas une fois la crainte ou le remords n'avaient empoisonné ses jouissances de gourmet. C'était un heureux, Une seule joie lui manquait : celle de monter à bicyclette. Il la voulut connaître. Un jour (aborda-t-il un rail trop obliquement, je ne sais), il tomba. Oh ! un rien, une foulure, une entorse, un froissement, trois jours de chaise longue, pas plus. Mais le matin du quatrième il était la proie d'un de ces accès dont le souvenir seul donne des frissons pendant tout le reste de la vie. Je ne sais quel sophisme on commet en disant « *post hoc ergo propter hoc* »; malgré tout je n'aurais pas la conscience tranquille si, ayant fait une prescription de bicyclette à un goutteux, je lui valais quelques chutes suivies d'autant d'accès. C'est pourquoi je ne me la suis point encore prescrite à moi-même.

Cette réserve, outrée si vous le voulez jusqu'à en être ridicule, je crois que je ne m'en départirais pas non plus s'il s'agissait de traiter quelque affection cardiaque ou pulmonaire. Assimiler le jeu des pédales à l'ascension d'un escalier dont les marches se déroberaient sous le poids du corps, peut être exact, mathématiquement parlant; mais partir de là pour identifier l'usage du bicycle à une cure de terrains, n'est-ce pas pour beaucoup l'analogie et exagérer l'enthousiasme? Le malheur est que sur cette pente il devient difficile de s'arrêter. On ne trouve pas excessif d'avancer que l'exercice dont il s'agit exerce, au point de vue physiologique, une action spécialement favorable sur la circulation cérébrale et par suite sur l'aptitude au travail intellectuel, sur le développement de l'esprit (je regrette bien de ne l'avoir point expérimenté avant d'écrire ce feuilleton); il n'y a pas plus de raisons pour trouver, au point de vue thérapeutique, des contre-indications à l'usage du *vélo* dans les affections qui paraissent *a priori* sympathiser le moins avec lui. Et si aujourd'hui on propose de ne l'interdire ni aux vésicaux ni aux prostatiques, on le leur conseillera à titre curatif.

d'alun, de sels de zinc ou d'acide phénique provoque en peu de mois une anosmie marquée. On se bornera donc à prescrire à la dose de deux cuillerées à café par litre d'eau le chlorure de sodium, ou le bicarbonate de soude. Le chlorate de potasse, le biborate de soude, le salicylate de soude surtout sont préférables, car à leur alcalinité ils joignent un pouvoir antiseptique faible mais réel. Voici également la formule d'une poudre composée très bien tolérée par la pituitaire :

Acide salicylique.....		5 grammes
Chlorure de sodium.....	} âà	50 —
Bicarbonate de soude.....	}	

Deux cuillères à café par litre d'eau bouillie.

Les douches nasales d'eau sulfureuse donnent chez les scrofuleux de bons résultats; mais il ne faut les prescrire que passagèrement pendant quelques semaines.

Dans tous les cas, le lavage du nez ne doit pas être trop longtemps prolongé, car il favorise la transformation du coryza chronique en rhinite hypertrophique. Il faut interrompre, ou tout au moins espacer les irrigations quand la muqueuse du cornet inférieur tend à s'épaissir, ou encore quand se manifeste un affaiblissement de l'odorat.

Patiemment et méthodiquement pratiqués, les lavages du nez peuvent presque guérir les formes légères de coryza chronique : mais dans les cas déjà anciens ils sont notoirement insuffisants : il faut leur adjoindre des applications topiques astringentes, antiseptiques ou caustiques.

A. — Si le malade ne peut être suivi et doit se traiter lui-même, on aura le choix entre trois formes médicamenteuses : pommades, bougies, poudres.

Les *pommades*, dont l'excipient est la vaseline et qui renferment environ un dixième de leur poids de tannin, d'iodol, de dermatol (mais non d'aristol, qui, associé aux corps gras, produit une vive cuisson) suffisent dans les cas légers, surtout chez les jeunes enfants. Leur application, très anodine, peut être répétée plusieurs fois par jour, mais elles ne se répandent guère que dans la partie inférieure des fosses nasales. Elles soulagent bien la sécheresse nasale qui tourmente certains malades : la formule suivante procure une agréable sensation de fraîcheur et d'adoucissement.

Vaseline blanche.....	20 grammes
Dermatol.....	2 —
Menthol.....	20 centigr.

Les *bougies nasales*, à base de gélato-glycérine ont quelques inconvénients; en fondant, elles tombent souvent dans l'arrière-gorge, ce qui est fort désagréable pour le malade.

Il faut, à tout cela, incontestablement préférer les *poudres* qui devront être insufflées plutôt que prisées. On leur donnera un excipient soluble, le sucre de lait de préférence à l'acide borique, dont l'action irritante accroît encore l'hypersécrétion nasale. Il est bon de posséder plusieurs formules de poudres, car, je le répète, il est nécessaire de les varier de temps à autre. Ces poudres seront : astringentes ou antiseptiques, les premières convenant mieux aux formes où l'hyperémie domine, les secondes aux cas de sécrétion muco-purulente. Comme astringents, on choisira le tannin, l'acéto-tartrate d'alumine ou mieux le tannate d'alumine, une partie pour dix parties d'excipient; l'alun n'est pas toléré par la pituitaire et altère rapidement l'épithélium olfactif. Comme antiseptiques, l'iodol, le dermatol, et surtout l'aristol, en même proportion; le sozoiodol de zinc est également avantageux, mais ne doit pas être employé longtemps. Enfin, dans les catarrhes

---

Ne nous emballons pas trop tôt. Les professionnels vous diront que cela ne sert à rien avant le dernier tournant. L'exagération serait nuisible à l'intérêt bien entendu du sport qu'on veut défendre et propager. Les convaincus ne le seraient pas davantage; les hésitants se laisseraient moins convaincre. C'est déjà bien d'avoir établi l'innocuité, les avantages mêmes du cyclisme pour les gens bien portants sans distinction d'âge ni de sexe.

Proclamer trop vite et surtout trop étendre d'un seul coup son efficacité comme agent de guérison, c'est compromettre ce que ce rôle peut avoir d'utile et pécher contre la prudence absolue dont doit être scrupuleusement entourée toute innovation en matière de thérapeutique.

Le cas du Dr Boyer. — En avril 1892, nous avons parlé du conflit qui s'était élevé entre un médecin-major, le Dr Boyer, et l'autorité militaire. Il vient de se terminer au détriment de notre confrère.

M. Boyer, comme c'était son devoir, avait signalé deux faits : la mauvaise nourriture donnée aux soldats du 1er spahis, à Médéa, et les mœurs infâmes d'un capitaine de ce régiment. Le premier fait a été surabondamment prouvé; le capitaine Bonis s'est chargé de compléter la démonstration du second, en se faisant prendre en flagrant délit.

Comment se fait-il que, malgré les conclusions d'un rapport adressé par une Commission sénatoriale au ministre de la Guerre, et malgré les arrêts flétrissants rendus par les tribunaux de Blida, d'Alger, de la Réole, on ait conservé dans l'armée ce capitaine voleur et pédéraste, et qu'on vienne d'en exclure le Dr Boyer, sous prétexte qu'il aurait manqué à la discipline en demandant à la presse de le soutenir.

Un conseil d'enquête où dominait l'élément combattant, a refusé à l'unanimité de considérer comme *faute contre l'honneur*, de la part du Dr Boyer, le fait d'avoir communiqué son dossier à la presse et d'avoir porté son procès devant l'opinion.

Le Dr Boyer en appelle au Conseil d'État de la décision prise contre lui; nous l'approuvons entièrement, et nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui adviendra.

anciens ou tenaces, on essaiera des poudres caustiques : nitrate d'argent fondu pulvérisé mêlé à cinquante ou cent parties de poudre de talc.

L'usage de ces poudres exige certaines précautions, surtout chez les sujets nerveux. Le nombre des insufflations quotidiennes doit varier de deux à six ou huit suivant la ténacité du coryza, et suivant l'intensité de la réaction de la pituitaire. Si, ce qui est rare, l'insufflation, surtout avec les poudres astringentes, détermine de violents éternuements avec céphalalgie frontale, il sera préférable de n'en faire qu'une matin et soir, et de ne pas pratiquer dans une même séance le traitement des deux fosses nasales.

B. — Si le malade peut, au contraire, se tenir à la disposition du médecin, la guérison du coryza chronique s'obtiendra moins lentement à l'aide de *badigeonnages* soigneux de toute l'étendue des fosses nasales, pratiqués sous le contrôle du spéculum tous les deux jours au moins. Dans les formes ordinaires, il faut d'abord essayer de la glycérine iodée qui provoque peu de réaction :

Iode	20 centigr.
Iodure de potassium	2 grammes
Glycérine pure	20 —
Menthol	50 centigr.

Mais si le coryza est ancien, il ne faut guère attendre de résultats de l'iode. Le nitrate d'argent jouit alors d'une efficacité réelle. Pour habituer la pituitaire à ce caustique, on se servira, pour commencer, d'une solution à 1 %; peu à peu on arrivera à la solution à 1/20 que rarement on pourra dépasser. Lorsque la réaction est trop vive, on ne badigeonnera qu'une fosse nasale à chaque séance. Le nettoyage préalable du nez doit être fait avec de l'eau pure; après le badigeonnage, si la douleur persiste intense, on la calmera par une irrigation d'eau salée. Quinze ou vingt badigeonnages sont nécessaires pour améliorer les coryzas rebelles : après quoi, on suspendra tout traitement pendant deux à trois semaines pour juger de l'effet obtenu; si l'amélioration est réelle, on reviendra aux poudres antiseptiques et astringentes. Dans l'intervalle des badigeonnages, le traitement nasal doit être aussi doux que possible : irrigations alcalines et application de vaseline borico-mentholée.

Si la muqueuse présente des hypertrophies partielles non réductibles par la cocaïne, ou si encore pendant l'état de flaccidité des cornets, elle se montre relâchée et plissée, semblable à un vêtement trop ample, il sera nécessaire d'instituer le traitement chirurgical de la rhinite hypertrophique vraie.

Enfin, il ne faut pas oublier que la rhinite chronique coïncide presque toujours avec un catarrhe chronique du naso-pharynx; et que la thérapeutique du coryza devra être complétée par le traitement de cette dernière affection.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE & LES HUITRES

Au commencement de cette année, l'attention de nos confrères d'Outre-Manche a été attirée sur la possibilité d'un nouveau mode de propagation de la fièvre typhoïde. A l'occasion d'un certain nombre de cas de fièvre typhoïde, observés à Londres et aux environs, il a paru probable à quelques médecins anglais que la cause de la maladie était dans l'ingestion d'huîtres, sur lesquelles avait été déposé le germe de la fièvre typhoïde, provenant d'eaux d'égouts déversées dans les estuaires où se font l'élevage et l'engraissement de ces mollusques.

Sir W. Broadbent, qui est un partisan convaincu de la propagation de la fièvre typhoïde par les huîtres, a rapporté, dans le *British medical Journal*, des observations intéressantes, qui semblent démontrer la réalité de ce mode d'infection typhique. Les faits cités par W. Broadbent manquent malheureusement de la preuve bactériologique qui, seule, pourrait entraîner une conviction absolue; ils constituent cependant des arguments de haute valeur, à l'appui de l'opinion que soutient notre éminent confrère.

L'épidémie de fièvre typhoïde, pendant laquelle ce nouveau mode de contagion a été soupçonné, a éclaté à un moment où les conditions sanitaires de Londres étaient excellentes.

Aucun vice d'hygiène urbaine ou d'hygiène domiciliaire n'a pu être relevé, tant dans la ville que dans les maisons où la maladie a été déclarée. Les personnes frappées ont été principalement des personnes aisées, des jeunes gens, dont beaucoup étaient connus pour manger fréquemment des huîtres, dans les bars de la Cité, au moment du lunch.

A côté de ces présomptions encore vagues, W. Broadbent cite des faits plus significatifs. C'est d'abord une jeune femme, alitée, depuis un mois, à la suite de ses couches, qui est atteinte de fièvre typhoïde dix jours après avoir mangé des huîtres.

Un autre malade alité, convalescent d'influenza, a eu la fièvre typhoïde dans les mêmes conditions, après avoir mangé des huîtres en grande quantité.

Dans deux observations identiques, un jeune homme et une jeune femme ayant mangé des huîtres à un repas, furent pris simultanément de dothienentérie une quinzaine de jours après ce repas. A Daventry, pays où la fièvre typhoïde n'existait pas, un clergyman et sa fille furent atteints

de fièvre typhoïde quinze jours après avoir mangé des huitres venant de Londres. Ce clergyman et sa fille, qui avaient seuls mangé des huîtres, furent seuls malades. Aucune autre personne de la famille ne contracta la fièvre typhoïde.

M. Broadhent n'a pas été le seul médecin de Londres à observer un rapport entre la fièvre typhoïde et l'ingestion des huitres.

A la suite de la publication de son mémoire, plusieurs autres médecins ont rapporté des observations confirmatives. Le Dr Gayton, médecin du Metropolitan Asylum Board, qui avait à soigner vingt-quatre fièvres typhoïdes dans son hôpital, a remarqué que chez les malades de condition aisée dont les conditions d'habitation et de nourriture étaient bonnes, on pouvait relever l'ingestion d'huitres de une à huit semaines avant le début de la maladie.

Gresham Grant a cité le fait de quatre individus habitant différents endroits de Londres, qui se réunirent le 5 novembre dans la Cité et mangèrent chacun environ dix-huit huitres. Le 23, trois d'entre eux s'alitèrent et eurent une fièvre typhoïde grave.

Leeds Harrison a rappelé qu'il avait soigné, un an auparavant, un jeune homme qui quinze jours avant le début de sa maladie avait mangé des huitres en compagnie de deux de ses amis. Un des convives eut une *gastro-entérite*. Les deux autres eurent une fièvre typhoïde, dont l'une se termina par la mort, causée par des hémorragies. Les trois convives résidaient dans des localités différentes. C'était donc au moment du repas pris en commun que la fièvre typhoïde avait été contractée.

De tous les récits d'épidémies de fièvre typhoïde propagée par les huitres infectées, le plus frappant est celui de l'épidémie qui a sévi sur les étudiants de l'Université de Middletown, rapportée par le Dr Conn. Les étudiants d'un collège de cette universite s'étaient réunis dans un banquet, où il fut fait une consommation abondante d'huitres : les unes crues, les autres cuites. Vingt-cinq étudiants furent malades de la fièvre typhoïde. Les étudiants du collège qui n'avaient pas participé au banquet furent indemnes : un seul fut frappé, mais il avait mangé des huîtres crues chez le marchand qui avait fourni les mollusques consommés au banquet. De plus, deux étudiants de Yale, invités au banquet, furent atteints de fièvre typhoïde quatre semaines plus tard.

Une enquête instituée pour découvrir les causes de cette épidémie apprit que les huitres suspectes avaient été engraissées dans le détroit de Long-Island, à l'embouchure d'un ruisseau d'eau douce. A environ cent yards de l'endroit où avaient été déposées les huitres, débouchait un égout venant d'une maison habitée par deux dames atteintes de fièvre typhoïde. Cette épidémie d'un collège de l'Université de Muddletown coïncida avec une épidémie semblable à Amherst College, où la fièvre typhoïde se déclara chez les jeunes gens ayant mangé à la même époque, dans un dîner pris en commun, des huitres crues ayant séjourné à la bouche du même égout.

L'histoire de l'épidémie du collège de l'Université de Middletown nous renseigne sur la manière dont les huitres peuvent être contaminées par le germe de la fièvre typhoïde et devenir typhoïgènes.

Le danger provient du déversement d'eaux d'égouts dans la proximité des parcs à huitres. Si ces eaux d'égouts renferment le bacille de la fièvre typhoïde, ce germe peut se déposer sur les coquilles des huitres ou aller infecter l'eau dans laquelle baignent constamment ces mollusques. Quand les huitres contaminées sont ingérées comme elles le sont ordinairement, c'est-à-dire par humage, le germe typhique déposé sur la coquille ou mélangé à l'eau de l'huitre peut être absorbé et porté dans le tube digestif.

On voit que la propagation de la fièvre typhoïde par les huitres semble possible, et que ce mode de propagation de la maladie a été observé dans des conditions suffisamment démonstratives. Il y a donc lieu de tenir compte de ce rôle joué par les huitres dans les épidémies de fièvre typhoïde qui sévissent dans les villes, et principalement sur le littoral. Il est, d'ailleurs, vraisemblable que les huitres ne sont pas les seuls mollusques capables de transmettre le germe typhique. Le Dr Cameron pense que les moules et les coquillages qui sont utilisés dans l'alimentation des populations des côtes peuvent être aussi infectées par les eaux d'égouts et servir de véhicule au contage de la fièvre typhoïde. Certains cas de choléra lui ont paru également avoir pour origine l'infection par des mollusques contaminés.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Etat sanitaire. — La mortalité dans l'armée. — Administration préventive de la quinine dans les pays paludéens.

La grippe, dont nous n'avons pas parlé depuis un mois, continue son évolution épidémique. Elle a maintenant parcouru tout le nord de l'Europe et s'est montrée particulièrement sévère en Angleterre, en Allemagne et en Russie. A Londres, la plupart des grands établissements sont privés d'une partie de leur personnel. Un tiers des commis de la Banque est atteint de la grippe; la moitié des employés des Postes est dans le même cas; les sept dixièmes des soldats casernés à Aldershot sont malades, et les

officiers sont pris dans la même proportion. Nombre de grands personnages ont payé leur tribut à l'épimie, mais on compte jusqu'ici peu de décès.

La situation est la même en Allemagne. Le 7 mars, on comptait à Berlin 30,000 malades déclarés aux bureaux sanitaires, et un nombre à peu près égal ne leur avait pas été signalé. Les écoles sont vides; plusieurs d'entre elles ont été fermées; les infirmeries des casernes et les hôpitaux militaires sont remplis de malades. Les cas sont proportionnellement aussi nombreux à Munich et à Francfort-sur-le-Mein. En Autriche, la grippe frappe beaucoup de monde, mais elle a un caractère bénin, tandis qu'en Russie elle devient de plus en plus maligne. Le nombre des malades est si grand que les médecins et les pharmaciens ne peuvent plus y suffire.

Le midi de l'Europe est jusqu'ici épargné, et la France, qui se trouve au centre, est moins maltraitée que les régions du nord. Paris a cependant payé un assez lourd tribut à l'épidémie. Il n'approche assurément pas de celui qu'elle lui a infligé à la fin de 1889, mais c'est évidemment à elle qu'est dû l'accroissement de mortalité que nous subissons depuis le commencement de l'année. On a enregistré, dans le mois de février, 5,609 décès au lieu de 4,517, qui représentent la moyenne de ce mois pendant les années précédentes. La septième semaine en a fourni 1,493, c'est-à-dire 400 de plus que la moyenne.

La grippe ne figure dans la statistique municipale du mois que pour 136 décès; mais les maladies aiguës des organes respiratoires y comptent pour 1,087 au lieu de 776, qui la représentent dans la moyenne habituelle; toutefois, fît-on porter cet excédant tout entier au compte de la maladie régnante, qu'on n'aurait encore qu'un chiffre de 311 décès, ce qui n'a rien d'exagéré étant donné le nombre considérable de malades qui ont fourni cette mortalité.

La situation s'améliore, du reste. Dans la neuvième semaine, on n'a compté que 1,282 décès, 211 de moins que pendant la septième; il n'y en a eu que 259 causés par les maladies aiguës des voies respiratoires, et 32 sont attribués à la grippe.

L'épidémie a été plus sérieuse en province. Elle a sévi surtout dans les garnisons. Celles de Dijon, de Nancy, de Melun, de Valenciennes, de Nantes, d'Ancenis, de Bourges, ont été plus particulièrement éprouvées. C'est ce qui arrive d'une manière fatale dans toutes les épidémies. Les casernes, avec leur population de jeunes hommes, leur encombrement forcé et leur insalubrité fréquente, en sont le théâtre de prédilection, et on a donné cette fois à un fait malheureusement inévitable, une importance qu'il ne méritait pas.

— Le Ministère de la guerre vient de publier la statistique médicale de l'armée pour l'année 1892. C'est la meilleure réponse qu'il ait pu faire aux accusations malveillantes dont il vient d'être l'objet. Cette statistique prouve qu'en dépit de l'âge des soldats, qui va toujours en s'abaissant depuis que la durée de temps de service diminue, que malgré les desiderata sans nombre que présentent encore nos casernes, la mortalité dans l'armée française va toujours en décroissant, et cela dans des proportions inespérées. En 1825, d'après les comptes de l'Administration de la guerre, la mortalité dans l'armée s'est élevée à 27,2 pour 1,000; en 1846, elle n'était plus que de 19; de 1846 à 1858, elle est tombée à 16; de 1862 à 1872, elle a descendu à 13; de 1873 à 1881, à 9; en 1883, elle a été de 8,15; en 1891, de 7,53, et enfin en 1892, de 6,24 pour 1,000. Ainsi les armées d'autrefois, avec leurs effectifs très réduits, composés de soldats passant sept ans sous les drapeaux, comprenant nombre de réengagés et de remplaçants, ces armées d'hommes faits, rompus à la vie militaire, perdaient quatre fois plus de monde que celles d'aujourd'hui, où tous les hommes sont jeunes et ne font que passer sous les drapeaux sans avoir le temps de s'y acclimater! C'est le triomphe de l'hygiène militaire, c'est la récompense de la sollicitude incessante des médecins de l'armée, sollicitude dont ils ont eu pendant longtemps le monopole, mais à laquelle le commandement s'associe franchement aujourd'hui. Rappelons que cette mortalité si faible a porté sur l'ensemble d'un effectif de 524,719 hommes, sur un total de 110,779 entrées à l'hôpital, et que les contingents de l'Algérie sont compris dans ce calcul.

— L'expédition de Madagascar soulève en ce moment une question d'hygiène qui est loin d'être nouvelle, mais à laquelle elle donne un regain d'actualité. Il s'agit de l'administration des préparations de quinine dans les pays de marais, comme moyen de prévenir la fièvre intermittente, ou du moins d'atténuer la violence des accès. Les médecins de l'armée l'ont tranchée par l'affirmative, et les approvisionnements du service de santé comprennent des quantités considérables de pastilles de chlorhydrate de quinine comprimé, qui seront distribuées aux soldats de l'expédition à titre prophylactique. Je connais même des gens qui doivent faire partie de l'expédition et qui s'administrent d'ores et déjà la quinine à petite dose quotidienne.

L'opportunité de cette mesure a été discutée dans tous les traités d'hygiène coloniale qui ont paru dans ces derniers temps, et bien qu'elle n'ait pas obtenu l'unanimité des suffrages, elle est admise par la plupart des médecins de la marine. Fonssagrives, qui fait autorité parmi eux, s'en montre le partisan convaincu. Il cite, avec son érudition habituelle, tous

les auteurs qui se sont prononcés dans le même sens, depuis Lind jusqu'à nos jours (1). La liste en est longue; je ne la reproduirai pas. Il est question dans la plupart des cas d'équipages qui se sont préservés de la fièvre, à la Côte occidentale d'Afrique, par l'administration préventive de sulfate de quinine. Les médecins américains croient également à son action prophylactique à la dose de 15 à 20 centitigrammes (2). Les Anglais y ont également confiance. Ils y ont eu recours dans l'expédition du Niger, en 1841, dans la campagne de Crimée et pendant l'expédition des Ashantis (3). Pour les médecins de la marine, les seuls qui émettent un doute sont le Dr Brassac, qui cite contre cette méthode bon nombre de faits négatifs (4); le Dr Navarre, pour qui la quinine ne prévient pas plus la fièvre que le mercure la syphilis (5), et le Dr Reynaud, qui se prononce franchement contre elle dans son important ouvrage sur l'armée coloniale (6). S'appuyant sur l'autorité de quelques-uns de ses confrères, il exprime l'avis que l'administration de la quinine comme prophylactique, à doses quoridiennes et continues, n'est pas seulement illusoire, mais qu'elle est dangereuse, parce qu'elle détermine une accoutumance regrettable au médicament.

L'inspecteur général des armées, le Dr Léon Colin, sans être partisan de l'administration régulière, quotidiennne et constante des préparations de quinine, pendant tout le temps du séjour des troupes dans les pays palustres, estime pourtant qu'il est des circonstances où elle peut donner de bons résultats. Quand il s'agit d'une longue marche ou d'un campement près d'un marécage, quand on traverse une zone particulièrement insalubre, il estime que la délivrance préventive de la quinine peut avoir ses avantages. Dans ce cas, il en fixe la dose à 50 centigrammes tous les deux jours.

Je crois que cette appréciation est la vraie. C'est aux médecins à déterminer les circonstances dans lesquelles il y aura lieu de recourir à ce moyen prophylactique, et c'est évidemment ce que comptent faire ceux de l'expédition. Pendant les deux stations que j'ai faites à Madagascar, je faisais prendre du vin de quinquina aux hommes, quand ils allaient à terre, en corvée.

(1) J.-B. Fonssagrives : *Traité d'hygiène navale*, 2e édition; 1877, p. 552.

(2) Berchon : « Étude critique sur la commission sanitaire des États-Unis. » (*Archives de médecine navale*, 1866, t. VI, p. 108.)

(3) *Revue maritime et coloniale*, 1874, t. XL, p. 681.

(4) Brassat : « Revue des thèmes des médecins de la marine. » (*Archives de médecine navale*, 1874, t. XXII, p. 333.)

(5) Dr Just Navarre : *Manuel d'Hygiène coloniale*, Paris, 1895, p. 430.

(6) G. Reynaud : *L'armée coloniale au point de vue de l'hygiène pratique*, Paris, 1894, p. 348.

Quant aux personnes qui se soumettent à l'administration quotidienne du médicament, avant de quitter la France, je crois qu'elles feraient mieux de s'en abstenir et de réserver son action pour le moment où elle arriveront dans la zone palustre.

Jules Rochard.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars 1895

M. Marigot lit un long travail sur les accidents dus à l'empoisonnement professionnel par le phosphore.

En voici les principales conclusions :

1° Les ouvriers qui travaillent à la fabrication d'allumettes au phosphore blanc sont sujets à une intoxication lente qui peut s'appeler phosphorisme;

2° Tous les ouvriers sont atteints plus ou moins par l'intoxication. La gravité de l'empoisonnement varie suivant les individus, la nature et la durée de leur emploi. Elle varie aussi suivant l'état d'insalubrité des usines et des ateliers. C'est ainsi que presque toutes les manufactures de France sont autant de foyers d'empoisonnement;

3° Le phosphorisme se manifeste par des phénomènes communs à tous les ouvriers et par d'autres qui sont particuliers à tels ou tels individus plus particulièrement disposés;

4° Les accidents communs sont : un état cachectique spécial, l'odeur alliacée de l'haleine, une teinte subictérique de la peau, un degré très marqué dans la mortalité infantile. Les urines contiennent du phosphore; elles sont albumineuses. Tous ces troubles sont expliqués par un accroissement considérable de la déminéralisation de l'organisme, ainsi que l'a dit A. Robin;

5° Les signes particuliers dépendant de prédispositions individuelles sont : l'entérite chronique, la néphrite, la cystite, la bronchite, la nécrose phosphorée;

6° Cet état de phosphorisme est d'une persistance et d'une ténacité extrêmes; il se retrouve longtemps après que l'ouvrier a quitté l'usine;

7° Toute plaie et toute intervention chirurgicale portant sur le squelette peut provoquer l'apparition d'une nécrose;

8° La thérapeutique repose sur l'emploi prolongé du lait, de l'oxygène, etc.; on devra également recommander l'exercice soutenu. On ne doit intervenir chirurgicalement que lorsque l'état de phosphorisme a complètement disparu;

9° Le remède radical à un tel état de choses est celui qui a été maintes fois réclamé, c'est-à-dire l'in-

terdiction légale de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

— M. Panas présente un cas de suppuration du sinus maxillaire consécutive à la présence d'une dent malade. — Le malade avait été consulter ce chirurgien pour une amaurose sans lésions du fond de l'œil. Cette amaurose était due à une compression du nerf optique de la base. En somme, le pus avait pénétré dans le sinus frontal, puis dans l'orbite, et c'est à travers la paroi supérieure de cette cavité que la suppuration avait envahi le cerveau.

— M. Folet lit une observation de grossesse extra-utérine double. Le kyste tubaire contenait deux fœtus : l'un était mort à trois mois et l'autre était parvenu à terme. La malade garda la tumeur pendant quinze années sans aucune réaction, puis il y eut des poussées de péritonite, qui décidèrent l'intervention. La guérison fut complète à la suite de l'opération pratiquée par M. Folet.

— Encore un autre système à stérilisation du lait. M. Cazeneuve présente un flacon qui permet de conserver indéfiniment le lait. Le principe du système est le même que celui que M. Budois a mis à la mode. Il repose sur la stérilisation par immersion dans l'eau bouillante pendant une demi-heure.

— M. Constantin Paul lit un travail sur les eaux minérales, dont les conclusions sont adoptées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Nous pensions que la séance serait levée en signe de deuil à cause de la mort de Marjolin, ancien président et bienfaiteur de la Société; mais cet homme de bien n'a pas voulu que sa perte interrompit les travaux de cette savante compagnie à la création de laquelle il a pris une si grande part. La séance a donc eu lieu et nous n'y étions pas. Nous n'avons pu nous procurer que la communication de M. Picqué. Dans notre prochain numéro nous réparerons nos omissions.

M. Picqué développe les diverses opinions qui ont été émises dans la deuxième séance à propos des luxations anciennes. Répondant d'abord à M. Quenu, il développe cette idée que la confusion entre les termes ancienneté et irréductibilité doit disparaître, qu'il ne faut plus se baser comme du temps de Lafaurie sur les lésions rencontrées dans les autopsies et qui dataient toujours de plusieurs années; aujourd'hui l'anatomie pathologique et les interventions pratiquées sur le vivant ont montré que l'irréductibilité n'a rien à faire avec l'ancienneté, mais avec les lésions ligamenteuses qui peuvent être précoces.

La notion d'ancienneté est donc devenue secondaire; c'est assurément cette idée que M. Quenu a a exposé dans une forme un peu trop concise et qui risque de ne pas être toujours bien interprétée. Il n'en est pas moins vrai qu'elle existe, jusqu'à un certain point et nous n'en voulons pour preuves que les luxations anciennes qui peuvent se réduire par les méthodes de force.

De plus, l'ancienneté peut entraîner une irréductibilité d'ordre et d'origine ligamenteuse. On voit donc que si la notion d'ancienneté a justement perdu l'importance qu'elle avait autrefois; il n'en faut pas moins la conserver puisqu'elle répond encore à des faits bien précis.

M. Picqué passant à la question du traitement, préconise l'intervention dans les cas d'irréductibilité précoce. Le problème thérapeutique se borne à déterminer les conditions qui permettront au chirurgien de poser le diagnostic d'irréductibilité et de conclure à la nécessité d'une intervention.

Ce diagnostic ne peut s'établir qu'après des tentatives rationnelles de réduction et lorsque ces tentatives ont échoué; il ne faut pas en effet, sous prétexte qu'il existe des luxations irréductibles récentes, ne plus se donner la peine de chercher à réduire celles qui viennent de se produire. Ces limites sont du reste difficiles à établir, et dépendent en résumé de l'adresse, de l'expérience et aussi de la bonne foi du chirurgien.

Répondant ensuite à M. Marchand, M. Picqué déclare que les cas par lui cités ne prouvent qu'une chose : c'est que les luxations n'étaient pas irréductibles, puisqu'elles ont été réduites.

M. Picqué rappelle ensuite l'opinion émise par M. Championnière sur le traitement des luxations anciennes réductibles.

Tous les chirurgiens admettent le principe des manœuvres de force qui donnent souvent des récupérations fonctionnelles satisfaisantes; mais ces manœuvres ne sont pas sans danger, témoin le cas de M. Championnière; de plus l'intervention sanglante donnerait, d'après ce dernier, un résultat orthopédique meilleur. Dans ces conditions, les luxations anciennes, même réductibles, seraient justiciables de l'intervention sanglante au même titre que les luxations franchement irréductibles. Le diagnostic de l'irréductibilité perdrait de son importance dans le cas de luxation ancienne, puisque, qu'elles soient irréductibles ou non, le même traitement leur serait applicable, et ce diagnostic n'aurait en résumé de valeur que dans les luxations récentes.

L'intervention décidée, quelle doit-elle être? L'arthrotomie peut elle suffire et peut elle assurer au malade la récupération des mouvements? Toute la question est là. M. Picqué pense qu'il faut distinguer le coude de l'épaule. Pour le coude il accepte franchement la résection, acceptant pour l'épaule l'arthrotomie primitive comme le préconisent MM. Kirmis-

son et Ricard; il faut cependant mettre à part les cas ou l'arthrotomie simple peut suffire, mais où ces procédés ordinaires de réduction auraient pu trouver une application légitime.

M. Picqué pense, en résumé, que la résection au point de vue athopédique est l'intervention de choix dans les cas où l'intervention sanglante est nettement indiquée, et pour appuyer cette conclusion, M. Picqué met en parallèle les résultats souvent imparfaits obtenus par l'arthrotomie simple, le peu de gravité qu'ajoute à cette opération la résection des parties osseuses, et d'autre part les excellents résultats orthopédiques au point de vue fonctionnel.

EUGÈNE ROCHARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mars 1895

Les phénomènes observés par M. Variot à la suite de l'injection de sérum anti-diphtérique ne sont pas constants (1); l'élévation de la température et les troubles cardiaques ont été notés cependant par M. le Dr RICOCHON (2) chez un malade atteint de plaie infectée de diphtérie et soumis à la sérothérapie : les pseudo-membranes disparurent d'ailleurs rapidement.

Chez un enfant de cinq ans atteint de rhinite diphtérique, M. LE GENDRE a observé aussi, à la suite de l'injection de sérum, une forte élévation thermique (41°,5) et cette dissociation entre le pouls et la température qu'a signalée M. Variot; après la chute de la température, le pouls resta, en effet, pendant quelques jours, entre 115 et 120.

Il est des maladies infantiles qui, bénignes par elles-mêmes, prennent à l'hôpital un caractère de gravité qui a frappé de tous temps les observateurs. Lorsque M. COMBY prit, à l'hôpital Trousseau, les deux petites salles destinées aux coquelucheux, il y trouva seize enfants. Sur ces seize petits malades, cinq moururent de broncho-pneumonie. Roger avait déjà signalé la forte mortalité de la coqueluche dans les hôpitaux (30 °/₀). Dans les familles, au contraire, elle est très faible; il en est de même dans les dispensaires. Au dispensaire de la Villette, sur 1,200 cas de coqueluche que M. Comby a soignés, la mortalité n'a été que de 1 °/₀.

La cause d'une telle différence dans la mortalité à l'hôpital et dans les familles tient évidemment aux contitions défectueuses des salles d'isolement. M. Comby a fait cuber les salles de la coqueluche à l'hôpital Trousseau; il a trouvé que chaque enfant n'avait que 20 mètres cubes d'air, alors qu'il en faut 40 ou 50. De plus, ces salles sont mal éclairées. Ce qu'il faudrait, ce sont des pavillons construits dans de bonnes conditions, avec de petites chambres à un lit ou à deux ou trois lits. En attendant, il vaut mieux, pense M. Comby, ne pas recevoir à l'hôpital les enfants atteints de coqueluche et les soigner exclusivement aux consultations ou dans les dispensaires.

La fréquence des broncho-pneumonies dans les salles des coquelucheux à l'hôpital Trousseau avait frappé aussi M. LE GENDRE à l'époque où il suppléa M. Legroux. Trois fois il dut faire évacuer et désinfecter ces salles pour arrêter des épidémies de broncho-pneumonie; lorsqu'on amenait un enfant atteint de de cette complication, une nouvelle épidémie se produisait. Les mesures d'évacuation et de désinfection sont, d'ailleurs, ainsi que le fait remarquer M. DU CAZAL, beaucoup plus nécessaires pour la coqueluche que pour les autres maladies infectieuses; les épidémies de complications pulmonaires se produisent beaucoup plus facilement, alors même que n'existe pas cette condition si défavorable : l'encombrement.

— Parmi les nombreuses complications de la grippe, la cystite est une des plus rares. M. COMBY en a récemment observé un cas. Un enfant de treize ans fut pris brusquement de fièvre, avec un point de côté gauche. Quand il entra à l'hôpital, il était au huitième jour, c'est-à-dire à la fin de sa grippe; il restait cependant quelques râles crépitants dans le poumon gauche. Cet enfant était amené pour des douleurs vives dans le bas-ventre, et des mictions douloureuses se terminant par un écoulement de sang. En l'absence de toute autre cause, M. Comby pensa qu'il s'agissait d'une cystite grippale. La guérison fut rapide.

Dans un autre cas, un enfant de douze ans atteint de grippe eut des hématuries. Le sang était mélangé à l'urine, ce qui dénotait une origine rénale; les douleurs de rein étaient très vives. Il s'agit ici d'une complication rénale de la grippe, et M. Comby se demande si la guérison sera absolue.

Bien que le diagnostic de grippe, dans ce dernier cas, ne soit pas absolument certain, ainsi que le fait remarquer M. RENDU, on peut affirmer cependant qu'il existe une hématurie grippale. M. LE GENDRE a observé un malade présentant une singulière sensibilité à la grippe. Après deux atteintes de cette affection, l'une très violente en 1890, l'autre plus légère l'année dernière, ce malade a été pris récemment de douleurs rénales intenses que l'on pouvait prendre tout d'abord pour une attaque de coliques néphrétiques. Les urines étaient noires. En même temps apparurent les symptômes ordinaires de la grippe : céphalagie, douleurs des globes oculaires, catarrhe des voies respiratoires, larmoiements, etc. L'hématurie cessa au bout de quarante-huit heures; les urines ne furent plus albumineuses. Le catarrhe bronchique

(1) Voir *Union médicale* du 9 mars 1895.
(2) Note lue par M. Rendu.

persista pendant quinze jours. Il s'agit donc ici d'un cas incontestable de grippe avec fluction initiale intense sur les reins.

— La note que lit ensuite M. Rendu est adressée à la Société par un accoucheur, M. Champetier de Ribes.

Elle a trait au traitement des vomissements de la grossesse par la voltaïsation descendante du pneumogastrique droit. L'électrode positive est placée au-dessus de la clavicule, entre les deux chefs du sterno-mastoïdien; l'électrode négative est appliquée sur l'épigastre; on emploie un courant de 8 à 10 milliampères; les séances doivent être d'un quart d'heure à une demi-heure. On sait quels dangers font courir aux femmes enceintes ces vomissements, que ne peut souvent arrêter aucun des nombreux moyens proposés. Le procédé qu'indique M. Champetier de Ribes (procédé de MM. Gautier et Larat) est donc destiné à rendre de très grands services.

— La posologie du chloralose est encore assez inconnue. Les doses indiquées par MM. Richet et Landouzy, et que l'on prescrit communément, sont, dans quelques cas, beaucoup trop fortes, et amènent des accidents.

Dans un fait de ce genre, M. Rendu a vu se produire chez une tuberculeuse, à laquelle il avait prescrit 0 gr. 25 de chloralose, des accidents très intenses : coma, cyanose, tachycardie, secousses épileptoïdes, dilatation des pupilles, etc.; la mort semblait imminente. Tout disparut cependant le lendemain. Le chloralose est, d'ailleurs, ainsi que le fait remarquer M. Le Gendre, un médicament assez infidèle et variable dans ses effets.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Légion d'honneur. — Ont été nommés chevalier de la Légion d'honneur : MM. les médecins de 2e classe de la marine Thoulon et Emily.

Distinctions honorifiques. — Des médailles de bronze ont été décernées à Mlles Ducher, Lamy et Potdevin, infirmières à l'hospice des Enfants-Assistés; — ont contracté dans leur service des ophtalmies purulentes ayant entraîné la perte d'un œil ou compromis gravement la vue.

Concours du Bureau central (chirurgie). — Le jury est ainsi définitivement composé : MM. Routier, de Saint-Germain, Jalaguier, Bazy, Reynier, Championnière, Petit.

Les candidats sont : MM. Arrou, Cazin, Chevalier, Clado, Demoulin, Faure, Guillemain, Legueu, Lyot, Mauclair, Morestin, Péraire, Reblaud, Regnauld, Rieffel, Sebileau, Thiéry, Villemin.

Commissions des Prix de l'Académie de Médecine pour 1895. — *Académie :* MM. Maret, d'Arsonval, François-Franck. — *Alvarenga :* MM. Sée Marc, Hayem, Hanriot. — *Barbier :* MM. Le Roy de Méricourt, Besnier, Weber. — *Buignet :* MM. Riche, Schuzenberger, Moissant. — *Bourceret :* MM. Magitot, Trasbot, Laveran. — *Capuron :* MM. Tarnier, Budin, Porak. — *Civrieux :* MM. Mesnet, Magnan, Motet. — *Chevillon :* MM. Guéniot, Potain, Perier. — *Daudet :* MM. Hérard, Worms, Landouzy. — *Desportes :* MM. C. Paul, Dumontpallier, Blanchard. — *Godard :* MM. Verneuil, Chauvel, Berger. — *Huguier :* MM. Hervieux, Péan, Le Dentu. — *Hygiène de l'enfance :* MM. Lagneau, Cadet de Gaussicourt, Charpentier. — *Laborie :* MM. Rochard, Lannelongue, Lucas-Championnière. — *Laënnec :* MM. Laboulbène, Lancereaux, Straus. — *Laval :* MM. Brouardel, Dieulafoy, Picard. — *Louis :* MM. Chatin, Joannès, Debove, Hallopeau. — *Mège :* MM. Jaccoud, Bucquet, Duguet. — *Meynot :* MM. Panas, Gariel, Javal. — *Monbinne :* MM. Tillaux, Bouchard, Mégnin. — *Nativelle :* MM. Planchon, Junfleisch, Prunier. — *Perron :* MM. Polaillon, Marty, Robin. — *Portal :* MM. Leblanc, Cornil, Grancher. — *Pourat :* MM. Duval, Laborde, Chauveau. — *Ricord :* MM. Fournier, Colin, Léon, Duplay. — *Vernois :* MM. Proust, Vallin, Lereboullet.

Médecine militaire. — Le ministre de la Guerre a décidé que tous les officiers et assimilés, sous-officiers et soldats du corps expéditionnaire de Madagascar seraient munis du paquet individuel de pansement, conformément aux prescriptions de la décision du 27 juin 1894. Mais, par modification aux dispositions générales, le paquet de pansement ne sera délivré qu'au moment du débarquement à Madagascar, au lieu d'être emporté par chaque homme au moment même de la mise en route.

— Le ministre de la Guerre a décidé que les médecins militaires feraient désormais usage, dans la tenue de campagne, à l'exclusion de l'épée, du sabre avec dragonne de cuir et porte-sabre à la selle; le sabre sera celui du modèle général en usage dans l'infanterie.

Création d'une chaire d'analyse chimique. — M. le professeur Lannelongue a obtenu de la Chambre des députés le crédit nécessaire à la création d'une chaire d'analyse chimique à l'École de pharmacie. Le Conseil général des Facultés de Paris l'en a vivement remercié, dans sa séance de rentrée, par l'organe de M. Gréard, son président. Il y avait dix ans que le Conseil plaçait la fondation de cette chaire au premier rang de ses vœux.

Vente de bibliothèque médicale. — Le 25 mars prochain sera mise en vente la bibliothèque de M. le docteur Henri Guéneau de Mussy (médecine publique et hygiène). On peut se procurer le catalogue à la librairie J.-B. Baillière et fils, 29, rue Hautefeuille, à Paris.

Nécrologie. — MM. les docteurs Georges Ansiaux (de Liège), Alfred Chevalier (de Verzenay), Ch. Girard (de Levallois-Perret), Jules Leclerc (de la Fère-en-Tardenois) et Lelièvre (de Zemmorah).

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Auguste Voisin : Délire du doute.
II. Le Laboratoire Municipal et le mouillage des vins.
III. Revue de la Presse : Chirurgie.
IV. Revue obstétricale.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VI. Revue de neurologie.
VII. Revue de la Société de Thérapeutique.
VIII. Échos et nouvelles.

DÉLIRE DU DOUTE [1]

Ses relations pathogéniques avec de la sthénie et de l'asthénie vasculaires. — Fréquence du délire hypocondriaque chez ces malades.

Le délire du doute et les obsessions et phobies nombreuses qui en sont le cortège ne sont pas jusqu'ici considérées comme ayant un substratum anatomique. Les observations nombreuses que j'ai recueillies sur ces cas me font, au contraire, penser qu'il en est autrement et que dans certains cas il existe de la sthénie et dans d'autres de l'asthénie vasculaire.

Dans la sthénie le teint des malades est très pâle ou jaunâtre; le front, le nez, les lèvres sont crispés; il existe des rides frontales très prononcées; les sillons naso-labiaux très fortement accusés : la physiomie prise dans son ensemble est rechignée.

L'aménorrhée et la constipation sont constantes; il existe de l'anurie par spasme du col; les sécrétions cutanée et urinaire sont considérablement diminuées; la peau est souvent d'une sécheresse absolue; la muqueuse nasale est rèche; le pouls est petit, tendu; les courbes sphygmographiques sont à peine appréciables et le tracé forme une ligne presque droite.

Dans l'asthénie le teint est un peu bouffi, les chairs sont flasques, les sécrétions urinaire et cutanée sont augmentées, le pouls est fort, mais facilement dépressible et les tracés sphygmographiques donnent des courbes très accusées avec quelques plateaux.

Le traitement est absolument différent dans ces deux cas : les observations qui suivent vous le démontreront.

La première observation est relative à une malade C..., actuellement dans mon service. Elle est âgée de dix-huit ans; elle ne présente rien du côté héréditaire; parmi ses ascendants on n'a pu relever la moindre trace d'affections nerveuses ou mentales.

Son père et sa mère vont bien, de même pour ses collatéraux; son caractère a toujours été morose et changeant. Elle n'a fait aucune maladie pendant son enfance; elle a été réglée pour la première fois à quatorze ans et ses règles ont été douloureuses. Il y a deux ans elle fut très impressionnée par une affection grave dont sa mère fut atteinte; son caractère devint alors un peu irrégulier, morose même. Il y a trois mois, ses parents tombent malades tous les deux en même temps, elle les soigne avec le plus grand

(1) *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, par M. Auguste Voisin, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, 1895. — Leçon recueillie et rédigée par M. Battier, interne des asiles de la Seine.

LE LABORATOIRE MUNICIPAL
ET LE MOUILLAGE DES VINS

L'opinion publique a cessé d'être indifférente aux questions d'hygiène; celles qui touchent à l'alimentation l'intéressent par dessus tout, et tout le monde aujourd'hui se préoccupe de l'affaire des vins mouillés, qui est pendante devant les tribunaux. Comme elle est essentiellement de notre ressort, nous allons en rendre un compte sommaire.

A la fin du mois de janvier 1895, dix-huit débitants furent traduits en police correctionnelle par le parquet, sur la demande du laboratoire municipal, pour avoir mis en vente des vins additionnés d'eau. Le tribunal décida qu'il y avait lieu à une contre-expertise, et la confia à MM. Nagnier de la Source, l'Hôte et Villiers. Ces derniers arrivèrent, par leur analyse, aux mêmes résultats que le laboratoire municipal, mais ils en tirèrent des conclusions opposées et déclarèrent que, dans leur opinion, ces vins n'étaient pas mouillés, ou que du moins il était impossible de le prouver.

Le tribunal, se basant sur ces conclusions, acquitta les dix-huit débitants. Le préfet de police, en présence de ces appréciations contradictoires, ne voulant pas s'exposer à faire des analyses dont les conclusions seraient repoussées par les tribunaux, a imité la conduite que son prédécesseur, M. Lozé, avait suivie en 1889, en pareille circonstance. D'accord avec le Garde des sceaux, il s'est adressé au Comité consultatif d'hygiène de France, et lui a posé la question suivante :

« L'analyse chimique accompagnée de la dégustation « telle que la pratique le laboratoire municipal, permet- « elle d'affirmer, avec une certitude suffisante pour en- « trainer une condamnation judiciaire, qu'un vin a été « additionné d'eau ou d'alcool? »

La réponse du Comité consultatif n'est malheureusement pas douteuse. Il confirmera l'impuissance de l'analyse et l'incertitude de la dégustation. Tous les chimistes indiquent dans leurs ouvrages des procédés pour constater le *mouillage* des vins; mais tous reconnaissent qu'ils ne présentent pas un degré de certitude absolu, à moins qu'on n'ait entre les mains des *échantillons-types* auxquels on puisse com-

dévouement. A ce moment elle perd le sommeil ; maigre auparavant, elle ne pesait que 50 kilos ; elle engraisse. Son poids actuel est de 64 kilos. Elle a une tendance invincible à dormir. Ce n'est pas tout, il s'est produit un peu de boulimie ; elle se plaint de douleurs de tête dans la région frontale. Sa tête était serrée comme dans un étau. Ces phénomènes persistent encore aujourd'hui.

Dans l'ordre psychique on observe depuis peu une modification de ses idées : elle a des manies, elle ne peut supporter qu'une porte soit entr'ouverte, qu'il y ait par terre des bouts de papier, des chiffons.

Des querelles familiales se produisent alors, elle ne peut tolérer qu'il y ait quelque chose de dérangé aux meubles.

Des hallucinations se montrent à leur tour : on lui parlait, on répétait ses pensées et on lui disait qu'elle ne vivait pas. Sa tendance à dormir continuait ; anéantie, elle voulait continuellement se coucher.

Elle se refusait à tout travail, malgré les observations de ses parents.

Sa pensée, nous dit-elle, se transforme en voix ; elle ne peut s'expliquer la cause de son agacement pour une porte ouverte ; le moindre désordre lui est insupportable.

Elle n'a plus de goût à rien, ni à la couture, ni à la lecture ; tout l'ennuie et l'agace.

Pas de souffle cardiaque ; pas de toux.

Il n'existe aucun stigmate hystérique.

Le pouls radial présente une assez forte diastole et le tracé sphygmographique indique des courbes très accusées et en plusieurs points des plateaux.

L'affection nervoso-mentale est ici, vous le voyez, un délire du doute, lié à de l'asthénie vasculaire.

J'emploierai comme traitement de la caféïne, des douches d'eau froide, et contre la céphalée, des douches électriques avec le disque en pointe (1).

La connaissance de quelques autres observations de délire du doute, qui me sont personnelles, vous intéressera, j'en suis persuadé.

Une malade ne pouvait passer sur les grilles qui entourent les pieds des arbres, sur les bouches d'égouts ; elle épluchait sa viande ; avant de se coucher, elle montait et descendait de son lit dix-huit à vingt fois de suite chaque soir. Elle avait des hallucinations : elle voyait un squelette au pied de son lit ; ses idées étaient hypocondriaques ; elle craignait d'avoir toutes les maladies.

Une autre dame, mariée contre son gré, a trois grossesses qui l'ont fatiguée par leur rapprochement et par l'allaitement successif de ses trois enfants.

Sa maladie débute, en 1888, par une sensation de fatigue, de froid général et de constriction thoracique. Indécision sur tout : faut-il faire ceci ou non ? Elle se fait la demande et la réponse. Ne sait si elle aime ou non ses enfants. Les difficultés de la vie lui semblent trop fortes ; elle n'est pas capable de les supporter physiquement et moralement.

Traitement : caféine, fer et hydrothérapie.

Une autre, âgée de douze ans, pas d'hérédité, recommence plusieurs fois le même acte, le même mot ; secousses de la tête comme lorsqu'on chasse une mouche. Ne peut jouer du piano régulièrement. Besoin de toucher des objets, des personnes ; de toucher les épaules des siens ; sujette à des phénomènes hystériques.

Elle a été mariée à vingt ans. A eu deux enfants

(1) Le traitement l'a guérie, les douleurs péricrâniennes ont cédé, en particulier, très rapidement aux douches électriques. Elle est sortie de mon service après deux mois de séjour.

---

parer les vins suspects. Dans l'espèce, disons-le de suite, cette comparaison n'est jamais possible. « Voilà dix-huit « ans, disait le préfet de police lorsqu'il a été interpellé « le 12 mars au Conseil municipal, que nous réclamons « aux marchands de vin cet *échantillon-type*, et voilà dix-« huit ans que nous recevons cette réponse : Vous tombez « mal, la barrique dont vous nous demandez du vin vient « d'être épuisée. » Il est certain que ces honnêtes commerçants n'ont aucun intérêt à fournir à la police les moyens de prouver leurs fraudes. C'est pour remédier à cette absence d'échantillon que le chef du laboratoire municipal avait imaginé cette *moyenne* qui lui a été si amèrement reprochée (1).

Après avoir fixé par de très nombreuses analyses la composition moyenne minima des vins livrés par le commerce de détail de Paris, il avait adopté la règle suivante : Il faut cesser de regarder comme *loyal* et *marchand* tout vin de *coupage* livré par le commerce de détail, dès que sa quantité d'alcool est inférieure à 10 % en volume, et que sa teneur en extrait sec s'abaisse au-dessous de 20 grammes par litre. Cette moyenne a été attaquée par les intéressés avec une persévérance telle que M. Girard a dû renoncer à l'invoquer ; il s'est alors adressé à la méthode de la dégustation, et c'est sur ce point qu'a porté le litige.

La moyenne n'est pas la seule méthode chimique qu'on puisse employer pour déceler le mouillage des vins. M. Armand Gautier en a proposé une autre. C'est une règle empirique, reposant sur la constatation de ce qu'il nomme *somme alcool-acide*. Cette somme est le total obtenu en ajoutant la proportion en centièmes de l'alcool donné par le vin suspect, à la quantité d'acide qu'il fournit par litre, quantité calculée en acide sulfurique. Elle doit atteindre 12,5, au moins pour les vins ordinaires ; si le vin est pâltré, on retranchera de l'acidité 0 gr. 2 par gramme de sulfate de potasse.

Il est un dernier moyen, plus sûr mais plus long, qui consiste dans la détermination de la *glycérine*.

D'après M. Pasteur, les vins du Midi en contiennent de 6 gr. 5 à 8 gr. 5, et ceux de Bourgogne de 5 gr. 2 à 7 gr. 5.

(1) C. Girard : *Documents sur la falsification des matières alimentaires et sur les travaux du Laboratoire municipal*, 1882, p. 97.

bien portants. Traitée et guérie par la morphine. La guérison s'est maintenue.

Chez un jeune homme de quatorze ans, atteint de débilité mentale, présentant des antécédents héréditaires (un oncle était mort aliéné, son père tuberculeux et sa mère était hystéro-épileptique), nous avons trouvé les phénomènes psychopathiques suivants :

Il ne jouait dans son enfance qu'avec des petites filles; il cousait, il s'amusait avec des poupées. Il ne put rester au collège parce qu'il rabâchait toujours les mêmes phrases à ses camarades, posait des questions sans cesse, taquinait ses camarades. Possédant une voix de fille, il était très émotif; il disait des heures entières à sa mère : « Tu as dit hier : fils adoré; seulement tu as dit autre chose, tu as dit quelque chose. Tu m'adores autant, tu m'adores enfin, tu m'adores toujours la même chose; est-ce que tu crois que je plaisante toujours? je croyais que tu avais dit que je plaisantais... » Il répétait ces phrases pendant des heures entières.

Il était propre à l'excès, ne s'occupant que de sa toilette, de taches sur ses vêtements. La moindre tache le rendait maussade. Il prenait les plus grandes précautions pour ne pas se crotter. Il avait un véritable scrupule de toucher la poussière ; il ne pouvait supporter qu'on le frolât. Il était capricieux, boudeur; il avait l'esprit faux, porté aux extrêmes. Pendant une conversation sérieuse, il ne s'occupe que de sa cravate; pendant les leçons de son professeur, il lui demande de regarder si son pantalon tombe bien.

Il avait des absences et des vertiges.

Sa décence était exagérée, cependant il se livrait à l'onamisme; sa verge était très développée et, un jour, il fut surpris voulant mettre à exécution des idées de sodomie.

Ce jeune homme fut amélioré par l'emploi du bromure de potassium.

Voici encore l'observation d'une dame de trente-deux ans qui, à la suite d'une perte d'argent considérable, avait l'idée incessante de la mort. Il était impossible de lui faire manger de la viande. Elle se refusait à manger avec son mari et ses enfants. Elle mangeait dans les coins de son appartement. Son alimentation consistait en lait et crème.

Il faut la surprendre pour la faire manger, parce que si elle mange, dit-elle, elle mourra.

Chaque jour, vers midi, crise de peur. Secousses de la tête et du cou, comme mus par un ressort, presque continuelles.

Depuis trois mois se lave la figure avec sa salive.

Dans la rue, il faut qu'elle se détourne des papiers, des chiffons, des cailloux, et elle fait plusieurs pas en arrière et de côté.

Pour sortir de mon cabinet, et même chez elle, son mari est obligé de la tirer hors de la porte, parce que, dit-elle, il faut qu'elle retouche avec son pied le seuil qu'elle a quitté.

Elle ne veut pas que son mari la quitte un instant, mais elle ne veut pas manger avec lui, et elle reste quelquefois plus d'une heure les pieds à la même place, sans que son mari puisse s'éloigner.

Quand il faut passer sur un pavé, sur une feuille de parquet, par une porte, elle avance et recule. Il est impossible de la faire monter en voiture ou en wagon.

Elle a été soignée sans succès, pendant huit ans, par Lasègue, Mesnet, Motet et Charcot, par des douches.

Elle est arrivée à une très grande maigreur, 35 kil. 1/2.

Température axillaire : 35,02.

Lorsqu'on trouve des chiffres inférieurs à ceux-là, on est en droit de conclure au mouillage.

Ces procédés ont tous une valeur sérieuse; ils suffisent largement pour déterminer un choix, pour faire éliminer d'un marché des produits qui ne sont pas dans les conditions voulues; mais, de l'avis de tous les chimistes, ils n'ont pas le degré de certitude nécessaire pour légitimer une condamnation judiciaire.

Reste le procédé de la dégustation... On sait à quel point la délicatesse du goût l'emporte sur celle de l'analyse; la sagacité gustative des experts de Bordeaux, par exemple, dépasse tout ce qu'on peut imaginer. Ceux dont le laboratoire municipal de Paris réclame le concours n'ont pas la prétention de rivaliser avec la virtuosité de leurs collègues de la Gironde; mais il ne s'agit pas, dans l'espèce, de déterminer le cru et la feuille d'un vin de prix, il suffit de savoir s'il y a ou non de l'eau dans les mélanges suspects que débitent les cabaretiers.

Or, comme le dit M. Girard, un dégustateur de moyenne force reconnaîtra tout de suite un vin coupé ou mouillé, alors que le chimiste hésitera encore dans la comparaison des éléments que son analyse aura dissociés. Les trois experts nommés par le tribunal n'ont pas accepté ce moyen de contrôle. Pour eux, la dégustation est une affaire de sensation toute personnelle qui peut varier avec l'expert, et qui ne saurait fournir la base d'une condamnation judiciaire.

Cette dissidence d'opinion est regrettable à tous les points de vue. M. Girard, fort de son expérience, avait acquis la conviction profonde que les vins qu'il dénonçait au parquet étaient mouillés, et il a fait son devoir en les dénonçant à la justice. Il est regrettable que le parquet n'ait pas abandonné l'accusation quand il a eu connaissance de la déclaration des experts, parce qu'elle devait entraîner l'acquittement. Il aurait évité, par là, le bruit fâcheux qui s'est fait autour de cette affaire, il aurait épargné à la chimie la constatation si regrettable de son impuissance. Cet aveu produit le plus déplorable effet. Cela désarme la justice et encourage les fraudeurs. Les dix-huit marchands de vins acquittés par le tribunal se sont empressés de faire infliger un blâme à M. Girard, par le conseil municipal. Il y a mis le plus touchant ensemble et il

Quantité d'urine en vingt-quatre heures : 740cc.

Pouls très petit : 52.

Peau squameuse, sèche, très pâle. Rides profondes de la face.

Aménorrhée depuis deux mois.

Parole et mémoire nettes. Intelligente.

Traitement : drap mouillé. Jus de viande. Injections de morphine.

Pour ses repas, un élève y préside, et elle mange par crainte de la sonde, qui a été essayée une fois.

La malade a guéri en deux ans.

La dose maximum a été de 2 centigrammes par jour pendant un an, puis remplacée par 3 ou 4 milligrammes de morphine, répétés trois fois par jour.

L'état physique s'est peu à peu rétabli. Elle est arrivée, au bout d'un an, à peser 55 kilos.

Toutes ses manies avaient disparu, si bien qu'en octobre 1885 elle mangeait avec les siens; elle va en voiture et elle a été en chemin de fer jusque dans le Midi. Elle lit, elle n'a plus d'idées noires, elle n'a plus l'idée de mourir, n'a plus la crainte de franchir les portes et elle laisse son mari aller s'occuper de ses affaires.

Comme traitement, elle ne prend plus que de la teinture de Mars.

Une autre personne âgée de trente-quatre ans. Pas d'hérédité. Elle est malade depuis une fièvre typhoïde grave survenue il y a dix ans. Elle avait une aversion profonde pour les parapluies, les crayons. Elle ne voulait rien voir sur les coins de table; elle n'osait toucher les enfants, elle se lavait les mains cinquante fois de suite, elle passait plus d'une heure à sa toilette; rangeant, dérangeant les objets, elle se levait même la nuit pour cela. Elle pleurait pour avoir touché un bouton de porte, craignait les chiens parce qu'ils peuvent donner la rage.

Les chiens sont la base de toutes ses craintes. Il lui semble que tous les objets ont été touchés par les chiens de son beau-frère. Elle a peur que ces chiens aient un germe de la rage, que leur bave soit tombée sur un vêtement, y ait séché et qu'ayant une écorchure à la main, elle ou une autre personne contracte la maladie.

Elle a été guérie par le drap mouillé et de la morphine à la dose de 0,05 maximum.

En résumé, ces malades étaient atteints de délire de doute avec des manifestations les plus variées. Il est intéressant de constater que chez tous ces malades il existait des *conceptions hypocondriaques* qui aggravaient évidemment leur état.

Le traitement qui m'a le mieux réussi, chez ceux qui présentent de l'asthénie vasculaire diagnostiquée en partie par les tracés sphygmographiques, a consisté en caféïne, hydrothérapie et douches d'électricité statique. La morphine et le drap mouillé ont guéri ou amélioré ceux chez lesquels il existait de la sthénie vasculaire.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

A propos d'une intéressante observation de lésions de l'intestin par coup de pied de cheval, M. Frœlich, dans le *Mercredi médical* du 13 mars, attribue à juste raison les accidents qui ont amené la mort au bout de trois semaines à l'infection provenant du mélange des matières fécales et du pus qui stagnaient dans la cavité pelvienne, et à ce propos, il propose le *drainage pelvien chez l'homme*.

C'est au point le plus déclivé, c'est-à-dire sur le bord même du sacrum, entre le troisième et le qua-

---

a profité de l'occasion pour demander le rattachement du laboratoire à la préfecture de la Seine, ce qui équivaudrait à sa suppression.

Je ne pense pas que les votes du conseil municipal troublent le sommeil de M. Girard, ni celui de M. le Préfet de police; mais tout cela n'en est pas moins fâcheux. Les gens désintéressés qui prennent en main les intérêts de la santé publique, assument une tâche bien ingrate; mais ceux qui s'attaquent au commerce des vins et des spiritueux font preuve d'un véritable courage. Ils ameutent contre eux tous les intérêts liés à cette néfaste industrie; ils se mettent à dos tous ceux qu'elle fait vivre, depuis le viticulteur jusqu'au cabaretier. Ils sont en face de l'indifférence des pouvoirs publics et de la méfiance des parquets. Et pendant ce temps-là, le flot de l'alcoolisme va montant, montant toujours, sans que personne paraisse s'en alarmer.

L'éternelle question de l'impôt des boissons est, en ce moment, pendante devant les Chambres. Eh bien, de quoi semble-t-on se préoccuper? Des intérêts des bouilleurs de crus, de ceux des distillateurs qui ne font pas d'assez brillantes affaires. On songe aussi au budget, dont l'équilibre serait compromis si la vente de l'alcool cessait de s'accroître, et, pendant ce temps-là, cet odieux poison ruine de plus en plus les familles; il peuple les hôpitaux et les prisons, il encombre les asiles d'aliénés, au point qu'il va falloir créer des établissements spéciaux pour ce genre particulier de folie. On pense aux intérêts du Trésor et l'alcool coûte, chaque année, un milliard à la France, ainsi que j'en ai fourni la preuve. J. R.

Crédit supplémentaire pour les hospices qui reçoivent des militaires. — M. le ministre de la Guerre a demandé à la Commission du budget un crédit supplémentaire de 2,200,000 francs, dont 570,000 francs pour les hospices de l'Est qui reçoivent des militaires, 430,000 francs pour la reconstruction de la caserne de Dijon, etc.

La Commission du budget a accepté cette demande de crédit. Il est probable que les Chambres la ratifieront.

---

trième trou sacré, plus près de ce dernier, au-dessus du petit ligament sacro-sciatique, qu'il faudra pratiquer l'ouverture.

Celle-ci peut être faite de dehors en dedans ou de dedans en dehors. Dans le premier cas, l'opération ressemble à celle de Kraske. On introduit une sonde dans le rectum comme point de repère. On pratique une incision de 6 à 7 centimètres sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque postéro-supérieure à la partie la plus saillante de la tubérosité ischiatique. On sectionne les parties molles et on arrive sur le petit ligament sacro-sciatique; au-dessus de lui, on récline ou on traverse le pyramidal. Il n'y a pas à craindre la honteuse interne, l'ischiatique et le nerf sciatique qui sont situés plus bas et en dehors. Le doigt introduit sent alors le rectum, grâce à la sonde qui s'y trouve; le péritoine est saisi en dehors du rectum, sectionné, et à travers la boutonnière il n'y a plus qu'à passer le drain.

C'est au cours d'une laparotomie qu'on procède de dedans en dehors. Pour ce faire, on suit avec l'index le bord droit du sacrum; puis arrivé au milieu du petit ligament sacro-sciatique, on perfore les tissus avec une pince en rasant exactement le sacrum; quand la pince fait saillie à l'extérieur on crève la peau avec le bistouri et on place le drain.

D'après les recherches du Dr Frœlich, Hegar et Saxtorph seraient les seuls à avoir ainsi de parti pris drainé le petit bassin.

Les interventions sur le péricarde sont rares; aussi croyons-nous intéressant de rapporter celle-ci, due à M. Eiselsberg, intitulée *péricardite purulente traitée par l'incision* (*Wien. klin. Wochenschr.*, janv. 1895).

Il s'agit d'un garçon de dix-sept ans, chez lequel, à la suite d'un coup de couteau dans la poitrine, se développa une péricardite purulente. La ponction du péricarde, faite à plusieurs reprises, sans résultat, le chirurgien se décida à intervenir par l'incision. Il mit à nu le cartilage de la quatrième côte gauche, réséqua cette dernière, et vit une membrane épaisse, fibreuse, le péricarde. Après une ponction exploratrice il incisa transversalement le péricarde épaissi, sur une étendue de 4 centimètres, et évacua 2 litres d'un liquide séro-purulent. Il lava ensuite la cavité à l'eau salicylée tiède, fixa les bords de l'incision aux lèvres de la plaie et plaça dans la cavité deux drains. Guérison complète en quatre semaines.

L'examen de l'exsudat montra la présence d'un micro-organisme analogue au coli-bacille; mais il a été impossible de savoir s'il s'agissait d'une infection primitive ou d'une infection par la voie sanguine.

L'auteur insiste sur les avantages de la suture du péricarde aux lèvres de la plaie, et cela se comprend, car on garantit de cette façon la plèvre contre l'infection.

Rapprochons de ce fait, quoique cela empiète un peu sur le domaine médical, une observation de *paracentèse du péricarde*,, rapportée par M. Percy Kidd à la *Medical Society of London* :

Un homme âgé de trente-quatre ans fut amené à l'hôpital en proie à une dyspnée extrême, atteint de néphrite interstitielle compliquée de dyspnée urémique, avec un peu d'épanchement pleurétique à droite. Quinze jours plus tard, on dut faire une ponction dans la plèvre droite, qui permit de retirer près de deux litres de liquide rosé. Le malade alla mieux. Trois semaines après, nouvelle ponction de 1,200 grammes dans la plèvre droite, mais bientôt l'on constata les signes d'un épanchement péricardique. Une ponction fut pratiquée dans le péricarde, au niveau du quatrième espace intercostal gauche, contre le sternum, et on retira 150 grammes de liquide sanguinolent. Amélioration pendant quarante-huit heures et nouvelle ponction dans le cinquième espace, à 5 centimètres du bord sternal. On put extraire encore 840 grammes de liquide sanguinolent, et le malade fut considérablement soulagé. L'amélioration continua pendant un mois, puis le cœur commença à fléchir. Une troisième ponction ne donna aucun résultat, et la mort survint. L'autopsie montra, outre des lésions pleuro-pulmonaires et rénales, l'existence d'une péricardite hémorragique, le péricarde étant oblitéré par des adhérences dont la plupart étaient récentes.

M. Ewart a eu plusieurs fois recours à la paracentèse du péricarde et, en particulier dans un cas, il a obtenu un excellent résultat, après avoir retiré 600 grammes de liquide sanguinolent. Dans la péricardite purulente, il croit indispensable d'avoir recours à un traitement chirurgical, c'est-à-dire de faire une ouverture aussi large que possible.

MM. Sanson, Marmaduke, Sheild et Carr font remarquer les difficultés et les dangers de la ponction, car s'il y a des adhérences, la pointe du trocart peut blesser soit le cœur, soit un des gros vaisseaux qui y siègent, amenant ainsi une hémorragie intra-péricardique rapidement mortelle.

REVUE OBSTÉTRICALE

Une discussion très intéressante s'est élevée à la Société obstétricale de Paris à propos de la conduite à tenir dans les présentations du siège décomplété mode des fesses. Quand on est appelé dès le début du travail avant que le siège soit engagé, on doit rompre les membranes dès que la dilatation permet de passer la main et abaisser un pied. Mais lorsque le médecin arrive quand le travail est avancé, et que le siège est profondément engagé il est très diffi-

cile et souvent impossible de refouler le siège pour aller abaisser un pied. C'est alors que l'accouchement devient laborieux surtout quand les enfants sont volumineux.

Olivier a étudié tout particulièrement la conduite à tenir dans ces cas et a démontré que dans les variétés postérieures il fallait employer le forceps et se servir du lacs quand le siège regardait en avant.

M. Bar est venu présenter plusieurs observations d'accidents dus à l'application du lacs dans les variétés antérieures. Dans un cas il y eut section des parties molles de la cuisse de l'enfant, puis infection secondaire et mort; dans un autre cas il y eut des lésions du cartilage épiphysaire et raccourcissement consécutif du fémur. On voit donc que le lacs peut être dangereux, même quand il est bien appliqué, aussi la plupart des accoucheurs présents sont d'avis qu'il faut tirer le moins possible sur le lacs. On ne doit tirer que pendant la contraction utérine et s'aider de l'expression, qui est un adjuvant précieux dans tous les cas où la contraction utérine est insuffisante pour terminer l'accouchement. En somme, le lacs qui rend de si grands services dans la présentation du siège décomplété peut dans certains cas devenir dangereux pour l'enfant, même quand il est appliqué avec ménagement.

On sait combien sont fréquentes les rétentions du placenta après l'avortement et combien elles sont graves dans certains cas.

M. Oui, de Bordeaux, vient de publier un travail sur ce sujet dans les *Annales de Gynécologie* (février 1895). Voici quelles sont les conclusions qu'il a tirées des observations de sa pratique : Tant qu'il n'y a pas de complications, l'abstention n'est pas dangereuse, mais dès qu'il y a hémorragie grave ou que la fétidité des lochies et l'élévation de température font penser à la putréfaction du placenta on doit immédiatement intervenir.

Pour combattre la première complication le tamponnement vaginal suffira le plus souvent à arrêter l'hémorragie et à provoquer des contractions utérines qui expulseront le délivre.

En présence de la seconde complication, il faudra évacuer le contenu de l'utérus à tout prix. Pour cela, on devra d'abord dilater sa cavité si le col s'est refermé. Les tiges de laminaire, les bougies d'Hégar ou le ballon de Champetier seront employés, suivant les cas. M. Oui a été obligé de pratiquer dans un cas des incisions latérales sur le col. Une fois l'utérus dilaté, on pourra se servir soit du doigt, de pinces ou de la curette. On se sert surtout de la curette et du doigt. Le curettage présente des inconvénients : 1° parce que ce moyen est aveugle; 2° parce qu'il est infidèle (portions de placenta laissées dans l'utérus malgré le curettage); 3° parce qu'il est dangereux; les cas de perforations utérines ne sont pas rares à la suite de curettages post-abortifs. Malgré ces inconvénients, l'auteur est d'avis de pratiquer la curettage; mais il a toujours soin d'explorer la cavité utérine avant de terminer l'opération. Enfin, pour assurer l'antisepsie de la cavité utérine, un écouvillon imbibé de glycérine créosotée est promené à l'intérieur de l'organe.

Il est souvent difficile de provoquer l'accouchement, même avec les nombreux instruments que nous possédons. M. Boissard se sert d'une instrumentation spéciale qui lui a donné d'excellents résultats (voir thèse de Eddé, 1894). Elle se compose de deux ballons, l'un petit et l'autre plus volumineux. Le premier se rapproche du ballon de M. Tarnier, mais il est plus résistant et contient une plus grande quantité de liquide. Son introduction est des plus faciles : il suffit de le faire pénétrer dans l'intérieur d'un tube servant de conducteur; on enfonce le tout dans le col de l'utérus et on gonfle le ballon. L'expansion du ballon le force à sortir du tube et l'on n'a plus qu'à retirer ce dernier après avoir posé une ligature sur la sonde qui termine le ballon. Le second modèle est à peu près du volume de Champetier; il est également inextensible, mais sa forme est bien différente. Une fois gonflé, il a l'aspect d'un fond d'artichaut, de sorte qu'il s'applique intimement sur le segment inférieur de l'utérus. L'on évite ainsi de refouler la partie fétale. Ces deux ballons offrent des avantages réels sur les modèles antérieurs, ce qui explique les succès que M. Boissard a obtenus.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mars 1895

A propos de la communication que M. Magitot a faite dans la dernière séance sur la *nécrose phosphorée*, M. Péan rappelle les recherches qu'il a faites sur ce sujet, avec MM. Michaels et Gautrelet. Pour ce qui est de l'intervention chirurgicale, il pense, comme M. Magitot, qu'on ne doit y avoir recours que lorsque les moyens médicaux ont été impuissants à enrayer la marche de l'affection. L'intervention doit, par contre, être rapide et large, lorsque les malades se présentent avec des nécroses et des suppurations étendues.

— L'attention de l'Académie est encore rappelée sur le *coup de chaleur* par une note de M. Colin (d'Alfort). Les nombreuses expériences de cet auteur l'amènent aux conclusions pratiques suivantes :

l'hyperthermie due à la chaleur absorbée ou à la chaleur produite en excès par l'organisme doit être combattue en favorisant les moyens par lesquels l'organisme lui-même lutte contre l'excès de température : la fréquence de la respiration et la transpiration. Il faut donc aider surtout la transpiration. M. Colin signale aussi les dangers des refroidissements brusques. M. Vallin appuie ces conclusions ; mais il ne partage pas l'avis que M. Kelsch a exprimé récemment sur la pathogénie du coup de chaleur.

M. Kelsch a rejeté de cette pathogénie la chaleur, puisque certains cas se produisent à des températures assez basses, et la fatigue, puisque d'autres cas surviennent chez des individus au repos. Mais il ne convient pas cependant de tout attribuer aux tares héréditaires ou acquises. La quantité même des soldats qui sont frappés dans une marche forcée, par exemple, démontre que si elles ont une influence sur la production du coup de chaleur, cette influence est peu importante, car il est inadmissible que de telles proportions d'hommes dans un effectif présentent des tares organiques.

La pathogénie du coup de chaleur est encore très obscure, et le mieux à faire pour l'élucider un peu, c'est de multiplier les expériences.

— M. Le Dentu lit ensuite deux rapports sur deux travaux présentés par M. Duret (de Lille) ; le premier sur *la gastropexie*, le second intitulé *néphrolithotomie et néphrectomie dans les calculs ramifiés des reins*.

M. Le Dentu rappelle quel est le but de la gastropexie ; M. Duret imagina cette opération au sujet d'une malade qui présentait une dilatation et une ptose stomacales, que le traitement médical n'avait pu améliorer ; il fixa l'estomac à la paroi épigastrique, pour remédier à la ptose de l'organe ; les résultats de cette intervention furent très favorables.

M. Le Dentu présente cependant quelques objections à la gastropexie. Tout d'abord, si la fixation pare à la chute de l'estomac, elle ne remédie pas à l'entéroptose qui l'accompagne si fréquemment ; d'autre part, la formation d'adhérences entre l'estomac et la paroi abdominale n'est peut-être pas sans quelques inconvénients. En tous cas, pour que la gastropexie ait des chances sérieuses, il faut qu'elle s'adresse uniquement à un estomac déplacé, non dilaté ; il est douteux qu'elle devienne une opération courante.

Le second rapport de M. Le Dentu est relatif à l'extirpation d'un calcul rénal suivie d'une néphrectomie que M. Duret pratiqua sur une femme de quarante-un ans, avec succès.

Il y a nécessité de faire la néphrectomie, dit M. Le Dentu, lorsque le calcul a désorganisé le tissu rénal. La néphrotomie ne serait pas suffisante et exposerait à des fistules ; elle suffit quand il n'y a pas de suppuration du bassinet et pourvu que la pierre ne soit pas assez volumineuse pour avoir porté sérieusement atteinte à l'intégrité du tissu rénal.

Quand on reconnaît la nécessité de tout enlever, calcul et rein, la conduite à tenir doit être dictée : 1° par les dimensions du calcul et du rein formant tumeur ; 2° par les rapports de ce dernier avec les parties voisines ; 3° par l'état du parenchyme et du bassinet.

On videra et désinfectera le foyer purulent s'il y en a un. Si le rein peut être séparé des parties voisines, on l'enlèvera facilement avec le calcul ; s'il est adhérent au tissu adipeux, on fera d'abord l'extraction du calcul par le broiement, et l'on se comportera ensuite à l'égard du rein suivant les circonstances. La néphrectomie complète donnera souvent toute satisfaction ; la néphrotomie sera parfois seule possible.

— Liste de présentation ces candidats au titre de correspondant étranger :

En première ligne, M. Morizani (de Naples) ; en deuxième ligne, M. Julliard (de Genève) ; en troisième ligne, M. Esmarch (de Kiel) ; en quatrième et *ex æquo*, MM. Durante (de Rome), Demosthene (de Bucharest), et Zancarol (d'Alexandrie).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Nous allons résumer aujourd'hui les communications qu'il ne nous a pas été permis de donner dans notre dernier compte rendu de la séance du 13 mars. Et tout d'abord, citons celle du professeur Berger sur le *traitement des luxations irréductibles*. Pour lui, il ne faut pas comparer celles de l'épaule à celles du coude. Dans cette dernière articulation les lésions deviennent très vite plus graves, et il cite l'exemple d'un enfant chez lequel il a pratiqué une arthrotomie au courant de laquelle il a dû extraire l'apophyse coracoïde fracturée. La guérison a été parfaite, mais les fonctions y ont peu gagné, et M. Berger se demande si la résection aurait donné un meilleur résultat.

Citons ensuite un rapport de M. Kirmisson sur l'*attitude du membre à la première période de la coxalgie*. M. Vincent, de Lyon, dans son travail, estime que la flexion, l'abduction et la rotation en dehors sont loin de constituer la position habituelle du membre ; pour sa part, il a souvent constaté la flexion, l'abduction et la rotation en dedans, ce qui serait en rapport avec la prépondérance des lésions du côté de la caule cotyloïde. M. Kirmisson soutient avec raison les symptômes classiques, en disant qu'il peut certes quelquefois en être autrement, mais que c'est l'exception.

Le *phlegmon du médiastin postérieur* est rare et c'est pour cette raison que M. Ziembicki en rapporte un exemple. Il y avait un gonflement considérable du cou avec fièvre et dysphagie. Le chirurgien de Lemberg fit l'incision de l'œsophagotomie, et vit immédiatement un flot de pus s'écouler au dehors; il explora la cavité, trouva un petit os triangulaire, cause du phlegmon, et pénétra dans le médiastin postérieur.

La malade alla bien, sortit de l'hôpital avec une petite fistulette; mais, huit jours après, elle rentrait dans un état grave, refusant une nouvelle intervention, et elle mourut.

L'autopsie montra une grande poche purulente le long de la colonne vertébrale.

Dans cette observation, M. Ziembicki conclut qu'en pareil cas il faudra faire une contre ouverture dans le médiastin postérieur, en suivant le procédé opératoire décrit par Narsdoff, en 1888, ou par Hartmann et Quénu, en 1891. Il ajoute qu'à l'autopsie de sa malade, il a eu quelque peine à décoler le feuillet pariétal qui a été déchiré en plusieurs endroits, contrairement à ce qui est écrit dans le mémoire de nos confrères parisiens, et il fait encore cette remarque que, s'il avait pu intervenir, il aurait incisé du côté droit, où siégeaient les lésions, et non pas à gauche, suivant la recommandation formelle de MM. Hartmann et Quénu.

— Mercredi dernier, M. Michaux a fait une très intéressante communication sur l'*intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen*. C'est en s'appuyant sur onze cas de sa pratique qu'il arrive aux conclusions que nous donnerons tout à l'heure, mais auparavant comme nous ne pouvons donner le détail des observations, qui du reste seraient incomplètes, disons avec M. Michaux que c'est toujours un traumatisme considérable qui produit les lésions; car si aux douze cas cités par lui, on ajoute celui de M. Walther et les sept faits donnés par Gross (de Nancy), on ne trouve qu'un cas, rapporté par ce dernier chirurgien, dans lequel une chute de sa hauteur sur une bordure en fer a suffi pour déterminer chez le malade des lésions qui ont entraîné la mort.

L'anatomie pathologique faite au cours des interventions est pleine d'intérêt. Sur les dix-neut observations réunies par M. Michaux, on ne trouve en effet que cinq déchirures de l'intestin; mais, en revanche, il y en a eu trois du mésentère, trois du foie, une du rein, une des voies biliaires, etc., ce qui concorde du reste avec les chiffres donnés par M. Moty pour les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. Toujours il y a eu une hémorragie, quelquefois assez grave, puisque M. Michaux a pu trouver dans l'abdomen près de deux litres de sang.

Le diagnostic de ces lésions est des plus difficiles, et on peut dire que l'analyse des symptômes ne donne que rarement le moyen de connaître la gravité de la lésion. En général, le shock traumatique est intense; puis il y a une période où le malade va mieux, va même très bien, à ce point qu'il refuse toute intervention, et les vomissements et les nausées ne tardent pas à apparaître moins de quarante-huit heures après l'accident. C'est donc entre la huitième et la dix-huitième heure qu'on doit faire surveiller le malade, prendre la température et être prêt à intervenir.

M. Michaux conclut en faisant remarquer que les lésions des viscères ne sont pas toujours en rapport avec les causes, et que ce ne sont pas les plus graves traumatismes qui toujours donnent les plus graves lésions.

Il insiste de plus sur ce fait, que dans les premières vingt-quatre heures il n'y a pas de signe certain pouvant montrer une lésion viscérale; il faut donc pratiquer la laparotomie exploratrice.

C'est, du reste, à cette conclusion qu'est arrivé M. Gross, et ce qui le prouve, c'est qu'une seule fois sur onze interventions il a trouvé des lésions insignifiantes. Cette laparotomie devra donc être précoce et rapidement conduite. Dans les six cas où il est intervenu dans les dix premières heures, il a guéri ses malades; il a eu deux morts avec quatre interventions tardives. On devra examiner le foie, le tamponner s'il y a une hémorragie; vérifier toujours l'état du mésentère, et s'il y a rupture étendue de l'intestin, mettre le bouton de Murphy. On a le soin même de boucher la partie rupturée à la plaie, quitte à fermer cet anus artificiel plus tard.

La séance se termine par une communication de M. Le Dentu sur *l'utilité qu'on peut retirer dans la rétrodéviation de l'utérus, de la présence de la crête médiane postérieure*. Cette crête, vestige de l'accolement des canaux de Muller, s'exagèrerait dans les rétroversions. On peut la constater en pratiquant le toucher dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Certes, dans les cas ordinaires, ce symptôme ne fait qu'un de plus, mais on peut être embarrassé par la présence d'un petit fibrôme dans le cul-de-sac de Douglas, par des exsudats anciens ou des complications inflammatoires, et alors ce signe a son importance. Saenger vient, du reste, d'attirer l'attention sur une crête antérieure médiane qui, pour lui, serait la preuve d'une rétroversion congénitale. M. Le Dentu n'est pas de l'avis du chirurgien allemand, car il a rencontré cette crête antérieure dans l'antéflexion congénitale.

Au cours de la séance, M. Poirier est élu membre de la Société de Chirurgie.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mars 1895

M. Rendu a parlé, dans la dernière séance, d'accidents causés par le chloralose. M. Galliard a employé assez souvent un autre hypnotique, le trional : sur quarante malades, cette substance a produit trente-cinq fois des effets favorables ; jamais elle n'a provoqué d'accidents. Son action est surtout très nette dans l'insomnie simple et la neurasténie ; mais le trional fait aussi dormir les fébricitants, les cardiaques, les tuberculeux ; il a donné d'excellents résultats chez une morphinomane.

M. Galliard prescrit le trional en cachets et à des doses de 1 gr. à 1 gr. 50. Il amène l'apparition dans l'urine de l'hématoporphyrine et d'une substance dérivant peut-être du trional.

M. Marie, qui connaît aussi les bons effets du trional, n'a, d'autre part, jamais observé d'accidents avec le chloralose ; il n'en est pas de même de M. Muselier, qui a vu une femme de soixante-huit ans, diabétique, albuminurique et ayant des accidents d'asthme cardiaque, succomber dans le collapsus après l'absorption de 0 gr. 20 de chloralose.

— M. Galliard présente ensuite, en son nom et au nom de son interne M. Rabé, une femme de trente et un ans, tuberculeuse, qui présente une paralysie avec atrophie du grand dentelé gauche remontant à l'enfance. L'omoplate est en *aile de pigeon*, même au repos. Cela indique, d'après Duchenne de Boulogne, que le grand dentelé n'est pas seul paralysé ; en effet, le 1/3 inférieur du trapèze est également paralysé. L'étiologie est ici très obscure. S'agit-il d'une paralysie infantile ? M. Rendu a assisté au début d'une paralysie du grand dentelé chez un enfant de trois ans qui, un jour étant resté couché dans un pré, fut pris d'un accès de fièvre intense à la suite duquel survint la paralysie. M. Marie ne pense pas qu'il s'agisse, dans le cas de M. Galliard, d'une paralysie infantile, car celle-ci atteint non seulement les muscles mais aussi les os et les différents tissus. On penserait plutôt à une paralysie radiculaire. En tous cas, le grand dentelé n'est pas ici le seul muscle atteint, car le bras pourrait être élevé presque jusqu'à la verticale, comme l'ont montré les faits de Baumles, de Jolly, de Browns, et comme M. Marie l'a observé lui-même dans deux cas. Quand le bras ne peut être élevé presque jusqu'à la verticale, il s'agit d'une paralysie complexe.

— M. Hutinel étudie depuis plus de deux ans l'action pyrétogène de certains liquides injectés sous la peau, particulièrement chez les sujets en puissance de tuberculose confirmée ou latente.

M. Hutinel a employé la tuberculine à la dose initiale de 1/20e de milligramme chez des enfants qu'il soupçonnait de tuberculose ; si l'on n'obtenait pas de réaction la dose était poussée à deux, trois, quatre dixièmes de milligramme. Des réactions très nettes ont ainsi toujours été obtenues (élévation thermique, accélération du pouls, fluxion au pourtour des lésions ; jamais il n'y a eu d'accidents. Mais si la tuberculine est le réactif par excellence de la tuberculose, d'autres agents provoquent aussi, à des doses suffisamment élevées des poussées fébriles et fluxionnaires.

Ainsi le sérum de Hayem, que M. Hutinel emploie depuis longtemps dans le traitement de certaines diarrhées graves, dans l'athrepsie, etc., chez quelques enfants, ce sérum produit une ascension rapide de la température, très analogue à celle de la tuberline. On pouvait donc penser que c'était là un moyen bien simple et bien peu dangereux de déceler la tuberculose. Mais, d'une part, la réaction provoquée n'est pas sans danger. M. Hutinel l'a vu produire, des congestions pérituberculeuses intenses, l'explosion d'une tuberculose aiguë. De plus, elle n'est pas spécifique : ainsi l'injection de sérum n'a rien produit chez une fillette atteinte d'un lupus très étendu.

De janvier 1894 à février 1895, M. Hutinel a injecté le sérum artificiel chez 176 enfants ; 93 fois il n'y eut aucune réaction thermique ; 47 fois cette réaction fut impossible à apprécier, les injections ayant été faites en pleine poussée de fièvre ; 36 fois il y eut une ascension manifeste de la température ; 11 de ces enfants moururent, soit de tuberculose, soit d'une maladie intercurrente et présentèrent à l'autopsie des lésions tuberculeuses plus ou moins avancées. Chez 19 qui survécurent, le diagnostic de tuberculose était certain ou extrêmement probable. Dans les six autres cas, les enfants n'étaient pas tuberculeux, mais présentaient des lésions graves du poumon ou de l'intestin.

Les injections de sérum artificiel ne sont donc pas pyrétogènes seulement chez les tuberculeux. Les expériences de Albert et Striker, en 1871, de Sahli en 1890, démontrent l'existence de cette action pyrétogène chez les animaux.

Max Matthes a injecté à des lapins, à des cobayes et à des hommes sains ou atteints de lupus, des solutions de deutéro-albumose et de peptones. A la dose de 1 ou 2 centigrammes, la deutéro-albumose ne produit rien chez un animal sain, mais provoque une élévation thermique de 2 ou 3° chez un animal tuberculeux. Chez l'homme, les résultats étaient les suivants : à la dose de 5 à 7 centigrammes, la deutéro-albumose produit une légère élévation thermique chez l'homme sain (37°,8) ; cette ascension chez les malades atteint 39 et 40° ; chez les individus

atteints de lupus, elle cause en outre une injection prononcée du lupus.

Ce ne sont pas seulement ces substances qui provoquent de telles réactions. Le sérum de différents animaux se comporte souvent de même. M. Hutinel a observé plusieurs fois les mauvais effets du sérum antidiphtérique injecté à des tuberculeux atteints de diphtérie.

De tous ces faits, M. Hutinel tire ces conclusions :

Que si les injections sous-cutanées de sérum, d'albumose ou d'eau salée, faites en proportion suffisante, peuvent occasionner de la fièvre chez les sujets sains, elles provoquent, à des doses moindres, des réactions fébriles autrement intenses chez les individus tuberculeux;

Que ces réactions fébriles s'accompagnent parfois de poussées fluxionnaires pérituberculeuses qui ne sont pas toujours sans danger;

Que l'intensité de ces réactions peut faire soupçonner l'existence de certaines tuberculoses latentes sans cependant constituer un signe pathognomonique de la tuberculose.

M. Hutinel soulève, ainsi que le fait remarquer M. Le Gendre, la question du traitement par le sérum des petits tuberculeux atteints de diptérie. Appelé naguère auprès d'un petit coxalgique ayant un sommet douteux, et qui avait une diphtérie maligne, M. Le Gendre pratiqua néanmoins les injections habituelles de sérun. La réaction fut extrêmement faible. Des réactions considérables ont cependant été observées par M. Sevestre.

— M. Siredey rapporte, à la fin de la séance, l'observation d'une malade de vingt-huit ans, obèse, qui fut prise, au cours d'un violent accès de coliques hépatiques, de phénomènes d'occlusion intestinale. Son état s'aggrava rapidement, à tel point que l'intervention chirurgicale parut bientôl indiquée. Une laparotomie ne permit pas cependant de constater la cause de ces accidents. La malade succomba, et à l'autopsie, on ne trouva non plus l'obstacle au cours des matières, mais la vésicule biliaire était pleine de calculs et l'un d'eux, très volumineux, était engagé dans le cholédoque. Il s'agissait donc ici d'une paralysie réflexe de l'intestin ayant simulé un étranglement. On a signalé ces pseudo-étranglements à la suite de péritonites, de hernies ou d'orchites mais non à la suite de la lithiase biliaire. La paralysie intestinale se produit cependant aussi à la suite de coliques néphrétiques, ainsi que l'a observé M. Mathieu. Les lavements électriques ont dans ces cas un résultat très favorable ; il s'agit, en effet, très probablement de paralysie intestinale, comme le fait remarquer M. Hanot, et non de spasme comme l'ont dit plusieurs auteurs. M. Ferrand pense que la glycérine administrée par la bouche ou en lavements aurait facilité la progression des matières en provoquant un afflux liquide dans l'intestin. MM. Marie, Mathieu, Catrin, Hanot, emploieraient de préférence l'opium et la morphine, qui ont déjà fait leurs preuves dans des cas analogues, et qui s'adressent, pour la supprimer, à la cause même des phénomènes, à la douleur. H. Richardière et Fournier.

REVUE DE NEUROLOGIE

Paralysie bilatérale du deltoïde par élongation des deux nerfs circonflexes, par F. Raymond. — Leçon faite à la Salpêtrière, le 23 novembre 1894. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 1, 1895, p. 13.)

Observation très curieuse et unique en son genre, jusqu'ici, de paralysie symétrique et isolée du deltoïde, chez un homme vigoureux de vingt-quatre ans, qui avait l'habitude de dormir sur le dos, les membres supérieurs relevés et les mains jointes derrière la nuque. Il se réveilla un matin avec des douleurs contusives dans la région deltoïdienne, des secousses musculaires et une impossibilité de lever les deux bras. A l'examen, on constate que les bras sont pendants le long du corps, et que l'abduction et l'élévation sont impossibles; le malade éprouve une grande difficulté à introduire les mains dans ses poches et surtout à les en retirer. Les muscles des bras, des avant-bras et des mains sont respectés. L'auteur démontre que les signes propres à la paralysie des muscles grand-dentelé et sous-épineux font défaut: la paralysie est bien exclusivement *limitée* aux deux deltoïdes. On constate en outre une zone d'*hypoesthésie* très manifeste dans le domaine cutané des deux nerfs *circonflexes*. Il existe une réaction partielle de dégénérescence dans les deux muscles atteints, ainsi qu'un léger degré d'atrophie musculaire.

Ces caractères dénotent qu'il s'agit là d'une paralysie *névritique*, que l'auteur attribue à la compression et surtout à la *distension* du nerf circonflexe dans l'attitude prise par le malade pour dormir. Dans cette attitude, en effet, la tête humérale proémine dans l'aisselle, faisant saillir le muscle sous-scapulaire à la face interne duquel le circonflexe chemine. Si la paralysie deltoïdienne ne s'observe généralement pas dans ces conditions, c'est que chez la plupart des individus, le circonflexe présente un *trajet sinueux* grâce auquel il échappe à l'élongation. Mais des recherches instituées à Clamart, à l'instigation de l'auteur, par Saure et Julien, ont montré qu'il n'en était pas ainsi chez tous les sujets, et que le nerf était parfois *rectiligne*. Il faut admettre une semblable disposition chez le malade en question. Amélioration rapide, puis guérison par un traitement électrique approprié.

De la paralysie générale à forme tabétique, par le professeur A. Joffroy. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 1, 1895, p. 30.)

L'auteur pense que la coïncidence du tabes vrai et de la paralysie générale est plus rare en réalité que ne pourrait le faire croire un examen superficiel des faits. En tout cas, il ne faut pas se hâter de conclure à cette coexistence, lorsqu'on constate des symptômes tabétiques chez un paralytique général. L'observation qu'il rapporte le prouve. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans qui, en 1891, présentait les signes d'un tabes classique (signe de Rombers, d'A. Robertson, douleurs fulgurantes, incoordination), sans aucun trouble intellectuel. Quelques années plus tard, les signes de la paralysie générale s'établissent, tandis que ceux du tabes s'effacent. Le malade succombe, et l'on constate à l'autopsie les lésions classiques de la périencéphalite diffuse. Quant aux lésions de la moelle, elles diffèrent de celles du tabes : par leur topographie dans les cordons postérieurs, par l'existence d'altérations dans la colonne grise centrale, et d'une sclérose importante dans les cordons latéraux; enfin et surtout par l'absence de lésions dans les racines postérieures. L'auteur admet qu'il s'agit là d'altérations spéciales appartenant en propre à la paralysie générale. Il possède plusieurs faits analogues, établissant que la paralysie générale peut débuter par des symptômes spéciaux, reproduisant à s'y méprendre le tableau clinique du tabes ataxique.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

La Société de Thérapeutique a continué la discussion sur la *Médication quinique*.

Pour M. A. Klein, qui a recueilli de nombreuses observations sur le littoral de la Syrie, le chlorhydrate de quinine est bien préférable au sulfate et irrite beaucoup moins les voies digestives. Plus soluble, il est assimilé plus vite par l'économie, ce qui est une condition capitale dans le traitement des fièvres. Dans certains cas de fièvres très rebelles, qui avaient résisté au chlorhydrate, le bromhydrate a donné à M. Klein des résultats très encourageants.

Sous quelle forme administrer le sel choisi? Les tabloïdes seraient une forme parfaite. Pour un petit volume, on a la dose voulue; elles n'incommodent pas le malade par l'amertume, se conservent très bien; malheureusement elles sont difficilement assimilables et se dissolvent lentement. Enfin elles peuvent traverser les voies digestives et être rejetées en abandonnant à l'économie seulement une partie de leur substance. Quand il y a de la diarrhée, elles courent risque de passer dans les selles.

Les pilules ne sont plus solubles que les tabloïdes qu'à la condition d'être fraîchement préparées; de plus elles ne peuvent contenir qu'une petite quantité de substance.

Le mieux est de se servir de cachets médicamenteux, dans lesquels il est facile de comprimer le sel en poudre, de façon à le réduire au 1/5 de son volume.

L'usage préventif de la quinine donne de bons résultats si le sujet suit en même temps une hygiène convenable. La dose de 20 centig. prise pendant cinq jours, avec trois jours de repos est suffisante. Ici les pilules et les tabloïdes trouvent leur indication. Leur dissolution lente tient l'organisme sous l'influence continuelle de la quinine.

— M. Josias a communiqué l'observation d'une *névralgie spasmodique de la face*, guérie par l'intervention chirurgicale. Actuellement, on regarde le tic douloureux comme la traduction symptomatique d'une lésion périphérique, dont la nature et le siège exacts restent indéterminés.

Gross attribue cette névralgie à la compression des filets nerveux qui traversent les alvéoles par suite du dépôt de matière osseuse dons les canalicules. Duplay a une certaine tendance à attribuer la maladie à une altération des branches du nerf dentaire et non à une lésion du tronc même de ce nerf; dans un cas qu'il a observé, il a suffi, comme chez les malades de Gross, de réséquer les alvéoles pour mettre un terme aux crises douloureuses.

V. Jarre prétend que le tic douloureux de la face est presque toujours la manifestation clinique d'une lésion nerveuse périphérique de nature cicatricielle. Ces lésions cicatricielles seraient consécutives à des phénomènes d'infection et de suppuration des tissus alvéolaires (arthrite alvéolaire ou périostite alvéolodentaire, et gingino-périostite déterminée par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse inférieure).

Ces considérations pathogéniques déterminent M. Jarre à préciser la région lésée de l'arcade alvéolaire, puis à pratiquer l'ablation de ce bord alvéolaire et, par suite, des lésions nerveuses qu'il renferme.

Voici comment il procède. L'opération comprend trois temps :

Premier temps : Excision de la muqueuse et du périoste recouvrant la partie alvéolaire à réséquer;

Deuxième temps : Résection de la partie dénudée du bord alvéolaire;

Troisième temps : Rugination de la plaie osseuse.

M. Jarre a opéré avec un plein succès la malade de M. Josias.

École de Rouen. — La chaire de clinique obstétricale et gynécologie de l'École de Médecine de Rouen est transformée en chaire de clinique obstétricale.

ÉCHOS ET NOUVELLES

A propos des réformes hospitalières. — La Société des Chirurgiens des hôpitaux a pris le parti, à l'unanimité, de s'opposer à ce qu'il fut interdit à un chirurgien de faire, s'il le voulait, sa consultation lui-même. Il y a là, en effet, comme on l'a fait remarquer, une *atteinte à la liberté du malade*. Ce dernier n'ira pas à l'hôpital, mais il ira consulter tel chirurgien de tel hôpital, et il le demande; c'est ainsi qu'on voit journellement des malades d'un arrondissement éloigné venir à un hôpital du centre et réciproquement.

Puisque, a-t-il été dit, le directeur de l'Assistance publique ne défend pas les intérêts de la population parisienne, les chirurgiens ont décidé de s'en occuper eux-mêmes et une commission a été nommée. Elle doit se rendre auprès du ministre de l'Intérieur pour lui montrer combien les nouvelles réformes hospitalières sont attentatoires à la liberté.

Clinique chirurgicale de la Pitié. — *Leçon d'ouverture du professeur Berger* : Lundi dernier, M. le professeur Berger a inauguré son nouveau service de la Pitié. Comme on le sait, il a fait construire un nouvel amphithéâtre d'opérations, qui répond à tous les besoins modernes, et un petit bâtiment qui forme une salle de vingt lits, destinée à recevoir les malades non infectés et les opérés. C'est au milieu de ses maitres et de ses élèves, dans son amphithéâtre bondé d'auditeurs, que le professeur a commencé par retracer la carrière de ses prédécesseurs dans la chaire qu'il occupe aujourd'hui; puis, dans des termes très élevés, il a exposé ses idées sur l'enseignement clinique.

Concours d'agrégation de médecine. — Le concours d'agrégation de médecine s'est terminé par les nominations suivantes : *Paris*, MM. Gilles de la Tourette, Achard, Thoinot, Widal et Wurtz. — *Bordeaux*, MM. Sabrazès et Le Dantec. — *Lyon*, MM. Collet et Boyer. — *Montpellier*, M. Bosc. — *Nancy*, MM. Charmeil et Ausset. — *Toulouse*, MM. Morel et Rispal.

Baccalauréat ès sciences restreint — Les sessions pour le baccalauréat ès-sciences restreint exclusivement réservées aux étudiants en médecine bacheliers ès-lettres ou bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), régulièrement inscrits en vue du grade d'officier de santé, sont supprimées.

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. — *Prix Dubreuilh :* Ce prix, d'une valeur de 400 fr., sera décerné en 1896 au meilleur mémoire sur la question suivante : « Parallèle entre la symphyséotomie et l'accouchement provoqué dans les bassins viciés de huit centimètres et demi à neuf centimètres et demi. »

Nomination. — *Faculté de Médecine de Toulouse* : M. Castaing est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Noguè.

Don à la Falculté de Lille. — Le Conseil de la Faculté de Médecine de Lille, dans sa dernière séance, a accepté une dotation de cent mille francs faite en une propriété à la Faculté par M. le Dr Philippart, de Roubaix.

Le revenu de cette dotation sera ultérieurement affecté, pour la plus grande partie, à des prix et à des bourses d'étude.

Un hôpital à Madagascar. — Un hôpital vient d'être créé à Tamatave. Le médecin de 1re classe Durbec, le médecin de 2e classe Guilloteau et le pharmacien de 2e classe Molinier, du corps de santé de la marine, sont désignés pour y assurer le service médical et pharmaceutique.

Le laboratoire municipal de bactériologie de Reims. — Cet établissement, qui sera accessible à tous les praticiens des départements de la Marne et des Ardennes, appartiendra à la municipalité rémoise. Il sera annexé à l'Ecole de Médecine de Reims, et on y trouvera toutes les ressources nécessaires pour les cultures et les inoculations qu'on ne peut faire à domicile. A cet effet, la Société médicale de Reims a remis à la municipalité de la ville le produit d'une souscription s'élevant à 19,000 francs, pour la création de ce *laboratoire municipal de bactériologie*.

La ville de Reims possèdera donc avant Paris un laboratoire municipal d'analyse bactériologique.

Envoi des fausses membranes par la poste. — Une circulaire récente de l'Administration des postes réglemente, de la façon suivante, l'expédition des fausses membranes par la poste. Nous n'avons pas besoin de dire qu'il faut se conformer scrupuleusement aux conditions indiquées, sous peine de voir les envois refusés, et avec raison, par les receveurs des postes, sans compter qu'on pourrait encourir d'autres responsabilités en cas de suspicion de contagion par les fausses membranes expédiees dans des conditions contraires aux règlements.

1° Le flacon contenant les membranes devra être en verre épais, fortement bouché et cacheté à la cire;

2° Il sera inséré dans une boite en métal solide après avoir été entouré d'une couche de ouate suffisamment épaisse;

3° Cette boite métallique sera, elle-même, placée dans une seconde boite en bois *parfaitement close;*

4° Chaque envoi devra porter, d'une manière très apparente, du côté de l'adresse, les mots : « fausses membranes diphtériques » ;

5° Les envois de cette nature ne pourront être adressés qu'à l'Institut Pasteur ou à des laboratoires notoirement connus.

Nécrologie. — MM. les docteurs Barbier (de Rouen); Mirabent (de Masquières); Boudin (de Simiane); Brossier (d'Evran); Charbonnier (en mission au Congo); Faucon (de Roeulx); Fauconnier (de Liège); Giraud, médecin de deuxième classe de la marine (au Tonkin); A. Henry (de Taintignies); Manès, médecin principal de la marine, en retraite; Em. Lieutaud (d'Angers); Piret (de Dinan), et P. Regnier (de Cambrai).

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 13. L'UNION MÉDICALE 30 Mars 1895.

SOMMAIRE

I. L'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant : Pathogénie et traitement.
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Académie et Sociétés savantes :
1° Académie de Médecine;
2° Société de Chirurgie;
3° Société médicale des Hôpitaux.
IV. A propos des recherches modernes sur le chimisme stomacal.
V. Échos et nouvelles.

L'Incontinence nocturne d'Urine chez l'Enfant

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT

L'incontinence nocturne des enfants est une des maladies dont la thérapeutique offre le plus de difficultés. Souvent, bien que le traitement soit rationnellement dirigé, l'énurése résiste à tous les efforts, tandis qu'on la voit parfois disparaître à la suite d'une médication empirique quelconque. Dans certains cas, enfin, l'incontinence cesse spontanément alors que médecin et malade, désespérés, avaient renoncé à tout espoir.

Le praticien doit donc s'armer de patience dans le traitement de l'énurése et, d'autre part, il doit savoir changer sa médication afin de mettre toutes les chances de son côté et de ne livrer son malade au charlatan qui le guette que lorsqu'il a réellement tout tenté.

I

L'on ne doit pas trop se hâter si l'on a à examiner un enfant atteint d'énurése, de conclure à la forme essentielle de la maladie.

L'incontinence peut, en effet, dépendre d'un certain nombre de causes facilement accessibles à un traitement chirurgical ou médical.

On devra d'abord rechercher s'il n'y a aucune malformation vésicale ou uréthrale. Chez une fille, Davenport, dans un cas récent, trouva qu'un des uretères s'ouvrait isolément au dehors; son orifice étant situé près du méat normal. Dans les cas de ce genre, l'écoulement de l'urine est continu et se fait goutte à goutte.

D'autres fois il s'agit d'un phimosis, d'adhérences préputiales avec ou sans balanite; d'après Townsend, ces lésions seraient, trente-trois fois sur cent, la cause de l'incontinence, et Oberlander a déclaré que la plupart des cas d'incontinence tenaient à un phimosis congénital. L'uréthrite, la vaginite (Katharine Miller), l'onanisme peuvent aussi entrainer l'énurése.

On pensera encore à l'existence possible de troubles de voisinage : fissure vaginale ou rectale, oxyures; on recherchera les calculs vésicaux.

D'après Hennig (1), il arrive parfois, dans certaines maladies chroniques, qu'il s'établit une constipation invincible à la suite de transpirations abondantes. La vessie se vide mal, se distend, et son évacuation ne se fait plus que goutte à goutte.

Il faut, dans le diagnostic, songer à la possibilité de l'urination par regorgement. Dans un cas de Pousson, une jeune fille de quinze ans, nettement hystérique, dépourvue de sensibilité à la distension vésicale, laissait remplir à l'extrême sa vessie et n'urinait que par regorgement.

L'incontinence par regorgement existe aussi dans les lésions de la moelle, le mal de Pott, la myélite transverse. Remak (1) a vu l'incontinence parmi les symptômes préotoxiques de l'ataxie chez trois enfants de douze, quatorze et seize ans.

L'incontinence d'urine d'origine épileptique n'a lieu que par intervalles; au moment du réveil l'enfant est très abattu, très fatigué, son facies est hébété, et parfois il y a des morsures de la langue.

Laveran (2) a admis une incontinence d'urine de nature hystérique. Son malade était hystéro-épileptique et présentait une anesthésie et une électro-anesthésie complète de la muqueuse uréthrale, du gland, du fourreau de la verge. Pour Laveran, les réflexes qui, dans les cas de ce genre, sont provoqués par la réplétion de la vessie et qui mettent en jeu le sphincter vésical, sont affaiblis, et il en résulte que ce sphincter, mal avertî, fonctionne mal pendant le sommeil. Mais Ballet a fait remarquer que l'anesthésie de la muqueuse de l'urèthre peut exister sans incontinence, et même avec de la rétention (Mathieu), et que, de plus, les anesthésies hystériques n'entravent pas les phénomènes d'ordre réflexe.

Major, Ziern, Bloch, Schmalz, O. Koerner ont insisté sur la coëxistence de l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka et de l'incontinence d'urine nocturne des enfants. Koëner (3) a guéri par l'extirpation de cette amygdale une fillette de trois ans et une jeune fille de dix-neuf ans. La guérison a été immédiate et définitive, sauf quelques rechutes sous l'influence de coryzas.

L. Dionisio (4) a publié l'observation d'une enfant de dix ans, atteinte de rhinite hypertrophique chro-

(1) *Jahrb. Kinderh*, xxiv, p. 367.

(1) *Berlin Klin. Woch*, 1885, p. 105.
(2) *Société médicale des hôpitaux*, 29 avril 1892.
(3) Koerner : *Central. Klin. Med.*, 1891, n° 23, p. 417.
(4) *Gior. delle R. Acad. di medic. di Torino*, avril 1893, p. 300.

nique, dormant la bouche ouverte et présentant des accès d'asthme, qui urinait toutes les nuits au lit. L'ablation de l'amygdale pharyngienne et des végétations adénoïdes fit cesser à la fois les troubles respiratoires et l'énurése.

Il est probable qu'un certain degré de faiblesse du sphincter vésical est nécessaire pour que les végétations adénoïdes puissent provoquer l'incontinence.

Nous ne ferons que mentionner la possibilité d'incontinence d'urine par hypertrophie de la rate due au paludisme (O. Bobulascu) (1); elle est à la fois diurne et nocturne.

Chez les enfants affaiblis, qui ne se réveillent pas spontanément, l'altération de l'urine et l'irritabilité vésicale qui en résulte provoquent parfois l'incontinence. Tel le cas de Day, cité par Guinon (2). Un enfant de neuf ans, à la suite de la rougeole, puis de la coqueluche et de la scarlatine, est atteint d'anasarque. Alors apparaît de l'incontinence diurne et nocturne. L'urine contient une grande quantité d'albumine, elle est très pâle, acide, etc. Sous l'influence du régime lacté, l'incontinence disparut d'abord le jour, puis la nuit, et l'albuminurie cessa. L'enfant resta guéri quelques mois, puis, pendant l'hiver, l'albuminurie et la fréquence des mictions reparurent.

Parfois l'incontinence dépend d'un excès d'urates (3). Sur cent cas, Townsend (4) a relevé cette cause dans deux; trois fois il y avait excès d'acidité. Pour lui, le nombre des incontinences dues à l'excès d'urates et d'acide urique, est plus grand que celui qu'indique sa statistique, en raison même de la fréquence de l'uricémie chez les enfants.

Dans la convalescence des maladies aiguës, il peut survenir une incontinence qui est surtout apparente la nuit et cède facilement à un traitement tonique; elle tient simplement à l'affaiblissement des malades.

Enfin, n'oublions pas que certains enfants sont réellement assez paresseux pour ne pas se lever quand ils ont besoin d'uriner, et que l'incontinence, dans quelques cas rares, a été simulée. Mais ne s'agit-il pas là de véritables incontinences essentielles de cause psychique?

II

Toutes ces causes d'incontinence étant éliminées, le médecin peut admettre qu'il est en présence d'un cas d'énurése essentielle.

Quelle est la pathogénie de cette dernière? C'est ce qu'il lui reste à établir, et cette recherche est loin d'avoir un intérêt purement spéculatif, car nous allons voir que l'on a proposé des théories diamétralement opposées, entraînant l'usage de médicaments d'actions contraires.

Les théories peuvent se diviser en psychiques et psychophysiologiques (Guinon).

I° J.-L. Petit a scindé les incontinences en trois groupes :

a) Incontinence des enfants paresseux pour se lever;

b) Incontinence des enfants dormant si profondément que la sensation qui précède le besoin d'uriner ne peut les réveiller;

c) Incontinence des enfants qui rêvent pisser quelque part.

Mais, fait observer Guinon, la paresse peut expliquer la persistance du trouble, mais non son apparition, et les enfants pollakiuriques qui n'ont aucune tare nerveuse ne pissent pas au lit. Tous les enfants ont le sommeil très profond, et pour Guinon le sommeil trop profond est un symptôme d'un état cérébral spécial. Enfin, si l'enfant rêve qu'il pisse, c'est au moment même où il urine; il y a perception d'un acte réel. Pour Choux, sur le travail duquel nous reviendrons plus loin, si tous les enfants sont également dormeurs, il n'y a que les pollakiuriques diurnes qui deviennent incontinents nocturnes, et ceux qui font des rêves de miction sont encore ces pollakiuriques que leurs préoccupations font rêver, la nuit, de leur vessie.

Henoch a assimilé l'incontinence nocturne par rêve de mictions à la pollution nocturne par rêves érotiques.

Après Thompson, à l'occasion d'un trouble passager des fonctions urinaires ou du système nerveux l'incontinence peut se déclarer, mais, une fois constituée, elle se continue par la force de l'habitude, après la disparition des causes qui l'ont provoquée.

Janet distingue trois formes d'incontinence : l'incontinence nocturne des épileptiques, celle par atonie du sphincter uréthral, celle de cause psychique. La contracture du sphincter par irritabilité de la portion membraneuse de l'urèthre entraîne l'incontinence. Comment cela? Janet propose la théorie suivante : les enfants qui présentent cette variété d'incontinence sont des névropathes à la fois polyuriques et pollakiuriques, urinant très souvent. Ils ont une véritable obsession urinaire qui les tourmente aussi la nuit et pendant le sommeil, ils rêvent et mêlent à leurs rêves l'envie d'uriner, de même qu'ils la mêlent à leurs jeux dans le jour. Comme Henoch, Janet compare la pollution et l'énurése nocturnes.

L'excitation sphinctérienne locale réussit dans cette variété d'incontinence, ce qui semble au pre-

(1) *Revue Mal. de l'enfance*, 1892, mai, p. 225.
(2) Thèse Paris, 1889.
(3) *The Ost J. of Great Brit.*, 1880.
(4) *Boston Med. Journal* e *Med. Mod.* 1893, 5, p. 54.

mier abord paradoxal. D'après la théorie de Janet, cette excitation agirait en déterminant une sensibilité nette au niveau de la partie membraneuse de l'urèthre, et alors les enfants seraient avertis du passage de l'urine; ils s'habitueraient alors à ne plus laisser échapper cette dernière, ne la perdraient plus inconsciemment.

Choux (1) admet aussi que la pollakiurie simple est très fréquente chez l'enfant et précède l'incontinence nocturne. C'est aussi pour lui le rêve de miction qui est la cause de l'énurése, et si l'on réveille l'enfant au moment même où il se mouille, il conserve le souvenir de son rêve. Choux ne mentionne pas la thèse de Janet, et cependant sa théorie de la variété psychique de l'incontinence est absolument la même. Il considère la profondeur du sommeil comme une circonstance adjuvante.

Il y a certainement souvent des troubles dans la formation de l'urine par le rein, car, ainsi que le fait remarquer Ollivier, on fait uriner les enfants avant qu'ils se mettent au lit, on les réveille pendant le premier sommeil, on les sonde et souvent la vessie est vide ou presque vide; — une heure ou deux plus tard le lit est trempé.

Pour Bérillon (2), l'incontinence nocturne d'urine résulte d'une éducation défectueuse et non d'un état pathologique, et le traitement moral suffirait, dans la majorité des cas, pour débarrasser les malades de leur infirmité.

2° Guinon considère la miction involontaire comme un stigmate d'hérédité nerveuse et, d'après lui, c'est encore à l'hérédité le plus souvent que l'on peut rattacher l'incontinence des garçons porteurs d'un phimosis, de ceux qui ont l'appareil amygdalien hypertrophié, de ceux qui portent une lésion congénitale du cœur (Day).

Pour que, à l'état normal la miction se produise, il faut qu'il y ait contraction de la paroi vésicale (réflexe médullaire), et que, de plus, une action inhibitive fasse relâcher le sphincter uréthral, qui est physiologiquement contracté en vertu de l'action qu'exerce le cerveau sur le centre médullaire de la miction et par un réflexe inconscient (F. Franck).

Chez l'enfant incontinent, d'après Guinon, au moment où le besoin d'uriner se fait sentir, le réflexe d'origine supérieure, qui à l'état normal fait contracter le sphincter, fait défaut, le petit malade sommeille trop profondément pour accomplir cet acte. Le réflexe médullaire existe seul et la miction a lieu. Si l'enfant se réveille avant que la tension vésicale ait atteint le degré maximum, l'incontinence manque. C'est ainsi qu'agissent la maladie aiguë qui trouble le sommeil, la suppression d'une boisson du soir qui diminue la sécrétion urinaire, la destruction d'adhérences préputiales exagèrant les réflexes médullaires.

Mais ainsi que Choux l'a fait remarquer, l'atonie du sphincter uréthral devrait, dans la théorie de Guinon, être très fréquente, sinon constante; or, Guinon lui-même conteste l'existence de cette atonie. Nous avons dit que cet auteur, à l'exemple de Trousseau du reste, avait fait jouer un grand rôle à l'hérédité nerveuse dans la pathogénie de l'incontinence; c'est aussi l'avis d'Ollivier (1) qui, sur dix-neuf enfants, trouva chez sept l'hérédité similaire, et chez douze l'hérédité par transformation.

Desault admettait que la cause prédisposante de l'incontinence était l'irritabilité excessive de la vessie; quant à la cause déterminante, il la trouvait dans la négligence à obéir à la sensation du besoin et même dans la non sensation de ce besoin.

La théorie de Trousseau, adoptée aussi par Vogel, est bien connue. Après avoir professé qu'il s'agissait d'une névrose, l'illustre clinicien finit par admettre que cette névrose était caractérisée par l'irritabilité excessive et la tonicité exagérée des fibres musculaires de la vessie. Trousseau insistait, à l'appui de sa théorie, sur la force du jet d'urine pendant la veille et sur la grande fréquence des érections pendant le sommeil (?).

S. Freud (2) a constaté que l'incontinence nocturne était fréquemment accompagnée d'une exagération du tonus musculaire des membres inférieurs. L'auteur, se basant sur ce fait, croit aussi que l'incontinence est due à un tonus exagéré de la vessie.

Trousseau admettait, du reste, qu'il existait des cas où l'on observait l'atonie du sphincter uréthral mais c'est surtout Guyon qui a fait sienne cette théorie de l'atonie.

Chez un sujet sain, le cathétérisme pratiqué avec un explorateur à boule olivaire un peu volumineuse (n° 16 à 18) subit un temps d'arrêt lorsque l'on arrive à la région membraneuse, en même temps que le patient accuse une assez vive douleur. Or, chez les malades atteints d'incontinence, le temps d'arrêt et la douleur font défaut. D'autre part la distension de la vessie par une injection n'est pas suivie de la projection violente de cette dernière; il n'y aurait donc pas d'hyperexcitabilité vésicale. Du reste, une vessie qui depuis longtemps n'est pas distendue peut réagir violemment à une injection, mais en tout cas il n'y a pas de vives douleurs.

L'atonie uréthrale peut être liée à un infantilisme des organes génitaux externes; d'autres fois, on ne

(1) *Archives de Méd.*, fév. 1893, p. 39.
(2) Congrès des Sociétés savantes, 1892.

(1) *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, 1889, 31e leçon.
(2) *Neurl. Centrbl.*, 1er nov. 1893.

trouve aucune lésion, et on est conduit à admettre une insuffisance de l'innervation causée par un trouble médullaire encore mal élucidé.

Guinon combat la théorie de l'atonie. Il a toujours remarqué que, chez les garçons, l'olive était resserrée au niveau de la partie terminale de l'urèthre. De plus, dit-il, si l'atonie du système sphinctérien était la cause vraie de l'incontinence, les filles dont l'appareil musculaire est moins développé seraient beaucoup plus disposées à présenter de l'énurése, ce qui n'est pas. Guinon oppose encore deux faits à la théorie de Guyon : les maladies fébriles qui affaiblissent l'organisme suppriment l'incontinence, — l'infirmité devrait diminuer avec l'âge, à mesure que la prostate se développe, ce qui n'est pas. Enfin, comment expliquer une atonie exclusivement nocturne ?

Parmi les élèves de Guyon qui ont admis sa théorie, plusieurs, du reste, l'ont modifiée, car voici ce que dit l'un des principaux d'entre eux : Pendant la nuit l'enfant est si profondément endormi qu'il ne sent pas l'envie d'uriner et que la volonté n'intervient pas pour faire contracter le spincter de la région membraneuse. De plus, ce sphincter est un peu affaibli et s'ouvre sous l'influence d'une faible pression. Et il ajoute : Si la belladone agit parfois, c'est en faisant contracter les fibres du sphincter; la strychnine, l'ergotine ont la même action. De même les cautérisations au nitrate d'argent qu'employait Civiale, l'usage répété de la sonde préconisé par Goulard, Baudelocque, Civiale, Thompson, agissent en irritant la muqueuse et par suite en excitant les plans musculaires sous-jacents (F. V. Guiard).

Nous avons tenu à citer presque textuellement ces quelques lignes qui montrent une fois de plus combien il est facile, avec un peu de bonne volonté, d'invoquer un grand nombre de faits en faveur d'une théorie. N'avons-nous pas vu plus haut que Janet donnait de l'action de l'électrisation uréthrale une explication toute différente ?

Nous devrions, pour être complet, étudier encore un assez grand nombre de théories. Rachford (1) croit que l'incontinence chez les enfants est une pure névrose, un symptôme plutôt qu'une maladie, qui dépend de trois facteurs : 1° centres nerveux irritables et instables; 2° anémie avec troubles nutritifs secondaires (Guersant, Dupuytren accordaient déjà une grande importance à l'atonie de l'économie); 3° excitabilité réflexe de certains centres de la moelle lombaire. Kupke (2) admet soit un affaiblissement de la sensibilité de la moelle épinière, soit une anesthésie des nerfs sensibles de la vessie. Mais nous sommes forcés de nous borner et de chercher à tirer une conclusion de cette étude. Cette conclusion, nos lecteurs l'ont déjà devinée : il n'y a pas une incontinence d'urine essentielle, mais des incontinences d'urine, et on peut admettre trois grandes variétés de cette affection : 1° l'incontinence par atonie du sphincter; 2° l'incontinence par irritabilité vésicale; 3° l'incontinence de cause psychique telle que l'a exposée Janet.

Nous sommes forcés, pour la clarté de l'exposition, de scinder nettement ces différentes catégories d'incontinence; mais, ce qu'il faut bien savoir, c'est qu'elles se développent sur un fond commun de nervosisme, que la pollakiurie, la polyurie même sont fréquentes, et que, enfin, il est certain que le facteur psychique joue un rôle important même dans les incontinences physiologiques. La tare nerveuse domine la scène, c'est d'elle que relèvent l'affaiblissement des réflexes, l'irritabilité vésicale, la paresse de la sensation, l'habitude organique fâcheuse; c'est par suite de son existence que les traitements les plus rationnels peuvent échouer.

(La fin au prochain numéro.)

(1) *Archives of Pediatries*, nov. 1893.
(2) *Allgem. Med. Central Zeit.*, 1890, n° 86.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

La santé publique en France et à l'étranger. — Les antiseptiques nouveaux.— Préparation des éponges aseptiques pour les opérations chirurgicales. — L'étuve Vaillard et Besson.

La santé publique s'est notablement améliorée depuis quinze jours. A Paris, la mortalité est revenue au chiffre normal; elle est même tombée un peu au-dessous, puisqu'on n'a enregistré que 1,162 décès pendant la onzième semaine, et que la moyenne ordinaire des semaines de mars est de 1,164. Il y en avait eu 1,205 pendant la semaine précédente, ce qui fait 2,369 pour la quinzaine au lieu de 2,626 qu'on avait enregistrés pendant les quinze jours précédents.

Cette diminution a porté exclusivement sur les maladies des voies respiratoires, qui n'ont causé pendant la quinzaine que 439 décès au lieu de 689 qui avaient eu lieu dans les quinze jours précédents. La grippe n'y entre que pour le chiffre de 63 au lieu de 79.

En province également la maladie a presque cessé, et l'émotion un peu factice que les épidémies de casernes avaient causée s'est apaisée depuis longtemps.

La situation n'est pas aussi satisfaisante à l'étranger. Les statistiques commencent à nous arriver et justifient les appréhensions que nous exprimions dans notre dernière Chronique.

L'Angleterre a surtout été sévèrement traitée par l'épidémie. A Londres, on a compté 21,637 décès dans les dix premières semaines de l'année. La mortalité hebdomadaire s'est élevée de 1,462 à 3,471, chiffre double de la moyenne ordinaire de la saison. Cet excédant est dû tout entier à la grippe. Les autres grandes villes d'Angleterre sont aussi maltraitées. A Liverpool, à Glascow, à Dublin, à Edimbourg, la mortalité a doublé.

La santé publique laisse moins à désirer en Allemagne. Toutefois Berlin a compté pendant la neuvième semaine 721 décès au lieu de 558. La mortalité baisse à Hambourg. Dans les grandes villes russes, elle dépasse encore un peu la moyenne; mais en Autriche elle est normale. Il y a lieu d'espérer que le printemps, qui semble avoir enfin pris le dessus, débarrassera l'Europe de cette queue d'épidémie.

— La désinfection est une de ces questions d'hygiène sur lesquelles il faut sans cesse revenir, parce qu'elles sont l'objet d'études constantes et qu'elles constituent un terrain mobile sur lequel il est difficile de s'asseoir définitivement.

Je ne veux pas parler de la série des antiseptiques que la chimie découvre tous les jours et que leurs inventeurs trouvent supérieurs à tous les autres; cette nomenclature serait sans intérêt; c'est bien assez d'enregistrer les travaux sérieux émanant d'auteurs compétents. Ainsi, il n'est pas possible de passer sous silence les recherches du Dr Miquel sur la désinfection des poussières sèches dans les appartements, recherches qu'il vient de consigner dans les *Annales de micrographie*. Elles ont pour résultat de réhabiliter les chlorures alcalins, qui ont eu jadis une si grande vogue, et qui, dans ces derniers temps, étaient tombés dans un véritable discrédit.

Il y a deux ans, dans ce même journal, nous disions, en nous faisant l'écho des opinions qui régnaient alors : « Le chlore a été abandonné parce que son action est incertaine, superficielle, qu'elle exige une saturation complète de l'atmosphère et l'humidité des objets à désinfecter. Il est dangereux pour le personnel par la toux qu'il provoque, pour les métaux qu'il attaque, pour les tissus qu'il décolore, et enfin il est coûteux (1). » Ces derniers inconvénients n'ont évidemment pas changé; mais il paraît que l'action du chlore n'est plus aussi incertaine et aussi superficielle qu'on le pensait jadis, car beaucoup d'hygiénistes sont revenus à son emploi, et le Dr Miquel se prononce nettement en sa faveur : « Parmi les corps soumis aux expériences et méritant une attention sérieuse, dit-il, il n'y a guère lieu de retenir que le chlore gazeux, l'acide chlorhydrique gazeux, l'aldéhyde formique, l'hypochlorite de soude et le chlorure de benzoyle. Ces deux derniers sont particulièrement indiqués dans les cas où il faut respecter un mobilier ou des étoffes fragiles. Dans la désinfection des locaux industriels, des hôpitaux, des chambres nues, le chlore, l'acide chlorhydrique gazeux, l'hypochlorite de soude peuvent être employés sans inconvénients. »

L'acide sulfureux, tombé dans le même discrédit que le chlore, vient d'être également réhabilité. M. d'Arsonval a présenté, le 16 mars, à l'Académie des Sciences, une note de M. Pictet qui signale comme jouissant de propriétés antiseptiques très puissantes, un mélange gazeux de quatre-vingt-seize parties d'acide sulfureux et de quatre d'acide carbonique. L'extrême diffusibilité de ce mélange le rend précieux, parce qu'il pénètre à travers les corps colloïdes et n'altère pas les étoffes et les papiers.

— M. Meillère, chef du laboratoire de Chimie de l'Académie de Médecine, s'est occupé de la préparation et de la conservation des éponges aseptiques destinées aux opérations chirurgicales. Le traitement qu'il leur fait subir est un peu minutieux, et sa description m'entraînerait trop loin; qu'il me suffise de dire qu'après avoir enlevé à la main les concrétions qu'elles renferment, il commence par les battre au maillet; puis il les plonge, pendant quatre heures, dans une solution d'acide chlorhydrique au centième; ensuite il les lave et les immerge dans une solution froide de permanganate de potasse; après ce bain, il les replonge dans une solution d'acide sulfureux; puis, quand tous ces antiseptiques y ont passé, il les lave dans l'eau bouillie jusqu'à ce que toute trace d'acide sulfureux ait disparu. Alors il les enferme dans un bocal contenant une solution d'acide phénique à 5 %, de bichlorure de mercure au millième ou de thymol à 1/300.

Pour utiliser les éponges qui ont servi, on les lave au savon noir, on les rince à l'eau tiède, puis on leur fait subir le traitement ci-dessus. Il est bon de les soumettre ensuite à un examen bactériologique (1).

— Pour en finir avec les nouveautés de la désinfection, il nous reste à parler de l'étuve que MM. Vaillard et Besson viennent d'imaginer et dont ils ont donné la description dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (2).

On sait l'importance que les appareils de ce genre ont acquise en hygiène pratique. L'étuve Le

(1) Jules Rochard : « La désinfection sanitaire ». *Union médicale* du 27 avril 1893, p. 602.

(1) G. Meillère : « Instruction pour préparer les éponges aseptiques propres aux opérations chirurgicales. » (*Tribune médicale*, n° du 20 mars 1895.)

(2) Vaillard et Besson. « Etuve à désinfection par circulation d'un courant de vapeur sous pression. » (*Annales de l'Institut Pasteur*, décembre 1894, p. 833.)

Blanc, adoptée en 1882 par le ministère de la Marine pour le service de nos colonies, perfectionnée en 1885 par MM. Genest et Herscher et présentée par eux le 19 août au Congrès de Nancy, cette étuve, disons-nous, remplit complètement le but que l'hygiène se propose; elle fonctionne dans tous les grands hôpitaux et donne partout les meilleurs résultats; mais elle est lourde, encombrante et coûte de huit à dix mille francs. MM. Vaillard et Besson ont voulu remédier à ce double inconvénient en imaginant un modèle d'une dimension plus réduite et d'un prix accessible aux petits hôpitaux et aux petites localités. Ils espèrent arriver à un résultat plus prompt et plus sûr en substituant à la vapeur immobile et dormante des étuves aujourd'hui en usage, la vapeur mise automatiquement en circulation.

Leur appareil ressemble un peu à une lessiveuse. Il se compose de deux cylindres qui s'emboîtent et qui reposent sur une chaudière dans laquelle s'engendre la vapeur. Celle-ci monte entre les deux parois, pénètre par en haut dans le cylindre intérieur qui renferme les objets à désinfecter, les imprègne, en chasse l'air et les gaz, puis s'échappe par un tuyau ouvert à la partie la plus déclive de l'appareil. Ce tuyau est muni d'un clapet qui se soulève dès que la vapeur atteint 110 à 112 degrés, c'est-à-dire une tension exerçant sur les parois une pression égale à 450 ou 500 grammes par centimètre carré. Un bouton en métal fusible et une autre soupape de grande sûreté assurent du reste contre les chances d'explosion.

L'appareil se chauffe rapidement; la température s'élève en quelques instants à 110 et 112 degrés; on la laisse circuler à travers les objets pendant vingt minutes, puis on lève le clapet, on enlève le couvercle et on laisse les objets exposés à l'air dans l'étuve ouverte, pour leur permettre de perdre leur dernière trace d'humidité.

Cet appareil est ingénieux; ceux qui l'on vu fonctionner déclarent qu'il réalise, de la façon la plus heureuse, tous les desiderata exprimés depuis longtemps; moi qui ne le connais que par les descriptions et les figures qui en ont été données, mais qui ai vu très souvent fonctionner les anciennes étuves, je me demande si les parois de celle de MM. Vaillard et Besson sont assez résistantes, si la fermeture est assez solide pour résister longtemps aux pressions que développe la vapeur à 112 degrés.

JULES ROCHARD.

Nomination. — *École de Médecine de Nantes :* M. le professeur Chartier est transféré dans la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. Trastour. M. le Dr Pérochaud est nommé professeur de thérapeutique, en remplacement de M. Chartier, appelé à d'autres fonctions.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1895

L'intéressante communication que font MM. LINOSSIER et ROQUE (de Lyon), sur la *glycosurie alimentaire*, tend à enlever à ce phénomène la grande importance clinique qui lui a été jusqu'ici attribuée.

Introduite en séméiologie par Cobrat, en 1875, l'épreuve de la glycosurie alimentaire a été d'abord considérée comme un moyen de diagnostiquer l'oblitération de la veine porte. Plus tard, on a cru pouvoir conclure du passage dans les urines du sucre ingéré à l'insuffisance de la cellule hépatique, détruite ou du moins profondément altérée. On a ensuite observé le phénomème à la suite d'une altération transitoire des fonctions du foie, et dans un grand nombre de maladies qui semblent laisser le foie intact. Bien plus, dans les lésions cérébrales diffuses, d'après les travaux de von Jacksch, Bloch, Strasser, la glycosurie alimentaire serait beaucoup plus fréquente que dans les affections du foie. Quelle conclusion tirer, en clinique, de l'existence ou de l'absence de ce signe?

Pour préciser sa signification, MM. Linossier et Roque ont commencé par l'étudier chez l'homme sain.

Leurs expériences ont porté sur dix-neuf sujets presque tous en état de parfaite santé, les autres atteints d'affections qui ne paraissent pas de nature à modifier les conditions d'assimilation du sucre (arthrites blennorrhagiques, sciatiques, névrite périphérique professionnelle, etc.). Les expériences ont été faites, la plupart, avec le sucre de canne, les autres avec le glucose et le lactose.

Après l'usage du sucre de canne, on peut constater soit de la saccharosurie, soit de la glycosurie. La saccharosurie, — qu'on met en évidence en traitant par la liqueur de Fehling, 5 cc d'urine portés préalablement à l'ébullition avec une goutte d'acide chlorhydrique, — existe chez tous les sujets, mais la dose qui la provoque est très variable. Avec 50 grammes de sucre ingéré, on la trouve dans 29 % des cas; aucun sujet n'a résisté à 350 grammes; il y a toujours un peu de glucose avec le saccharose.

Chez certains sujets, le glucose constitue toujours une notable fraction du sucre total éliminé (jusqu'à 83 %). Cette glycosurie, qui suit l'ingestion de petites quantités de sucre (50 à 60 grammes), s'est produite chez 16 % des sujets; elle n'a pas de cause précise, mais se montre de préférence, semble-t-il, chez les arthritiques.

Des trois sucres expérimentés, le saccharose est

celui qui passe le plus facilement dans l'urine; puis viennent le glucose et le lactose.

MM. Linossier et Roque ne reconnaissent pas l'existence d'une *limite d'assimilation* des sucres, admise par Hofmeister, limite au-dessous de laquelle tout le sucre serait assimilé, au-dessus de laquelle il déborderait de l'organisme comme l'eau déborde d'un vase plein. Mais ils admettent pour chaque personne et pour chaque sucre un *coefficient d'utilisation* individuel, croissant dans des limites restreintes avec la quantité de sucre ingéré, toujours très élevé (minimum observé pour le saccharose, 97,2 %).

Au point de vue clinique, le fait que la glycosurie alimentaire peut s'observer à la suite de l'ingestion de 100 grammes de saccharose chez 16 % des sujets sains, impose une grande réserve dans l'interprétation de ce phénomène. Il est impossible de le considérer comme l'indice d'une lésion grave de la cellule hépatique.

— Les faits de *greffe vésicale de l'uretère* pour remédier à la section de ce conduit sont encore très rares.

M. Pozzi a récemment pratiqué avec succès cet abouchement difficile. Pendant l'extirpation laborieuse d'un kyste du ligament large adhérent de tous côtés, l'uretère fut sectionné à son passage sur le bord de l'utérus. Après s'être assuré par une injection vésicale que le liquide ne pouvait passer de la vessie dans le péritoine, M. Pozzi fit à celle-ci une boutonnière au niveau de laquelle il sutura le segment supérieur de l'uretère, muqueuse à muqueuse et séreuse à séreuse.

Le succès fut complet. M. Pozzi put d'ailleurs s'en assurer dix mois après l'opération. Il fit, en effet, chez la même malade, une nouvelle laparotomie pour enlever les annexes. L'uretère greffé à la vessie était simplement un peu dilaté, ce qui était dû évidemment au reflux de l'urine quand la vessie se remplissait.

— Le mémoire de M. J. Bertillon, dont M. Lagneau vient rendre compte, intéressera vivement tous ceux qui s'occupent d'hygiène publique. M. Bertillon a eu pour objet d'étudier le *surpeuplement des logements à Paris*, et les rapports de ce surpeuplement avec la mortalité. Par logement surpeuplé, il entend ceux où le nombre de personnes est supérieur au double des pièces qui le constituent.

On sait que la mortalité et la morbidité sont, dans les différents arrondissements, en rapport direct avec la densité de la population. Mais le surpeuplement semble jouer un rôle encore plus considérable; en effet, dans certains arrondissements où la population est peu dense, parce que les constructions sont peu rapprochées; mais où les logements sont surpeuplés, la mortalité est aussi forte que dans les arrondissements à population dense. Il ne suffit que de quelques chiffres pour se convaincre de ce fait : le XXe arrondissement a 269 habitants par hectare; 227 logements sur 1,000 y sont surpeuplés : la mortalité est de 31 pour 1,000 (5 décès par tuberculose). Dans le VIIIe arrondissement la densité de la population est à peu près la même (280 par hectare), mais il n'y a que 40 logements surpeuplés sur 1,000; la mortalité n'est que de 13 pour 1,000 (1,7 par tuberculose).

ÉLECTION DE DEUX CORRESPONDANTS ÉTRANGERS
(2e division. — Chirurgie)

Première élection

Ont obtenu :

MM.	Morisani (de Naples).	48 voix.	Elu.
	Julliard (de Genève)..	16	—
	Esmarch (de Kiel)....	4	—
	Zancarol (d'Alexandrie)	1	—

Deuxième élection

MM.	Julliard	61 voix.	Elu.
	Esmarch.....	2	—
	Durante (de Rome)...	1	—
	Zancadrol	1	—
	Bulletins blancs.....	2	

LISTE DE PRÉSENTATION
POUR L'ÉLECTION D'UN CORRESPONDANT NATIONAL
(4e division. — Pharmacie)

En première ligne : M. Bleicher (de Nancy).

En deuxième ligne (*ex æquo*) : MM. Carles (de Bordeaux); Denigès (de Bordeaux); Imbert (de Montpellier); Eymard-Lacour, pharmacien militaire; Leduc (de Nantes).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Une grande partie de la dernière séance a été occupée par la discussion sur *le traitement chirurgical des contusions de l'abdomen* M. Michaux, qui a suscité cette discussion, répondra dans la prochaine séance; mais d'ores et déjà nous pouvons dire que dans sa communication il n'a voulu parler que des contusions graves, et il est partisan de la laparotomie aussi rapide que possible.

C'est d'abord M. Delorme qui prend la parole; il a eu à traiter surtout des contusions par coup de pied de cheval, et sur neuf blessés il n'est intervenu que deux fois. Les sept cas où il s'est abstenu se sont terminés par la guérison; les deux malades qu'il a laparotomisés sont morts; mais l'intervention avait été tardive, plus de vingt-quatre heures après l'accident. L'orateur met ce fait en évidence que sept fois au moins la laparotomie eût été inutile, puisque la guérison a eu lieu sans elle.

M. Quenu semble partager la même opinion. Il trouve la conduite tracée par M. Michaux un peu excessive. Il y a, en effet, de nombreuses formes de contusions, les unes légères, les autres graves, toutes dépendant de l'importance du choc et de la nature de l'objet contondant, et de plus, ajoute M. Quenu, si on relit les observations de M. Michaux, on verra qu'après tout les lésions intestinales sont assez rares. Chez beaucoup de blessés ce sont des lésions assez minimes, telles que rupture partielle du mésentère, hémorragie peu grave, etc., toutes lésions qui, chez les malades de M. Michaux, auraient pu être guéries sans laparotomie. Aussi faut-il bien examiner son malade et approcher autant que possible du diagnostic, en s'inspirant des commémoratifs de l'importance du traumatisme, du shock, du collapsus, de la douleur locale, etc.

Quant à la déchirure des voies biliaires, la conduite à tenir est des plus délicates, car, dans la grande majorité des cas, il est impossible de trouver cette déchirure, et chez un malade atteint de rupture spontanée du cholédoque, M. Quenu n'a jamais pu trouver la lésion. Aussi faut-il le plus souvent se borner à un tamponnement à la gaze iodoformée formant drainage.

C'est M. Chaput qui termine la discussion et il approuve complètement les conclusions de M. Michaux. Il n'en veut pour preuve qu'un malade qui se trouvait très bien, refusa l'intervention et mourut de péritonite. Pour sa part, M. Chaput est intervenu six fois, et il a eu cinq morts; mais il faut dire qu'il a toujours été amené à opérer trop tard, sauf chez un seul malade, qui mourut d'une hémorragie énorme due à la lésion de la veine splénique.

Il faut donc faire, comme le dit M. Michaux, une laparotomie précoce, et elle ne sera précoce que si cinq heures ne se sont pas encore écoulées depuis le moment du traumatisme.

Le shock seul peut contre-indiquer l'intervention, de même qu'un abaissement de la température qui peut tomber à 35°5, ou encore la rapidité du pouls. Dans ce cas il faudra réchauffer son malade et attendre qu'il soit en état de supporter une opération.

Pour M. Chaput, le signe douleur a une grande importance, surtout quand celle-ci est profonde ou encore généralisée à tout l'abdomen.

Quant au manuel opératoire, l'incision peut-être étroite, car les lésions sont certainement limitées. Le débridement de l'intestin est donc inutile, et l'éviscération ne devra être pratiquée que lorsque le lavage du péritoine sera jugé nécessaire. Il ne faudra pas non plus hésiter à réséquer l'intestin si celui-ci est trop altéré, car les sutures ne tiendraient pas; enfin, dans certains cas il reste une dernière ressource, qui est l'anus contre nature.

— C'est sur une observation de M. W. Binaud (de Bordeaux) que M. Quenu lit ensuite un rapport; il s'agit de *troubles de la mobilité consécutifs à une symphyséotomie*. Il existait du ballottement pelvien. Après avoir curetté les fongosités, une symphyséotomie secondaire fut jugée nécessaire; elle fut pratiquée et accompagnée d'une suture perdue au fil d'argent; le résultat fut parfait.

— M. Delagenière (du Mans) monte ensuite à la tribune pour retracer l'observation d'un malade atteint de *tuberculose chronique de la vessie*, chez lequel *il extirpa toute la muqueuse vésicale*. Cette excision put assez facilement être menée à bonne fin et la guérison fut complète. Les hématuries très abondantes cessèrent ainsi que les douleurs; malheureusement, quatre mois après, le malade mourut de tuberculose pulmonaire. MM. Routier et Reynier croient que les bons résultats ne sont que passagers et, pour leur part, ils ont vu la douleur certainement être supprimée, mais reparaître plus tard. M. Tuffier, lui aussi, a fait de nombreux curettages et de nombreuses cystotomies dans ces cas. Il a eu bien des échecs; mais aussi des succès, et seulement par le curettage ou le drainage longtemps prolongé de la cavité vésicale.

— La séance se termine par un rapport de M. Pozzi sur l'observation de M. Albarran, qui guérit par la laparotomie et la suture une femme atteinte de *plaies multiples de l'intestin et de perforation de l'utérus gravide avec procidence du cordon dans l'abdomen*. Ce fait prouve non pas la légitimité de l'opération dans ce cas, légitimité qui n'est plus discutée, mais les heureux résultats d'une intervention précoce. Il existait du tympanisme; mais s'il n'y en avait pas eu, c'est-à-dire si l'intestin n'avait pas été lésé, la plaie utérine n'en aurait pas moins existé, ce qui est un argument en faveur de la laparotomie. M. Albarran a pratiqué une entérectomie avec entérorraphie circulaire, et il a eu raison à cause du rapprochement des plaies. Pour traiter les plaies utérines, il a placé la malade dans la position de Trendelenburg, et ayant à sa disposition l'opération de Porro, l'opération césarienne ou la résection du cordon avec sutures des plaies utérines, il a adopté cette dernière conduite, et il a eu raison, car il devait aller vite : le temps étant un important facteur du succès.

M. Pozzi a fait des recherches, et il n'existe guère d'autres observations semblables dans la science. A Vienne, cependant, Eiselberg, assistant de Billroth, lui a dit que ce dernier, dans un cas de perforation utérine par tentative d'avortement, avec procidence du cordon dans le vagin, avait fait comme M. Albarran une entérectomie et la suture des plaies utérines, conduite qui a été couronnée de succès. M. Quenu

ajoute que cette malade était dans son service, et attire l'attention sur ce fait que M. Albarran avait drainé la cavité pelvienne, et à juste raison, car plus tard il y eut des fils qui furent éliminés.

EUGÈNE ROCHARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mars 1895

On emploie souvent les mots de « prédisposition morbide », de « *locus minoris resistentiæ* », sans que les faits auxquels on les applique en donnent une explication bien nette. Il n'en est pas ainsi dans le cas dont M. DU CAZAL entretient la Société. Il s'agit d'un jeune soldat qui a eu, vers deux ou trois ans, une paralysie infantile, qui lui a laissé une atrophie légère du membre inférieur gauche. A la suite d'excès alcooliques et d'un voyage assez long, par une nuit où le froid fut des plus rigoureux, ce malade a été trouvé sans connaissance dans son wagon, et transporté au Val-de-Grâce.

Les phénomènes de congestion cérébrale se sont dissipés assez vite, mais le malade a présenté à leur suite des signes de paralysie alcoolique, limités exclusivement au membre inférieur gauche, c'est-à-dire au membre qu'avait frappé la paralysie infantile. C'est là, à n'en pas douter, un exemple des plus nets de la localisation, sur un point de moindre résistance, de l'affection récente. L'intoxication aiguë a frappé les éléments nerveux en déchéance, et non les éléments sains. Ce fait est encore, à un autre point de vue, extrêmement intéressant; il semble démontrer, en effet, que la paralysie alcoolique est d'origine médullaire; car ce ne sont point, chez ce malade, les nerfs périphériques qui ont été touchés par la paralysie infantile, mais bien les cellules des cornes antérieures de la moelle, et c'est sur ces cellules que l'intoxication alcoolique semble avoir exercé son action.

— Il a été question, à plusieurs reprises, à la Société médicale, des pseudo-lipomes et de leur origine névropathique. Cette origine semble bien nette dans un fait que M. MATHIEU a récemment observé : une femme atteinte depuis deux ans de tabès manifeste, et présentant actuellement une arthropathie tabétique classique du genou droit, porte sur la cuisse droite plusieurs pseudo-lipomes. De plus, les téguments de tout le membre inférieur droit sont notamment épaissis; il y a là un certain degré de tuméfaction éléphantiasique. Dans le livre de M. Marie, et dans celui de M. Brissaud, on trouve des faits analogues d'épaississement éléphantiasique d'origine nerveuse.

M. Mathieu pense donc qu'il fait rapprocher, dans une même série pathologique, les œdèmes névropathiques, le pseudo-lipome et les troubles pseudo-éléphantiasiques, qui semblent bien avoir une origine névropathique commune.

— On sait que le bicarbonate de soude à haute dose a été préconisé, par M. Debove, dans le traitement de l'ulcère rond de l'estomac et de l'hyperchlorhydrie. M. MATHIEU a obtenu d'excellents résultats de cette méthode, en faisant prendre aux malades, dès le début des crises douloureuses, et par petites doses fréquemment répétées, le mélange suivant :

Bicarbonate de soude.....	20 grammes.
Magnésie calcinée.....	5 »

Le soulagement est ordinairement rapide et il est rare que les douleurs n'aient pas disparu dès que le tiers ou la moitié du paquet sont absorbés. La dyspepsie s'améliore bientôt, et au bout de quelque temps, les malades peuvent cesser le lait et prendre un régime alimentaire presque normal.

Mais il est un inconvénient des alcalins à haute dose qu'il faut connaître, dont il faut être averti. On peut observer, en effet, à la suite d'un tel traitement, des phénomènes d'irritation vésicale, de la cystite du col, qui, en particulier, ne serait pas rare à Vichy, et même des hématuries. Ce n'est point, d'ailleurs, le bicarbonate de soude lui-même qu'il faut incriminer, mais les alcalins en général, puisque M. Mathieu a observé des hématuries abondantes chez un malade qui prenait 4 grammes de magnésie et 6 grammes de craie préparée. L'hématurie d'origine rénale, mais sans cystite, peut aussi se produire; M. DU CAZAL, qui emploie le bicarbonate de soude à la dose quotidienne de 30 grammes dans certains cas de néphrite et de rhumatisme aigu, en a observé un fait. M. HAYEM n'a jamais vu d'accidents aussi intenses, mais il avait noté bien souvent, à la suite de l'administration des alcalins chez les anciens urhétraux, chez les prostatiques, une sorte d'ardeur urhétrale à la miction. Chez ces malades, d'ailleurs, de l'avis de M. Guyon, il ne faut user des alcalins qu'avec prudence. Ceux-ci doivent être proportionnés au degré d'acidité des urines; si les urines sont peu acides ou neutres, le traitement les alcalinise fortement et favorise ainsi le développement des divers micro-organismes que peuvent déjà contenir les voies urinaires. Tel serait, d'après M. Hayem, le mode de production des accidents signalés par M. Mathieu. Mais il est à remarquer que quelques-uns des malades de ce dernier étaient jeunes et sans passé urétral.

Quoi qu'il en soit, M. Hayem a, d'ailleurs, abandonné le bicarbonate de soude dans le traitement de l'ulcère rond et de la gastrite parenchymateuse, pour le remplacer par le sous-nitrate de bismuth à haute dose, ainsi que l'indiquent Kussmaul et Flei-

ner; cette méthode lui a donné de bien meilleurs résultats. Par contre, les malades chez lesquels M. Mathieu l'a essayée n'en ont tiré que peu de profit. La méthode de M. Debove a également donné d'excellents résultats à M. Catrin.

— Le récent travail de M. Fernet sur la nature des pleurésies séro-fibrineuses amène M. Lemoine (Val-de-Grâce) à la tribune. Trois points de la communication de M. Fernet méritent d'être mis en relief : la fréquence des cultures positives qu'il a obtenues avec le liquide pleurétique, la faible importance qu'il attribue à la tuberculose, enfin la différenciation clinique des pleurésies séro-fibrineuses correspondant à leur nature microbienne diverse.

Les recherches déjà anciennes de M. Lemoine ne l'ont pas conduit à des conclusions semblables à celles de M. Fernet.

Tout d'abord l'examen bactériologique du liquide pleurétique ne lui a permis que rarement d'y découvrir des micro-organismes, puisque sur 32 cas, 28 fois les cultures et les inoculations (répétées à plusieurs reprises à propos de chaque malade) ne donnèrent aucun résultat. Dans les 4 autres cas, le liquide séro-fibrineux renfermait du staphylocoque blanc. Sur les 28 pleurésies en apparence stériles, 16 ont été bientôt suivies d'une tuberculose évidente, 7 ont laissé des signes suspects au sommet, 5 enfin ont paru guéris d'une façon complète. Sur les 4 pleurésies à staphylocoques blancs, 1 laissa après elle un sommet douteux.

La part que M. Fernet a faite à la tuberculose n'est donc pas assez large. Il est possible qu'il soit tombé sur une série de pleurésies secondaires à des lésions pulmonaires, pneumonies, broncho-pneumonies, etc., causées par des microbes vivant habituellement dans la bouche. Le rôle de la tuberculose deviendrait bien plus évident si l'on avait d'autres moyens de déceler le bacille de Koch. Peut-être faudrait-il surtout examiner le caillot fibrineux de l'exsudat et l'inoculer aux animaux, puisque MM. Chauffard et Gombault et M. Fernet lui-même ont montré que le caillot renferme des bacilles.

Quant aux caractères chimiques que M. Fernet a assignés à chacun des types de pleurésie, M. Lemoine ne croit pas qu'ils soient constants et puissent servir à reconnaître l'origine et la nature d'un épanchement pleurétique.

— Des faits rapportés par M. Variot et par M. Hutinel dans leurs récentes communications, il convient de rapprocher ceux que MM. Debove et Brulh ont observés à l'époque où, à l'exemple de divers auteurs, ils pratiquèrent de larges injections de sérum artificiel pour réaliser ce qu'on appelait le *lavage du sang* et pour augmenter la sécrétion urinaire; les résultats thérapeutiques furent d'ailleurs à peu près nuls : mais ce que l'on observa d'une façon presque constante, ce fut une élévation de température plus ou moins sensible, atteignant son maximum huit ou dix heures après l'injection.

Il faut se hâter de dire que le sérum dont se servaient MM. Debove et Brulh (eau, 1,000; chlorure de sodium et sulfate de soude, de chaque, 5) était parfaitement stérilisé et que dans aucun cas il n'y eut d'accident local au point de l'injection.

La fièvre ne s'accompagnait pas ordinairement de phénomènes généraux.

Dans deux cas il n'y eut aucune réaction thermique; 19 fois la température s'éleva de 1°,5, 31 fois de 1°, 45 fois de 0°,5; dans un cas exceptionnel elle s'éleva de 3°. La dose de sérum injecté était ordinairement de 300 gr., mais il est à noter qu'il ne semble pas y avoir de rapport entre la quantité et la réaction thermique.

Les injections d'eau pure ne donnent pas d'élévation de la température, mais elles sont très douloureuse, à l'inverse des injections de sérum.

MM. Debove et Bruhl ont, en outre, observé cette sorte d'accoutumance qui fait que la réaction thermique s'affaiblit rapidement et disparaît à mesure qu'on répète les injections.

Enfin, sans avoir étudié l'intensité particulière de la réaction chez les tuberculeux, ils ont noté que dans le seul cas où la température atteint 40°, il s'agissait d'une femme tuberculeuse.

Chez un cachectique paludéen hypopyrétique, M. Catrin a obtenu avec une très faible quantité de sérum une réaction thermique assez intense (38°8) avec phénomènes généraux.

Tous ces faits sont d'autant plus remarquables, ainsi que le fait remarquer M. Hayem, que les grandes injections de sérum qu'il pratiquait aux cholériques n'ont jamais amené d'élévation de la température, à l'époque même où on ne prenait que peu de précautions d'asepsie.

— A la fin de cette longue et intéressante séance, M. Girode lit, au nom de M. Lalesque, d'Arcachon, une note sur un cas de régression du ganglion sus-claviculaire chez une femme améliorée d'un cancer duodénal par le chlorate de soude.

H. Richardière et Fournier.

A PROPOS DES RECHERCHES MODERNES

SUR LE CHIMISME STOMACAL

On a publié dans ces dernières années une quantité considérable de travaux sur la digestion stomacale et ses troubles. De notables progrès ont été réalisés dans la connaissance de la digestion normale; une science nouvelle a pour ainsi dire pris

naissance, celle du chimisme stomacal, et tout le monde s'accorde à reconnaître que, dans la plupart des cas, les dyspepsies sont des opérations chimiques défectueuses, selon une formule célèbre du professeur G. Sée.

Dans ces travaux, on a accordé une valeur prépondérante à l'acide chlorhydrique stomacal. On savait bien que la pepsine joue le rôle principal dans la digestion, mais on a vu, d'un autre côté, que cette pepsine reste à peu près inerte lorsque l'acide chlorhydrique stomacal fait défaut. On a été même plus loin et l'on a été jusqu'à dire que la pepsine est inutile si l'acide chlorhydrique existe et que ce dernier suffit seul à la digestion. C'est évidemment là une exagération fâcheuse. Il n'est pas besoin d'être grand physiologiste pour soutenir que tous les éléments du suc gastrique sont nécessaires à la digestion. Aussi depuis longtemps a-t-on cherché à introduire artificiellement la pepsine dans les cas où les symptômes pouvaient faire supposer son absence dans le suc gastrique.

Sans contester la valeur de l'acide chlorhydrique dans les phénomènes de la digestion, on commence à revenir sur la nécessité de l'intervention des ferments, et l'on peut dire que nombre de praticiens n'ont jamais cessé d'avoir recours, le cas échéant, à la pepsine. Cependant il suffit d'en avoir prescrit quelquefois pour recevoir les doléances des malades qui souvent se refusent à accepter un médicament dont l'odeur est loin d'être agréable et l'action si peu régulière. Pour nous, nous avons renoncé à son usage pour employer à peu près exclusivement la pepsine végétale, c'est-à-dire la papaïne, dont les avantages ne sont pas assez connus.

On sait que le papayer (*Carica papaya*), de la famille des cucurbitacées, fournit un suc laiteux chargé d'une grande quantité d'albumine et de fibrine. Wurtz obtint la papaïne soluble dans l'eau et reconnut en elle un ferment dont l'action était identique à celle de la pepsine animale.

Wurtz fit de nombreuses expériences pour déterminer l'énergie du pouvoir digestif de la papaïne et fixer son mode d'action. A la température du corps la papaïne digère l'albumine : soumise pendant cinq minutes à son action, la viande prend un aspect gélatineux dû à un commencement de digestion ; si on laisse l'action se prolonger, la digestion continue et devient parfaite en moins de deux heures. L'albumine de l'œuf, le gluten, les graines des légumineuses, après macération dans l'eau, sont digérés rapidement en quelques heures. Le lait est rapidement coagulé, puis la caséine précipitée se redissout de nouveau, tout comme dans la digestion ordinaire, sous l'influence de la pepsine.

La papaïne a même sur la pepsine animale l'avantage d'agir en solution neutre et faiblement alcaline et d'être difficilement corruptible. Or, on sait que la pepsine exige, pour exercer son action dissolvante sur les albuminoïdes, l'intervention de l'acide chlorhydrique.

D'après Wurtz, la papaïne peut dissoudre jusqu'à mille fois son poids de fibrine. C'est en effet sur celle-ci que ce ferment commence par se fixer, en même temps qu'interviennent des phénomènes d'hydratation. La fibrine est transformée en peptone non précipitable par l'acide nitrique, comme cela a lieu dans les digestions gastriques : donc la digestion est parfaite.

Les applications thérapeutiques ont suivi ces expériences physiologiques. Les premiers essais cliniques ont confirmé en tout point ce que la physiologie laissait entrevoir. Il y a longtemps déjà que les médecins ont été à même de contrôler l'action catalytique de la papaïne sur les matières albuminoïdes, et son emploi s'est bien vite généralisé. Elle réveille l'appétit défaillant, supprime toute répulsion pour les aliments, qui se trouvent digérés, quelle que soit la nature chimique du milieu. Dès lors, il devient inutile de prescrire cet acide chlorhydrique dont on a quelque peu abusé ces derniers temps. La pepsine, en effet, n'agit qu'à hautes doses et avec la participation de l'acide chlorhydrique ; la papaïne, au contraire, réussit à faibles doses et son action est plus constante que celle de la pepsine, dont la composition varie selon le mode de préparation employé et les substances qu'on lui associe.

En outre, comme l'ont fait remarquer divers auteurs, l'organisme n'a pas pour la papaïne cette assuétude qui rompt tout pouvoir médicamenteux ; la digestion n'en est que plus parfaite et ne fait que se rapprocher davantage de l'eupepsie physiologique. Rien d'étonnant, après cela, que l'usage de la papaïne supprime les vomissements et les vertiges gastralgiqnes, guérisse l'atonie intestinale, supprime les flatulences. Son action s'étend en effet sur toutes les dyspepsies gastro-entériques. On retire aussi les meilleurs avantages de l'emploi de la papaïne dans les troubles gastro-entériques chez les enfants. D'autres l'emploient dans les troubles dyspeptiques et dans les affections gastro-intestinales des enfants, dans l'athrepsie, la lienterie, ainsi que dans le choléra infantile. Dans la dyspepsie simple, chez les enfants, les vomissements s'arrêtent très rapidement.

Chez l'adulte, la papaïne se trouve indiquée dans tous les états dyspeptiques primitifs ou secondaires dans lesquels les éléments essentiels du suc gastrique font défaut ou bien se trouvent en quantité insuffisante, notamment dans les gastrites, gastralgies, digestions lourdes et difficiles, dyspepsies, entérites, etc., etc.

Ajoutons que la papaïne bien préparée est admirablement supportée et fait sentir son action bienfaisante sur la digestion par la disparition des troubles pénibles qui accompagnent la dyspepsie.

C'est pour cela qu'un grand nombre de médecins préfèrent la papaïne, comme le *meilleur ferment* digestif, le peptogène selon Corvisart. Sa puissance digestive fait, en outre, de la papaïne un véritable élément de force, très utile contre les maladies débilitantes, les convalescences, la phtisie, le rachitisme, etc.

Pour terminer cette rapide esquisse, je crois devoir rappeler à nos lecteurs que les préparations à la papaïne ont été plus que spécialisées, mais véritablement *monopolisées* par M. Trouette-Perret, pharmacien. Le *sirop* de papaïne Trouette-Perret, destiné de préférence aux enfants, à la dose d'une cuillerée à café après chaque repas, est très agréable et ne possède aucune action offensive ni irritante sur les estomacs les plus délicats. L'*élixir* de papaïne Trouette-Perret, destiné aux adultes, à la dose d'un verre à liqueur après chaque repas, est à base de liqueur anisée, très agréable, et possède une puissante action curative dans la plupart des formes de dyspepsies. Le vin ou les cachets conviennent à ceux qui ne peuvent prendre ni le sirop ni l'élixir ci-dessus. Ces préparations, que nous signalons à l'attention de tous les praticiens, sont toujours exactement dosées. En recommandant ces produits, je n'entends point déprécier les produits de l'officine : mais (ainsi que l'a très bien dit l'un de nos distingués confrères), « la spécialisation pharmaceutique s'impose absolument pour tout produit qui nécessite un outillage industriel spécial, et la papaïne est dans ce cas ».

Dr E. Lasniée.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Réforme du concours de l'internat. — La commission chargée d'étudier les différentes réformes proposées pour le concours de l'internat s'est arrêtée au projet suivant : Rien n'est changé dans la forme des épreuves, si ce n'est que la question d'anatomie sera traitée par écrit, sur un cahier spécial, et la question de pathologie de même. Deux heures sont données pour faire ces deux copies. Le jury, composé de dix membres, se divise en deux parties par le sort, de façon à former deux jurys composés de deux médecins, de deux chirurgiens et d'un accoucheur. Un jury jugera exclusivement l'anatomie et l'autre la pathologie. Après la lecture de chacune des copies par le candidat, une note lui sera donnée, dont le maximum sera 15.

Pour l'épreuve orale, les deux jurys se réuniront, formant ainsi un jury imposant de dix membres.

Concours du Bureau central (médecine). — Un nouveau concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le vendredi 26 avril 1895, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats, ouvert le lundi 25 mars 1895, sera clos définitivement le lundi 8 avril, à trois heures.

— Ont été déclarés admissibles à la dernière épreuve du concours du Bureau central (médecine) :

MM. Barbier, Bruhl, Capitan, Charrier, Courtois-Suffit, Dalché, Dubief, Dupré, Enriquez, Gallois, Guinon, de Gennes, Hudelo, Jacquet, Janselme, Klippel, Lannois, Legry, Lenoir, Lyon (G.), Renon, de Saint-Germain, Soupault, Souques, Thiroloix, Tissier, Toupet, Triboulet, Vaquez et Wurtz.

Concours d'agrégation (chirurgie). — Les questions de trois quarts d'heure données jusqu'ici sont les suivantes : 1° Plaies du larynx et de la trachée; 2° Fibrome de la paroi abdominane; 3° Epilepsie traumatique; 4° Luxation congénitale de la hanche; 5° Prolapsus du rectum; 6° Abcès de la mamelle; 7° Corps étrangers de la vessie; 8° Corps étrangers de l'oreille; 9° Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie; 10° Arthrite blennorrhagique; 11° Exostoses de croissance; 12° Spina bifida; 13° Kystes du corps thyroïde; 14° Des froidures; 15° Hernies de la ligne blanche; 16° Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse.

Nominations. — *Faculté de Médecine de Lyon* : M. le Dr Durand est institué chef de clinique chirurgicale en remplacement de M. Nové-Josserand, démissionnaire.

Faculté de Médecine de Montpellier : M. le professeur Carrieu est nommé assesseur du doyen de la Faculté.

École de Médecine d'Alger : M. le Dr Moreau est nommé professeur d'hygiène et médecine légale, en remplacement de M. Lézarie, décédé.

Le Conseil municipal de Paris et les polycliniques. — Le Conseil municipal de Paris a rejeté la subvention demandée par la polyclinique de l'Hôpital international. La mesure est bonne. Ces allocations gracieuses en faveur d'institutions privées ne s'expliquent guère quand on connaît l'indigence des maisons de secours, des bureaux de bienfaisance et de nombreux services hospitaliers en instruments et matériel nécessaires pour les consultations et les malades. M. P. Boudin a demandé au Conseil, sur la proposition du comité du budget, que « la 5e commission présente, à la prochaine session, un rapport d'ensemble sur les polycliniques ».

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. L'incontinence nocturne d'urine chez l'enfant : Pathogénie et traitement. (*Suite et fin.*)
II. Feuilleton.
III. Revue de la Presse médicale russe.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.
V. Échos et nouvelles.

L'Incontinence nocturne d'Urine chez l'Enfant

SUITE ET FIN (1)

III

Un nombre considérable de traitements ont été dirigés contre l'incontinence essentielle. Mais le détail de beaucoup de ces pratiques empiriques « ne serait à sa place que dans un catalogue des aberrations humaines » (Ollivier), aussi n'exposerons-nous que les traitements réellement utiles, que ceux qui permettent d'espérer le succès.

1° *Traitement mécanique.* — Guinon qualifie les compresseurs, les obturateurs, de moyens brutaux et inutiles.

J. Powers a conseillé d'obturer avec du collodion l'orifice préputial. S'il ne se passe rien d'anormal, on trouve le matin le prépuce distendu par une petite quantité d'urine. Si l'enfant se réveille la nuit avec le besoin d'uriner, il lui est facile d'enlever avec le doigt la petite couche de collodion. D'après Powers on pourrait parfois, à l'aide de ce moyen, obtenir en quinze jours la suppression complète de l'incontinence.

Le Gendre et Broca considèrent l'application du collodion et d'autres moyens mécaniques tels que la poire élastique introduite dans le rectum ou le vagin, la ligature de la verge, comme inutiles et dangereux.

Pour Van Tienhoven (1), l'incontinence nocturne est due à l'insuffisance du sphincter vésical; l'urine coule alors dans la partie supérieure de l'urèthre, d'où elle est expulsée par action réflexe.

Conséquent avec sa théorie, Van Tienhoven conseille d'empêcher l'urine de descendre dans l'urèthre en relevant le pied du lit; il a obtenu quatorze guérisons par ce moyen simple, en ayant soin, en même temps, de ne pas faire boire l'enfant et de lui faire vider sa vessie avant de se coucher. Il y eut une seule récidive.

2° *Traitement hygiénique.* — On doit rationner les liquides, ne donner au repas du soir qu'un verre de boisson, ne pas laisser l'enfant boire dans la soirée, Le Gendre et Broca considèrent l'hydrothérapie comme la base du traitement : bains de siège froids et douches périnéales, lotions froides, douches en colonne horizontale.

Pendant la nuit, on réveillera souvent l'enfant, si faire se peut. Le plus pratique est de le réveiller une ou deux fois seulement, en interrompant le sommeil d'abord à une heure rapprochée de celle du coucher, puis de plus en plus tard. On a parfois

(1) Voir le numéro précédent.

(1) *Wiener Méd. Presse*, 1890, n° 34.

FEUILLETON

Sur la psycholologie de la mort.

Le sensualisme philosophique de Locke, tel qu'il se définit si bien par la célèbre formule : *Nihil est in intellectu quod non priùs fuerit in sensu*, n'a jamais eu, en psychologie, de plus brillante fortune qu'à l'époque actuelle. C'est que jamais il ne s'était appuyé sur des bases expérimentales comme il le fait aujourd'hui. Le vaste champ de la pathologie mentale qu'on commence à peine à défricher, terre nouvelle et fertile où les travailleurs accourent à l'envi, où se rencontrent les chercheurs venus de tous les points de l'horizon scientifique : médecins, légistes et philosophes, fournit chaque jour des moissons de faits d'où les méthodes précises, exactes, de la science moderne, savent tirer des conclusions, en partie déjà presque inattaquables. Il serait bien difficile, en effet, de réfuter *a priori* le rôle idéo-formateur du sentiment tel quel l'exposent, entre autres, deux livres récemment parus : *Le Sentiment et la Pensée*, par M. A. Godfernaux, et *Les États intellectuels dans la Mélancolie*, par M. G. Eumas.

La théorie d'après laquelle toute idéation a pour point de départ les sentiments (dont les perceptions sensorielles ne sont pour ainsi dire qu'un accident) est déjà presque admise comme démontrée. Elle a franchi, en tous cas, les bornes du livre; on en est à ne plus la défendre, trouvant qu'elle n'en a plus besoin : la voici devenue d'emblée point de départ, point d'appui d'autres discussions et d'autres raisonnements.

C'est ainsi que M G. Ferrero s'en servait hier encore dans une étude d'un vif intérêt, sur un sujet de pur platonisme spéculatif intitulé : *La crainte de la mort.*

Si la fâcheuse nécessité où tous les hommes savent absolument qu'ils sont de payer un jour leur tribut à la vieille faucheuse ne les émeut pas plus qu'elle ne le fait, ne se présente même à leurs yeux que d'une façon en quelque sorte exceptionnelle et occasionnellement, c'est que dans l'état de santé, pendant les périodes de développement, d'accroissement et de bon fonctionnement de l'organisme, rien ne se produit en nous qui soit de nature

essayé une sorte d'éducation du sphincter en conseillant à l'incontinent de retenir le plus longtemps possible ses urines pendant le jour.

Les toniques sont indiqués chez les anémiques. En fait, le traitement hygiénique n'est qu'un adjuvant.

3° *Traitement moral.* — Le Gendre et Broca, qui admettent que l'incontinence d'urine essentielle est une psychopathie urinaire, recommandent un traitement suggestif et psychique. On ne doit pas punir les enfants, ce qui n'aurait comme effet que d'augmenter leurs préoccupations mictionnelles, mais leur rendre la confiance en eux-mêmes en leur procurant quelques nuits sèches. Pour cela, il faut tâcher de rendre le sommeil plus léger, en donnant le soir à l'enfant un peu de thé ou de café, et en le faisant coucher sur un lit dur; d'autre part on doit, comme nous l'avons déjà dit, le réveiller de temps en temps pour le faire uriner. L'habitude du réveil au moment voulu vient ensuite d'elle-même.

Liébault (1) a appliqué à soixante-dix-sept enfants âgés de trois à dix-huit ans et atteints d'incontinence, la méthode de la suggestion hypnotique. Il a eu vingt-trois guérisons après une ou deux séances (non suivies), dix par traitement prolongé. Plus les malades sont avancés en âge, plus il y aurait de chance de guérison. On commence d'abord par éduquer le sujet, par lui suggérer des ordres simples, puis, lorsque l'éducation est suffisante, on ordonne au malade de se lever à heure fixe pour uriner, et on recule peu à peu l'heure, en défendant à l'enfant d'uriner au lit.

4° *Traitement médicamenteux.* — On a prescrit une grande quantité de substances médicamenteuses. Nous ne citerons que celles qui peuvent être réellement utiles.

(1) Congrès de Nancy, 1866.

Trousseau ordonnait la belladone aux malades chez lesquels il admettait l'irritabilité vésicale. Il commençait par donner une pilule de 1 centigr. d'extrait de belladone le soir, au moment du coucher, pendant plusieurs jours; puis sans se laisser arrêter par la cessation ou la persistance de la maladie, il augmentait progressivement les doses du médicament qu'il poussait jusqu'à 6, 10, 20 centigr. même et cela pendant un mois ou deux, quand bien même la guérison était obtenue (Picard).

Trousseau a aussi employé l'atropine. Eibe (1) a obtenu de très bons résultats avec cette dernière. Sur quatre-vingt-sept enfants traités, il y eut 64, 8 % de guérisons, 23 % d'améliorations et 12, 2 % d'échecs. Les filles donnèrent plus de guérisons que les garçons. Les résultats sont d'autant plus favorables que l'âge est plus élevé. Dosage : 0 gr. 00025 à 0 gr. 0005 à des enfants de trois à quatre ans; jusqu'à 0 gr. 0015 entre sept et huit ans; au-dessus de huit ans, il ne faut jamais dépasser 0 gr. 002 en vingt-quatre heures. Mode d'administration : une seule fois avant de se coucher (incontinence nocturne seule). Le traitement, qui n'entraîne pas d'autre phénomène secondaire fâcheux que de la diarrhée, doit être continué un mois après la disparition de l'incontinence Owen (2) a aussi recommandé le sulfate d'atropine, employé à doses suffisantes, pour dilater la pupille pendant la nuit. Si l'on se sert d'une solution de 65 milligr. de ce sel dans 30 gr. d'eau, on peut en donner plusieurs fois dans l'après-midi, à intervalles d'une heure, autant de gouttes que l'enfant a d'années; la dose exacte est déterminée par l'action sur la pupille.

Guinon, dans sa thèse, a exposé complètement le

(1) *Centrbl. fur schweiz. Aertze*, 1891, 6.
(2) Soc. de Méd. de Londres, 3 fév. 1890.

à provoquer l'apparition de l'idée de la mort, ni à en prolonger l'impression d'une manière quelque peu durable. De même la mélancolie ne voit se réveiller en lui la notion de temps qu'à propos d'un regard machinalement jeté sur une horloge, ou bien la vibration du timbre sonnant les heures.

C'est une thèse qui peut se soutenir, mais à la défense de laquelle on risquerait vite de tomber dans l'exagération, et M. Ferrero lui-même m'en est une preuve quand il avance, pour des raisons du même ordre, que les sentiments de pitié et de compassion ne sauraient guère se rencontrer chez les gens robustes, sains et vigoureux. La charité et la philanthropie devraient donc être des vertus exclusives de toute richesse, de tout bien-être même, et réservées aux seuls miséreux? On est vite arrêté dans cette voie, comme toutes les fois qu'on procède sans assez de prudence à des généralisations très étendues et très hâtives.

Les faits eux-mêmes se chargent d'apporter une grave objection à la théorie. Car si la genèse de l'idée de la mort était véritablement liée à des états organiques défectueux, il est toute une classe d'hommes à l'esprit desquels elle serait incessamment présente. Tous ceux, combien nombreux! qu'étreint une affection chronique, devraient en subir l'incessante obcession. L'expérience est là pour prouver qu'il n'en est pas ainsi. Est-ce que la merveilleuse insouciance des phtisiques n'est pas un universel démenti à la doctrine dont il s'agit, et n'apparait-elle pas comme une sorte de compensation providentielle qui les garde contre la désespérance dont leur entourage seul supporte les angoisses?

Je sais bien que les contradictions ne sont pas pour arrêter le développement des théories. On a vite fait de leur trouver quelque explication qui en atténue la portée, si même elle ne les détruit. Dans ce cas particulier, par exemple, on ne paraît pas trop franchir les bornes du vraisemblable en établissant une espèce de rapprochement lointain entre cette discordance de l'état organique avec la mentalité, d'une part, et certains délires, de l'autre. Or, les aliénistes n'ont-ils pas établi et exprimé sous forme de loi que la tendance des délires est d'être contraire à la vérité.

Je ne voudrais accuser personne de plagiat et, du reste,

traitement par les préparations strychnées d'après Trousseau et Picard. On peut employer le sirop de strychnine (5 centigr. pour 100 grammes de sirop de sucre, ce qui donne à peu près vingt cuillerées à café de potion), chaque cuillerée à café contient à peu près 1 milligr. 1/2, chaque cuillerée à dessert 5 milligr. et chaque cuillerée à bouche 1 centigr. de sulfate.

On donnera deux cuillerées à café, une le matin, une le soir, pendant deux jours aux enfants de cinq à dix ans.

Après deux jours de repos, si cette dose est bien supportée, on donnera trois cuillerées à café par jour aux mêmes enfants, pendant une nouvelle période de deux jours. Cette gradation sera continuée, toujours avec des intervalles de deux jours, de façon à arriver à 6 cuillerées par jour, convenablement espacées.

Cette dose atteinte, on substitue une cuillerée à dessert à une cuillerée à café et, en suivant les mêmes règles, on arrive à six cuillerées à dessert (60 gr. de sirop, 3 centigr. de sulfate de strychnine). Enfin on remplace une cuillerée à dessert par une cuillerée à bouche, en augmentant de même de manière à donner jusqu'à 180 gr. de sirop, c'est à-dire jusqu'à 6 centigr. de sulfate de strychnine. Au-dessus de dix ans, on commence par la cuillerée à dessert et on arrive de la même manière jusqu'à 200 gr. de sirop, c'est-à-dire 10 centigr. de principe actif.

On a associé la belladone et le salicylate de soude (Blakewhite), la belladone et la strychnine. Ces deux dernières substances ont été introduites dans la composition de pilules renfermant en même temps de l'ergot et du fer. Swaney vante l'action des fortes doses d'ergot.

Beaucoup de médecins ont obtenu des succès avec ces médications, mais, ainsi que le fait remarquer Ollivier, elles sont infidèles et souvent, si l'on prend deux cas d'apparence identique, chez l'un c'est la belladone qui réussira, chez l'autre on n'obtiendra absolument rien ou l'on sera forcé de s'arrêter devant des phénomènes d'intolérance.

Perret et Devic (1), qui admettent qu'il y a spasme du sphincter, ont prescrit l'antipyrine. Parmi les quatre observations publiées, il faut citer celle d'un enfant de quatre ans et demi, traité sans succès par la belladone et les bromures, auquel on fit prendre, pendant une semaine, 1 gr. 50 d'antipyrine en deux doses (6 h. et 9 h. du soir). Pendant la durée du traitement, l'enfant n'urina pas une seule fois au lit, mais l'incontinence se manifesta de nouveau, avec une intensité moindre, quand on eut suspendu la médication. On recommença et la guérison fut obtenue. Chez deux autres enfants, âgés de onze et de douze ans, on administra pendant trois jours 2 gr. et pendant six jours 3 gr. d'antipyrine.

Le travail de Bouisson est confirmatif.

Gaudez, dans sa thèse inaugurale, a réuni des observations montrant aussi les bons effets de l'antipyrine. Sur vingt-neuf malades, il y a eu quatorze guérisons, douze améliorations, trois résultats nuls. On doit administrer l'antipyrine par la voie stomacale, soit en poudre, soit sous forme de cachets de 0,50 à 1 gr., soit en solution dans une eau alcaline. On prescrit de 1 gr. 50 à 4 gr., selon l'âge des enfants, en plusieurs doses. Il est bon de fractionner en autant de doses qu'il y a de grammes. L'heure de l'administration a une grande importance. Si un enfant prend, par exemple, 2 gr. d'antipyrine en deux doses, l'une à six heures et la seconde à huit

(1) *Province méd.*, nos 23 et 26, 1889.

---

cette loi curieuse ne portant pas de nom d'auteur, son anonymat exclut toute idée d'usurpation de titres. Mais n'est-il pas vrai que si l'on voulait jamais faire à son sujet une réclamation de priorité en faveur de quelqu'un, c'est à M. de la Palisse qu'il faudrait probablement en faire remonter le mérite.

Quoi qu'il en soit des raisons pour lesquelles l'idée de la mort est ou n'est pas présente à notre esprit et n'y détermine habituellement aucune angoisse, il existe néanmoins telles circonstances où l'imminence du danger de mourir est telle qu'il est impossible que l'idée n'en naisse pas impérieuse et saisissante.

Le changement complet d'aspect du problème, envisagé sous ce nouveau jour, n'enlève rien à son puissant attrait de curiosité, au contraire; mais il ne paraît guère plus facile à résoudre. Peut-être comporte-t-il presque autant de solutions que de cas particuliers. La mort violente, imprévue; la mort voulue, comme celle des suicidés et des fanatiques; la mort simplement acceptée, comme celle des militaires tués à l'ennemi, la mort contre laquelle on résiste et on lutte, voilà autant de grands groupes susceptibles de subdivisions nombreuses, infinies, dont chacune comporte, sans doute, une solution différente.

Mais où et comment en recueillir les éléments?

La mort violente, imprévue, est presque la seule qui ait son dossier de renseignements exacts — et encore jusqu'à quel point! Quelques personnes échappées, contre toute attente, à des périls extrêmes ont seules fourni ce que nous savons à ce sujet. Ni Livingstone, secoué par un lion comme une souris par un chat, ni Whimper, lors d'une chute dans un précipice effroyable, ni Bonbonnel, à demi dévoré par une panthère, n'eurent bien vive ni bien douloureuse l'impression de la mort toute prochaine. Et cela n'est pas inexplicable : inhibition subite et complète de tout acte intellectuel; persistance et prépondérance des actes instinctifs de défense.

Un noyé par accident, que j'eus toutes les peines du monde à rappeler à la vie, m'affirma ensuite qu'il avait conservé sous l'eau toute sa connaissance pendant un temps très appréciable. Il se souvenait fort bien avoir pensé, pendant ces instants, à une infinité de choses. Une incroyable quantité d'images, motivées par le sentiment parfaitement,

heures, il n'urinera pas dans la première moitié de la nuit, mais vers cinq heures du matin. Si on donne le médicament à neuf heures et à onze heures du soir, on arrivera à supprimer l'incontinence. Parfois la guérison est obtenue dès la première dose d'antipyrine; il faut cependant toujours en prolonger l'usage au moins quinze jours.

Le rhus aromaticus a été d'abord expérimenté en Belgique. A Bruxelles, Max s'est servi d'une teinture préparée par macération, avec 200 gr. d'écorce de rhus et 800 gr. d'alcool; il donne par jour vingt à cinquante gouttes de cette teinture : neuf succès sur onze cas. Sur trente-trois cas, Burweasch a eu onze résultats très bons, dix moins bons, douze très peu marqués.

Guinon n'a constaté que des effets peu nets, et Legrain n'a pas réussi. Sur six cas, Desoizilles a noté trois échecs, deux améliorations suivies de rechutes, un succès.

De Saint-Philippe (1) s'est servi d'une alcoolature de feuilles sèches, préparée avec une partie de fenilles et cinq parties d'alcool à 21° Cartier (faire macérer pendant quinze jours, passer avec expression et filtrer). On peut aussi se servir de feuilles fraîches.

Notre confrère Bordelais donne, pour débuter, cinq gouttes, matin et soir, dans de l'eau sucrée, aux enfants de deux à six ans, et il va jusqu'à quarante gouttes, dans les cas rebelles et chez les enfants de plus de six ans.

Deux fois seulement il a observé un peu de dyspepsie, quelques nausées et des étourdissements qui ont forcé de suspendre la médication pendant quelque temps.

L'effet favorable se fait d'habitude sentir assez vite; s'il est nul au bout de trois semaines, on doit renoncer au traitement.

Chez un certain nombre de malades, les mictions involontaires cessent tant qu'ils prennent la teinture, mais elles reparaissent, quoique moins fréquentes, dès que l'on en suspend l'administration.

Sur quinze cas graves, de Saint-Philippe a eu cinq guérisons totales, six améliorations, quatre échecs. Max a obtenu neuf guérisons sur onze malades, Burvenich onze sur vingt-trois.

L'administration du rhus aromaticus est absolument empirique.

Dans le cas où l'incontinence semblait due à un excès de sensibilité de la muqueuse, d'Espire et Pirot se sont bien trouvés du chloral, administré dans la soirée, à la dose de 0,30 à 1 gr., suivant l'âge.

Eibe, après d'autres, a donné le bromure de potassium (1 gr. à des enfants au-dessous de six ans et jusqu'à 2 gr. en vingt-quatre heures au-dessus) à treize enfants. Résultats : trois guérisons, quatre améliorations, sept échecs. Durée du traitement : un à deux mois.

5° *Traitement électrique.* — L'électricité a été appliquée de diverses manières au traitement de l'incontinence. Weber et Mauduit, voulant irriter la moelle, tiraient, à l'aide d'une machine à électricité statique, des étincelles tout le long de la colonne vertébrale. Grapengeisser, Onimus et Legros, Ultzmann ont employé les courants continus. D'autres ont eu recours à des courants faradiques. Mais toujours on n'agissait qu'indirectement sur la moelle, la vessie ou le sphincter.

Guyon, le premier, porta l'excitation directement sur les fibres sphinctériennes. Il se sert d'un petit instrument constitué essentiellement par une tige

(1) *J. de Méd. de Bord.*, 1892, 14 août, p. 389.

---

net de sa situation, s'étaient succédées dans son esprit; mais il n'avait éprouvé ni douleur physique ni angoisse morale d'aucune sorte.

J'ai connu un lieutenant-colonel d'infanterie de marine, homme d'une rare vigueur musculaire, qui était tombé à la mer de la dunette d'un transport de Cochinchine. C'était heureusement un nageur de première force, car on mit près de deux heures à le recueillir. Il était exténué quand on le ramena à bord, mais il m'a assuré qu'il n'avait pas eu un instant la peur de mourir.

D'autre part, on m'a raconté l'histoire d'un vieux gabier à qui le même accident arriva dans des circonstances de temps et de mer qui ne permirent pas d'essayer le sauvetage. Cependant on avait mis en panne et, du navire qui ne s'éloignait que lentement à la dérive; on put le voir, pendant un temps qui parut un siècle, nager de toute son énergie. Puis il ôta son bérêt de matelot, le lança vers le bâtiment comme par un geste de dépit navrant et coula ou se laissa couler. Celui-là souffrit-il ?

De tous les aspects de la mort, le plus fréquent est celui où elle se présente comme le terme plus ou moins éloigné des maladies. Dans la plupart des drames pathologiques dont elle doit être le dénouement il y a, de toute évidence, un instant où le patient a non seulement l'idée mais la certitude absolue qu'il va mourir. Est il plus facile de se rendre compte, dans ces circonstances, des impressions que l'irrémédiable moment fait éprouver au moribond? Je ne le crois pas; et ici comme ailleurs, aucune formule générale ne répondrait à la réalité des faits.

M. G. Ferrero a pensé que les médecins pourraient utilement contribuer à élucider la question, et il fait appel dans ce but à nos observations. Je crains qu'il ne soit déçu dans son espoir. Si paradoxal que ceci puisse paraître au public, il est certain que nous ne voyons pas mourir beaucoup d'hommes. Rarement nous assistons aux derniers soupirs de nos malades, et il suffit de réfléchir un peu pour en trouver les raisons. De plus, quand nous les visitons pendant les dernières périodes de leurs maladies, nous avons de toutes autres préoccupations que de faire une enquête psychologique, et c'est aussi un ordre d'idées bien différent de celui-là que notre présence éveille chez le patient et parmi son entourage. Nous sommes donc mal

flexible formée d'un faisceau de fils métalliques fins recouverts d'une enveloppe isolante. Ces fils aboutissent d'une part à une armature où l'on ajuste des boules de différents diamètres, et, d'autre part, à une armature à crochet par laquelle s'établit la communication avec la pile. La boule métallique est introduite presque dans la vessie, puis retirée de la quantité nécessaire pour amener son talon au niveau de la portion membraneuse. On accroche alors le fil conducteur d'une pile à induction, en même temps que l'autre pôle est appliqué immédiatement au-dessous du pubis. L'intensité du courant doit être assez faible, et les intermittences pas trop rapprochées. Il est inutile de prolonger la séance au-delà de deux à cinq minutes. Généralement, une séance tous les deux jours suffit.

Chez la femme, le sphincter uréthral est constitué par un faisceau peu développé de fibres musculaires représentant le muscle de Wilson. Ainsi, chez elle, c'est tout l'urèthre qu'il faut électriser. Janin (1) introduit dans l'urèthre une petite olive nickelée du calibre 16 de la filière Charrière, et la promène dans toute la longueur de l'urèthre, sans arriver toutefois au méat interne et, à plus forte raison, dans la vessie. L'électrode positive est appliquée sur la cuisse.

Pour Janet, l'électrisation agit en irritant légèrement le canal et en produisant ainsi une sensation de cuisson assez vive pour réveiller le malade lors du contact de l'urine. Lorsque la cuisson cesse de se produire, l'effet persiste parce que l'enfant « se couche avec confiance; il est sûr maintenant de se réveiller pour pisser, il s'endort sans plus songer à sa vessie que si elle n'existait pas; la vessie n'étant plus tenue en éveil par les pensées de miction, se repose elle-même et se laisse distendre, comme une vessie normale qu'elle est, sans se contracter. »

Les cautérisations pratiquées autrefois agiraient par le même mécanisme, et peut être aussi la dilatation forcée du tiers postérieur de l'urèthre, préconisée par Oberlaender (1).

Tous les auteurs ont obtenu de bons résultats avec la méthode de Guyon. Sur vingt malades, Ollivier a eu sept guérisons complètes, neuf grandes améliorations et quatre échecs. Pousson a obtenu sept succès dans des cas qui avaient résisté à tous les traitements médicaux.

Quelquefois la guérison peut se faire attendre longtemps. C'est ainsi que, dans un cas de Picard (2), l'amélioration ne débuta qu'après la sixième semaine. Il y eut, du reste, des rechutes.

Steavenson admet que l'incontinence dépend souvent de la diminution d'activité du centre vésico-spinal ou de l'anesthésie partielle des nerfs sensitifs de la vessie. L'électrothérapie donne de bons résultats à Steavenson; sa méthode diffère, du reste, beaucoup de celle de Guyon, car il est rare qu'il passe une électrode dans l'urèthre. Il met le pôle négatif (courant continu) sur la partie inférieure de la moelle et un petit bouton constituant l'autre électrode sur le périnée. Il faut employer un courant très faible et, habituellement, une dizaine de séances de huit à dix minutes suffisent. Ce traitement est basé sur ce fait que, la résistance étant égale d'ailleurs, le courant électrique tend toujours à former un circuit par le plus court chemin.

Kupke pratique la faradisation de la manière suivante : l'anode est appliqué en permanence sur la colonne vertébrale, à la hauteur des dernières dor-

(1) *Annales des maladies des organes génitaux-urinaires*, 1895, p. 349.

(1) *Centr. Chir.*, 1889, p. 32.
(2) *Société de Médecine pratique*, 23 mai 1889.

---

placés pour réunir les documents qu'on croit pouvoir attendre de nous. Comme pour la mort violente, c'est plutôt en consultant les souvenirs de ceux qui sont revenus de très loin, selon l'expression vulgaire, qu'on recueillera des renseignements utiles. Voici un fait à titre d'exemple. Un de mes meilleurs amis fut atteint, il y a peu d'années, d'une fièvre typhoïde extrêmement grave qui le mit à moins d'un doigt de la mort. Il était médecin et avait gardé sa connaissance pleine et entière au moment, où se sentant mourir, il faisait ses derniers adieux à sa famille. J'assistais à cette scène affreuse de larmes et de déchirement où le moribond seul était calme, sans indifférence, affectueux et tendre, sans émotion apparente. Par la plus imprévue des chances, il ne mourut pas. Plus tard, aux heures d'expansion de la convalescence où tout renaît, il m'a rappelé ce souvenir et m'a dit n'avoir éprouvé, au milieu de toute cette douleur des autres, aucun sentiment de chagrin, ni pour lui ni pour ses proches. Cela lui semblait une chose toute naturelle. Il ressentait seulement une sorte d'immense fatigue physique où se mêlait l'impression non pénible qu'il allait bientôt en être affranchi. « Toujours, ajoutait-il, j'avais été infiniment plus ému, lorsque partant pour des campagnes lointaines (il avait appartenu à la marine), je quittais les miens pour deux ou trois ans. »

Faut-il donc croire que la mort imminente n'a rien de terrifiant ni de douloureux? Mais que conclure d'un seul fait? A défaut d'observations, il faudrait une analyse psychologique minutieuse et circonstanciée qui, par les développements mêmes où elle entraînerait, ne saurait trouver place ici.

Faculté de Lyon. — M. Brard (Jean-Louis-Marius), agrégé des Facultés de Médecine, est nommé professeur d'hygiène à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon.

Concours de l'Externat. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite. Nous ne pouvons, faute de place, que donner les noms des dix premiers :

MM. Lereboullet, Lenormant, Pétron, Goujon, Barbarin, Prudhomme, Viaud-Grand-Marais, Brécy, Mesnard, Aubert.

---

sales ou des premières lombaires, tandis que le cathode est promené sur toute la région de la vessie.

On notera que le traitement de Guyon a réussi dans des cas d'incontinence par atonie sphinctérienne et dans d'autres d'incontinence par contracture (Pousson) (1).

6° *Traitement par le massage.* — Caillag, qui admet qu'il y a, dans la plupart des cas, un état de faiblesse du sphincter de la vessie, a préconisé le traitement par le massage. Voici comment il procède :

1° Patient dans la position de la taille. Vessie vidée. L'index droit introduit dans le rectum, cherche sous la symphyse le canal de l'urèthre, le suit jusqu'au col de la vessie et exerce sur lui, à cinq ou six reprises, un léger massage juste au moment où il rencontre l'index gauche pressant de l'extérieur. Cette manœuvre est désignée sous le nom de « massage du sphincter vésical » ; elle doit être répétée cinq ou six fois.

2° Même position. Le plat de la main étant parallèle à l'axe du corps, l'opérateur enfonce profondément l'extrémité des doigts dans le petit bassin, vers le sacrum, et y pratique de petites pressions répétées. Brandt appelle cette manœuvre « massage du plexus hypogastrique » ; elle se fait deux à trois fois de chaque côté.

3° Décubitus dorsal : jambes étendues et rapprochées. L'opérateur écarte les genoux de force ; le patient résiste, ensuite rapproche les genoux, tandis que l'opérateur fait effort pour les retenir.

4° De nouveau, position de la taille : talons et genoux en contact. Le médecin, placé au côté gauche du patient, fait effort pour écarter les genoux énergiquement rapprochés. Après, il ramène les genoux l'un contre l'autre, pendant que le malade résiste.

Par ces deux manœuvres répétées trois ou quatre fois, on met en action les adducteurs et les abducteurs des cuisses, les muscles droits de l'abdomen, en même temps que la musculature du périnée. Le sphincter anal se contracte énergiquement et, avec lui, celui de la vessie par action synergique.

5° Le patient, légèrement penché en avant, appuie les mains à hauteur d'épaule contre une table et croise les jambes. Il doit alors agir comme s'il voulait retenir une selle. Par cet exercice, que Caillag prescrit de faire quatre ou cinq fois par heure sous le contrôle des parents, les sphincters de la vessie et de l'anus acquièrent plus d'énergie.

6° Tapotement sur la région du sacrum. L'opérateur, placé à gauche, l'exécute au moyen du poing. Le mouvement doit se produire uniquement dans l'articulation du poignet. Ce tapotement excite légèrement les nerfs qui de la moelle se distribuent aux organes du bassin.

Ce procédé, si compliqué qu'il paraisse, s'applique sans peine. Il n'occasionne aucune douleur et les enfants s'y soumettent volontiers.

Ravicovitch a aussi essayé du massage, dont il a obtenu de bons effets. Sur huit cas il a eu six guérisons complètes ; dans un cas la guérison ne s'est pas maintenue et dans un il n'y a pas eu de résultat.

Nous en avons fini avec ce long exposé du traitement de l'incontinence essentielle, et nous n'ajouterons qu'un mot relatif à la conduite du traitement.

Les moyens hygiéniques ayant été prescrits, on tentera d'abord le traitement par l'antipyrine, puis, en cas d'échec, on s'adressera à la méthode de Guyon. Enfin, si on ne réussit pas, on recourra à la belladone, à la strychnine, à l'ergot ou rhus aromaticus. C'est là de l'empirisme pur « mais il est impossible d'être empirique en meilleure compagnie que celle de Trousseau (Ollivier). »

Dr Paul Chéron,
ancien interne des hôpitaux, licencié ès-sciences.

(1) *Société d'Obstét. de Bordeaux*, 9 mai 1893.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE RUSSE

Sur les injections préventives du sérum antidiphérique.

Tout le monde reconnait aujourd'hui l'incontestable supériorité du traitement de la diphtérie par le sérum sur tous les autres traitements employés jusqu'à ces derniers temps.

L'expérience clinique s'est aussi prononcée pour l'emploi des injections curatives du sérum antidiphtérique. En est-il de même des injections préventives?

Cette question n'est pas encore complètement résolue à l'heure qu'il est : d'une part, les faits manquent, le nombre d'expériences tentées par quelques auteurs étant encore très restreint ; d'autre part, les conclusions de ces auteurs sont souvent opposées : certains les vantent chaleureusement, d'autres les proscrivent complètement.

La question présentant un grand intérêt pratique, nous avons cru intéressant pour nos lecteurs d'envisager les divers côtés de ce problème avec l'appui de quelques faits que nous avons pu trouver dans la *littérature médicale russe*.

On sait qu'une première atteinte de diphtérie ne confère pas une immunité absolue, quel que soit le mode de traitement employé. D'après quelques auteurs, les rechutes seraient seulement moins graves après le traitement par le sérum antidiphtérique. A ce propos, le professeur Tilatoff, de Moscou (1), re-

(1) *Vratch*, 1895, n° 9.

late un fait observé par lui, qui prouverait que la rechute peut être aussi grave que la première atteinte. Un enfant de trois ans est pris de diphtérie à forme bactériologique mixte accompagnée d'œdèmes multiples et d'autres symptômes graves. La guérison est survenue à la suite de quatre injections de sérum de Behring, l'enfant conservait seulement un léger coryza. Quarante jours après le début de la diphtérie, on observa une nouvelle atteinte avec les mêmes symptômes graves, mais qui guérit également après quelques injections. Carl Gobel (1) rapporte deux autres cas analogues. Pour ce qui concerne le cas de Tilatoff, il est possible, vu la persistance du coryza, que la première guérison n'était qu'apparente et que la virulence des bacilles était seulement atténuée, mais non épuisée. Ce fait confirmerait seulement les récentes recherches de Sevestre et Méry sur la longue persistance des bacilles de Loeffler après la guérison des manifestations diphtériques.

Les injections préventives de sérum antitoxique ne donnent pas plus l'immunité absolue que les injections curatives. L'immunité relative est cependant certaine, mais sa durée est très difficile à déterminer, même d'une façon approximative.

Pour certains auteurs, cette durée serait de quatorze jours seulement. Lorsqu'il survient une nouvelle atteinte de diphtérie, *sa gravité peut n'être nullement diminuée par le fait des injections préventives antérieures*, comme le témoigne le fait suivant, observé par le professeur Tilatoff (2) :

Dans une famille, trois enfants sont successivement pris de diphérie ; le quatrième enfant seul reste indemne à la suite d'une injection préventive. La bonne qui soignait ces enfants, et qui n'avait pas reçu d'injections préventives (le sérum était en défaut), prend la diphtérie et en meurt. *Quatre mois* après, alors que tous les enfants étaient depuis longtemps guéris, l'enfant qui avait reçu l'injection préventive est pris de diphtérie. Après quelques injections, les fausses membranes disparaissent rapidement, mais l'enfant meurt peu de temps après de *paralysie cardiaque*.

Pour l'auteur, ce fait ne prouverait nullement le danger de l'emploi thérapeutique du sérum, soit en injections préventives, soit en injections curatives. Il prouverait seulement que le sérum ne peut pas toujours prévenir les différentes complications de la diphtérie qui peuvent se produire avec et malgré n'importe quel autre traitement.

Quoi qu'il en soit, la question de l'innocuité des injections préventives reste ouverte. Rappelons, à ce propos, que le Dr Lebreton, dans sa récente communication à la Société médicale des hôpitaux, s'est prononcé *contre* ces injections, tant à cause des accidents souvent sérieux qu'on observe à la suite des injections de sérum, qu'à cause de l'ignorance dans laquelle nous nous trouvons jusqu'à présent sur la nature et action intimes du poison injecté.

Le professeur Widerhofer, de Vienne (1), sans proscrire les injections préventives, dit que les expériences cliniques ne permettent pas encore de se prononcer d'une façon définitive.

Des études faites jusqu'à présent, il paraît résulter que le sérum antidiphtérique a peu ou pas de propriétés bactéricides, mais possède surtout des propriétés antitoxiques. On comprend alors que les injections de ce sérum soient moins nuisibles à l'organisme dont le sang charrie les divers toxines, qu'à un individu sain.

On connaît la plupart des accidents, heureusement plus graves en apparence qu'en réalité, qui surviennent souvent après les injections. Mais ces accidents, dont la cause prochaine nous échappe encore, traduisent-ils tous les effets nuisibles du sérum antitoxique ?

Jusqu'à présent, ces accidents ont été passagers et suivis de guérison complète, ce qui permet de continuer les injections, comme moyen curatif, sans en tenir grand compte. Mais il y a des cas, rares il est vrai, où ces accidents ont été durables et ont inspiré de très grandes inquiétudes aux médecins.

Tel est le cas du Dr Gabritchewsky (2). La mère d'un enfant diphtérique reçoit une injection préventive avec 1/4 de flacon n° 1 de Behring (soit 150 unités antitoxiques de Behring). Peu de temps après, elle ressent de violentes douleurs dans tous les membres; ces douleurs persistèrent et l'obligèrent à garder le repos au lit pendant *cinq semaines*.

Tel est cet autre cas rapporté par le Dr Galler, à la Société médicale de Sataroff (3). Ce cas présente le type le plus complet de divers accidents que l'on peut attribuer à l'action toxique du sérum antidiphtérique. C'est pourquoi nous avons cru intéressant d'en donner l'observation détaillée.

Un garçon de huit ans, fils d'un médecin de Saratoff, est pris de diphtérie le *7 janvier 1895*. L'amélioration est survenue rapidement après deux injections de Behring.

10 janvier. Plus trace de fausses membranes, température normale, appétit très bon.

12 janvier. On ne peut plus maintenir l'enfant au lit; il paraît complètement guéri, mais présente encore une *légère tuméfaction* des ganglions sous-

(1) *Vratch*, 1895, n° 2.
(2) *Vratch*, 1895, n° 9.

(1) *Vratch*, 1894, n° 52.
(2) *Vratch*, 1895, n° 5.
(3) *Vratch*, 1895, n° 6.

maxillaires. Pas d'albumine, mais dépôt abondant d'urates dans les urines.

16 janvier. Légère démangeaison et éruption miliaire aux régions sous-claviculaires et sur les joues. Température normale.

18 janvier. Pétechies multiples, œdème des mains, injection vive des conjonctives.

19 janvier. Température, 38° f.; pouls, 106. Éruption généralisée, ressemblant par places à de l'urticaire, ailleurs à de la rougeole, ailleurs à l'érythème polymorphe. Œdème de la face. Hémorragies sous-conjonctivales. Sensation de froid aux flancs.

20 janvier. Température, 39°5; pouls, 116. Insomnie. Douleur intense, avec impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche. Nouvelles pétechies sur l'abdomen.

22 janvier. Paralysie des deux membres inférieurs qui sont le siège de violentes douleurs. Douleurs dans les articulations des poignets, des coudes. Pas de sensibilité à la pression du rachis.

23 janvier. Douleurs dans les muscles masticateurs, dans le ventre. Épanchement dans le genou gauche, sans rougeur, ni sensibilité de la peau à ce niveau. Le malade cherche à rester immobile, le moindre mouvement augmente les douleurs. Température, 38°5. Pouls, 116.

24 janvier. La température revient à la normale. Disparition de l'épanchement du genou gauche. L'éruption pâlit. Les jours suivants, les mouvements reviennent graduellement dans les divers membres atteints, et les douleurs s'atténuent de plus en plus. A aucun moment on n'a trouvé trace d'albumine dans l'urine.

28 janvier. Arythmie et intermittence du pouls toutes les dix à quinze minutes.

A partir du *29 janvier*, le malade ne présente plus aucun symptôme morbide, mange et dort bien, mais présente encore une légère tuméfaction des ganglions sous-maxillaires.

L'auteur de cette communication croit que les multiples hémorragies de la peau, des muqueuses, les œdèmes, etc., permettent de supposer que les paralysies observées, étaient dues à des lésions analogues des centres nerveux. Ces lésions elles-mêmes seraient dues à l'action dissolvante du sérum de cheval sur les hématies humaines, ainsi qu'on peut conclure par analogie des expériences de Landois, sur l'action dissolvante du sérum de certains animaux, introduit dans le sang d'animaux d'une autre espèce.

Quoi qu'il en soit de l'explication, il reste à peu près acquis, à l'heure qu'il est, que si la sérumthérapie actuelle présente d'immenses avantages qui ne sont plus guère contestés, elle présente aussi certains inconvénients que l'on peut attribuer au sérum lui-même. Ces inconvénients étant quelquefois assez sérieux, et les avantages des injections préventives étant encore loin d'être démontrés, nous croyons qu'il faut être très réservé dans l'emploi de ces injections, d'autant plus que l'on peut souvent les éviter par l'isolement immédiat du malade, tout en tenant, vis-à-vis de l'entourage, la conduite que certains chirurgiens qualifient d'*expectation armée*.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 avril 1895

On a déjà signalé la fréquence, au cours de la grippe, d'accidents cutanés de divers ordres : érythèmes rubéoliformes, scarlatiniformes, purpuriques, etc., des poussées d'herpès, des furoncles, des anthrax, de l'ecthyma. M. Leloir a étudié récemment les *pyodermites* qu'on peut observer dans la grippe. Ce sont surtout des furoncles, des anthrax, des folliculites, plus rarement des tournioles, de l'impétigo, de l'ecthyma. Quelle est la pathogénie de ces accidents ? A ce point de vue, il faut les diviser en deux catégories. Dans la première, il s'agit d'inoculations cutanées banales. Dans la seconde, le mécanisme est tout autre : il s'agit de suppurations de cause interne, d'origine sanguine. La grippe, en effet, comme le fait ressortir M. Hallopeau, prédispose l'organisme à l'envahissement des microbes pyogènes ; les pyodermites d'origine interne se produisent donc d'après le même mécanisme que les pleurésies et les péricardites purulentes, que les otites suppurées; d'après le même mécanisme que les méningites suppurées, dont M. L. Colin rappelait encore récemment la fréquence au cours de la grippe.

Il se produit souvent aussi, au déclin de cette affection, des poussées acnéiques et séborrhéiques du côté de la face et du cuir chevelu. M. Leloir les rapproche de celles qu'on observe dans la dilatation de l'estomac : elles doivent relever de la même cause.

Aussi M. Leloir s'est-il efforcé, dans le traitement qu'il a institué, de désinfecter le tube digestif de ses malades par le benzo-naptol et les purgatifs répétés; le calomel lui a donné d'excellents résultats. M. Leloir fait, en outre, continuer pendant quelque temps la quinine à petite dose. Enfin, des lotions avec des solutions antiseptiques (salol, résorcine, etc.), constituent le traitement local.

— M. Le Dentu lit ensuite un travail sur *l'ostéotomie du maxillaire supérieur, combinée avec la section de la cloison nasale comme temps préliminaire de certaines uranostaphylorrhaphies*.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Dans le cas de division palatine et de division complète de l'arcade alvéolaire, compliquée de saillie marquée du bord osseux correspondant à l'os intermaxillaire, il faut de toute nécessité commencer par la réparation de la brèche antérieure. L'ostéotomie palatine combinée avec la section sous-muqueuse de la cloison nasale peut être considérée comme un procédé absolument sûr et inoffensif;

2° L'opération du bec-de-lièvre doit être faite dans la même séance. Il n'y a aucun avantage à la remettre à une autre époque, sauf réserve pour toute circonstance inattendue susceptible d'opposer une contre-indication à cette règle générale;

3° Quoique le danger d'hémorragie ne puisse guère être pris en considération, il est prudent de ne pas faire cette opération avant l'âge de dix-huit mois à deux ans, et de choisir un moment où il n'y aurait pas à craindre des accidents se rattachant à l'évolution dentaire;

4° Un intervalle d'au moins six semaines est nécessaire entre les ostéotomies et l'uranostaphylorrhaphie;

5° Si on avait à traiter un sujet chez lequel un autre chirurgien aurait fait tout d'abord l'uranostaphylorrhaphie partielle, on pourrait faire dans la même séance la section du maxillaire et de la cloison, l'uranoplastie antérieure et l'opération du bec-de-lièvre. Le détachement des lambeaux palatins devrait précéder les ostéotomies.

Cette triple opération ne devrait être tentée que sur les sujets ayant atteint l'âge de quatre à cinq ans, au minimum.

— Être obligé, pour reconnaître le sexe d'un individus, de lui ouvrir le ventre, n'est pas assurément chose commune.

C'est pourtant le moyen que M. Péan a employé récemment chez une *jeune fille* de quinze ans, qu'il présente aujourd'hui à l'Académie.

A sa naissance, elle avait été inscrite comme fille sur les registres de l'état civil; elle se développa normalement. Quand elle eut douze ans, le médecin qui l'avait déclarée du sexe féminin crut avoir commis une erreur grossière; en effet, tandis que la figure prenait un aspect masculin, que les lèvres et le menton commençaient à se couvrir de barbe, le clitoris prenait un développement considérable et ressemblait, à s'y méprendre, à un pénis avec hypospadias.

Plusieurs médecins qui examinèrent l'enfant à ce moment s'y trompèrent, en effet. Il fut déclaré que le sujet était bien du sexe masculin, et que son état civil devait être modifié.

Quelques années plus tard, cette jeune fille, qui avait pris les habits masculins et s'était placée comme palefrenier chez un médecin, fut prise plusieurs fois de douleurs abdominales paroxystiques. Le maître conçut de nouveau des soupçons sur le sexe de son palefrenier et l'envoya, en désespoir de cause, à l'Hôpital International, où M. Péan lui ouvrit le ventre pour aller à la recherche des testicules ou des ovaires. Ce fut des ovaires et des trompes qu'il trouva, et, avec eux, un utérus.

C'était donc bien d'une jeune fille qu'il s'agissait. M. Péan referma le ventre; la guérison fut rapide.

Mais cette jeune fille n'avait pas de vagin. M. Péan tenta, quelques mois plus tard, de lui en faire un. Malheureusement, il fut arrêté, à une certaine profondeur, par l'accolement de l'urèthre au rectum; et l'utérus n'apparaissait pas encore. Pour ne pas compliquer l'hermaphrodisme d'une fistule urinaire ou stercorale, M. Péan se contenta de diriger la cicatrisation de façon à obtenir un vagin artificiel, « pensant que celui-ci pourrait être de quelque utilité dans le cas où l'opérée songerait plus tard à se marier ».

Mais comment prévenir les accidents qu'allait provoquer la rétention des menstrues?

Outre les névralgies périodiques dont souffrait déjà la jeune fille, il y avait à craindre l'hémato-salpynx et les hématocèles, qui se produisent si fréquemment dans de tels cas. Dans une troisième opération, M. Péan rouvrit l'abdomen et enleva les ovaires et les trompes. L'opération eut un plein succès et la jeune fille se porte aujourd'hui à merveille. Et puis, on ne sera plus, désormais, embarrassé sur son sexe : elle n'en a plus!

— M. Laborde communique, au nom de M. Camus, médecin-major à Clermont-Ferrand, une observation intitulée : *Goître suffocant, dyspnée paroxystique, mort apparente; guérison par les tractions rythmées de la langue.* Le malade, porteur d'un goître volumineux, avait été pris brusquement d'un accès de suffocation progressive, et il était en état de mort apparente. Quand M. Camus, après avoir tenté inutilement la respiration artificielle et les flagellations, recourut au procédé de M. Laborde. Au bout de cinq tractions, la respiration se rétablit. Il s'agissait probablement dans ce cas d'une compression du pneumogastrique par le goître.

— Le *traitement des végétations adénoïdes,* qu'emploie M. Marage, est purement médical. Il consiste en attouchements avec un mélange à parties égales d'eau et de résorcine. En six à dix séances, la guérison est complète et persistante.

ÉLECTION D'UN MEMBRE CORRESPONDANT NATIONAL
(Chimie et Pharmacie)

MM.	Bleicher (de Nancy).....	51 voix.	Élu.
	Carles (de Bordeaux).....	3	—
	Imbert (de Montpellier). ..	1	—
	Bulletin blanc.....	1	—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur le *traitement chirurgical des contusions de l'abdomen* a pris fin, mercredi dernier, après quelques paroles de M. Kirmisson qui, s'appuyant sur un fait, demande à M. Michaux si, dans les cas qu'il a observés, il a noté la suppression des urines, et quelque mots de M. Reynier, qui, adoptant l'avis de M. Quenu, trouve que c'est exagéré de dire qu'on doit intervenir dans toutes les contusions de l'abdomen. Ce chirurgien cite, à l'appui de son dire, le cas d'un de ses clients qui, tombant de 1 mètre sur une barre fixe, eut des vomissements, un état nauséeux, de la tendance à la syncope, et, malgré cela, la laparotomie ne fut pas pratiquée, heureusement pour le malade, qui dès le lendemain allait mieux, et qui guérit parfaitement. Il y a donc là et il y aura toujours une question de diagnostic à observer.

M. Michaux termine la discussion en affirmant de nouveau son opinion basée sur les statistiques qui prouvent qu'une fois sur trois le blessé a les plus grandes chances pour mourir, et sur son expérience personnelle qui lui a permis, dans les cas où la lésion n'aurait pas entraîné la mort, de faire la laparotomie exploratrice sans inconvénients pour ses malades. Du reste, quoi qu'on dise, dans les cas qui se sont présentés à lui, plus de la moitié aurait entraîné la mort si l'intervention n'avait pas été pratiquée. Il est bien entendu, et il n'a jamais été dit autre chose, qu'il faut que le traumatisme ait été intense, et il l'était chez tous ses opérés; ce à quoi M. Quenu répond que dans ces conditions et avec ces réserves chacun est bien près de s'entendre. C'est aussi l'avis de M. Reclus, qui apporte une observation dans laquelle le blessé ne fut amené que dix-huit heures après l'accident, et qui mourut malgré la laparotomie faite en pleine péritonite.

Avec M. Tuffier, nous rentrons dans la chirurgie urinaire, car il apporte à la tribune quatre cas de *fistule uretéro-vaginale* qui ont toutes guéri: deux par une simple cautérisation, une autre par la laparotomie et l'abouchement de l'uretère dans la vessie; une dernière par la libération de l'uretère par le vagin et son abouchement dans une plaie vésicale toujours pratiquée par le vagin.

Toutes ces fistules étaient consécutives à l'hystérectomie et elles siégeaient toutes à droite. Du reste, d'après les recherches de l'orateur, huit fois sur dix c'est du côté droit qu'on les rencontre; cela se comprend, car la droite du malade, dans cette opération, est à la gauche du chirurgien; les mains de celui-ci sont donc croisées et la saisie du ligament large droit est rendue ainsi plus délicate.

Ces pertes de substances de l'uretère peuvent être complètes ou incomplètes; dans ce dernier cas, on comprend qu'une cautérisation suffisante des parties ferme l'ouverture du conduit uretéral; quand la section est complète, il faut savoir que toujours il se forme un rétrécissement de l'uretère au niveau de la perte de substance, et ce rétrécissement entraîne fatalement l'atrophie du rein; d'où cette règle de ne pas se borner à aboucher l'uretère dans la vessie, mais auparavant de supprimer le rétrécissement.

Comme traitement, la première conduite à tenir c'est d'éviter, bien entendu, la section de l'uretère; et si celui-ci a été sectionné, de le recoudre immédiatement, mais cette suture peut aussi donner lieu à un rétrécissement; il sera plus sage de pratiquer un abouchement latéral. Des expériences ont démontré le bien fondé de cette opinion. Si la fistule existe, c'est la voie vaginale qui est la méthode de choix pour M. Tuffier; il est, du reste, des cas où elle s'impose : ceux où la voie abdominale est impossible à cause des adhérences qui retiennent l'uretère collé dans le fond du petit bassin.

La néphrectomie est la dernière ressource, mais il faut qu'elle ne soit pas primitive pour permettre de constater l'état de l'autre rein, ni secondaire, parce qu'alors les adhérences masquent tout et rendent l'opération très difficile.

M. Segond prend la parole pour innocenter l'hystérectomie des reproches qu'on lui fait. Sur 420 opérations de ce genre, il ne compte que deux plaies de l'uretère et une troisième qui a guéri rapidement et spontanément. Des deux premières, l'une a refusé de se faire opérer, l'autre est aujourd'hui guérie et a été opérée par la voie vaginale.

L'orateur montre ensuite les causes qui font saisir les uretères dans les pinces. Ce sont d'abord des conditions anatomiques. Ce conduit est, en effet, entouré d'un lacis veineux inextricable qui l'attache à l'utérus et le force à suivre tous ses mouvements. C'est aussi la technique opératoire employée. Si, en effet, on ne commence pas par enlever le col, on s'expose à saisir l'uretère; tandis qu'une fois le col sectionné, les uretères remontent et leur prise par les pinces devient presque impossible.

Tout le contraire se passe quand on applique le procédé de Doyen : en tirant et en abaissant la matrice, on applique de plus en plus l'uretère contre la matrice et l'on a des chances de le saisir ou de le sectionner.

De même, quand le col grossit, les rapports ne sont plus les mêmes et le coude uretéral est collé contre la face latérale du col.

Il résulte de toutes ces considérations que la première chose à faire est de se débarrasser de cette partie de la matrice.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mars 1895

Ainsi que l'ont montré dans leurs récentes communications M. Hutinel et M. Debove, les injections de sérum artificiel peuvent déterminer une réaction hyperthermisante, très vive surtout chez les tuberculeux. Il paraît bien difficile, cependant, à M. Variot, de ne pas attribuer à l'antitoxine elle-même la réaction qui suit l'injection de sérum antidiphtérique.

En effet, cette réaction, beaucoup plus intense que celle qu'ont observée MM. Hutinel et Debove avec le sérum de Hayem, se produit en outre avec des doses bien moins considérables. M. Variot n'injecte pas plus de 20cc de sérum de Roux, et il a obtenu des élévations thermiques de 2°,5. Le sérum de Behring s'emploie aux mêmes doses et produit les mêmes accidents. Enfin, le sérum d'Aronson ne s'injecte que par 5cc et est suivi aussi des mêmes phénomènes.

Le sérum antidiphtérique est donc une substance complexe, dont plusieurs des composants ont une action hyperthermisante : la solution saline, les albuminoïdes, enfin l'antitoxine elle-même. On voit que le rôle le plus important appartient, pour M. Variot, à cette dernière.

La question n'est cependant pas résolue. En effet, le sérum de chevaux non immunisés contre la diphtérie produit, lui aussi, des élévations thermiques. M. Sevestre, qui a injecté à des enfants non atteints de diphtérie ce sérum dépourvu d'antitoxine, a vu des élévations de 1°, 1°,5. M. Bertin (de Nantes), qui a expérimenté le sérum de cheval non immunisé dans le traitement de la diphtérie a, en outre, constaté dans plusieurs cas de l'urticaire. L'hyperthermie et les accidents cutanés sont donc attribuables au sérum lui-même et non à l'antitoxine.

La toxicité du sérum d'une espèce animale pour une autre espèce est d'ailleurs aujourd'hui bien connue. L'injection d'une petite quantité de sérum de chien dans les veines d'un lapin tue celui-ci en quelques minutes. On ne sait point encore quelle est, dans le sérum, la substance aussi toxique. Mais on peut, et ce détail est des plus intéressants, neutraliser cette substance, comme l'a fait M. Hayem, en chauffant le sérum à 56 ou 57°. A cette température, dit M. Hayem, les substances albuminoïdes auxquelles sont dus les effets nuisibles se tranforment isomériquement et perdent leurs propriétés. On peut donc se demander si le sérum antidiphtérique chauffé à 56 ou 57° ne perdrait pas ses propriétés nocives tout en conservant ses propriétés thérapeutiques.

L'expérience serait d'autant plus à faire, que l'on injecte, d'une façon générale, le sérum de Roux en quantité trop considérable; en outre, ce sérum paraît actuellement beaucoup plus énergique. M. Le Gendre a observé, après une injection de 9cc, une température de 40°,5. Il a abaissé la dose de sérum jusqu'à 4cc chez des enfants de cinq ou six ans; à cette quantité, on obtient encore, avec des effets thérapeutiques suffisants, une réaction thermique. Sauf dans les cas graves et urgents, les médecins ne devraient donc employer que des doses plus faibles que celles qui ont été indiquées primitivement.

Quant au mécanisme de la réaction générale qui suit les injections sous-cutanées, il y a longtemps que M. Bouchard en a donné, dans ses leçons, une explication que semble venir confirmer de récentes recherches sur la présence de micro-organismes dans le sang normal.

M. Bouchard, qui a démontré que les injections rigoureusement aseptiques déterminent elles-mêmes une réaction thermique, admettait qu'il se faisait une sorte d'autosepticémie ayant pour cause et pour point de départ une pullulation de micro-organismes au milieu des mailles du tissu-cellulaire distendues, traumatisées par l'injection. Or, de récentes expériences de M. Nocard ont montré qu'au moment même de la digestion on peut trouver dans le sang divers micro-organismes. Il est possible que ceux-ci se fixent au niveau du point où l'injection a été faite.

M. Galliard, qui a pratiqué de nombreuses injections intra-veineuses de sérum artificiel quand il était chargé du service des cholériques en 1892, les a vu assez souvent suivies d'hyperthermie, surtout chez trois tuberculeux au second degré, les seuls auxquels il ait pu faire l'injection. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Hayem, il est bien difficile de savoir si l'élévation thermique est due à la réaction qui suit le stade algide du choléra, ou à l'injection du sérum elle-même. D'ailleurs, les effets de cette injection sont assez variables suivant l'état dans lequel se trouve le cholérique.

Ainsi, M. Galliard a observé que lorsqu'il y a de l'hypothermie rectale, la température peut s'élever rapidement de 2 à 3 degrés. Lorsque la température rectale est aux environs de 39°, malgré l'algidité périphérique, la température peut s'abaisser à la suite de l'injection.

— M. Albert Robin continue ses travaux sur la *nutrition dans la phtisie*. Il adresse aujourd'hui à la Société une note importante sur ce sujet. Voici les conclusions de ces nouvelles recherches :

1° Les échanges organiques envisagés dans leur ensemble paraissent, chez les phtisiques stationnaires ou en voie d'amélioration, avoir une activité à peu de chose près égale à celle de l'homme sain;

2° Tout phtisique chez lequel la moyenne des matériaux solides éliminés par l'urine en vingt-quatre

heures descend au-dessous de 30 grammes, peut être considéré cliniquement comme arrivant à la période cachectique au point de vue de sa nutrition;

3° Chez les phtisiques au début ou peu avancés, n'ayant ni fièvre, ni diarrhée, ni sueurs notables, une augmentation des matériaux solides urinaires indique une suractivité nutritive de bon augure;

4° Dans les mêmes conditions, une quantité de matériaux solides abaissée à 30 grammes ou au-dessous peut être également considérée comme un symptôme favorable, à la condition que le poids du malade ait augmenté de manière à compenser cette diminution de matériaux solides;

5° Les hémoptysies s'accompagnent presque toujours d'une sensible diminution des matériaux solides. Cette diminution persiste plusieurs après la cessation de l'hémorragie;

6° Une décroissance graduelle des matériaux solides, sans tendance à l'augmentation du poids du corps, est en rapport avec une aggravation de la maladie;

7° Sur périodes ultimes du troisième degré de la phtisie, la fièvre ne s'accompagne qu'exceptionnellement d'une augmentation des déchets de l'organisme;

8° Aux mêmes périodes, certaines complications inflammatoires comme une poussée aiguë de tuberculose miliaire, une pneumonie, une méningite, loin de tendre à relever le taux des matériaux solides, semblent, au contraire, précipiter leur diminution. L'abaissement subit du chiffre des matériaux solides, à la troisième période de la phtisie, peut donc éveiller l'attention du médecin sur l'entrée en scène d'une complication grave;

9° Chez les phtisiques traités par l'huile de foie de morue, l'abaissement de la quantité des matériaux solides de l'urine indique la saturation de l'organisme et par conséquent le moment précis où l'on doit cesser la médication. L'augmentation des matériaux solides après la cessation de l'huile, sans déchéance du poids gagné pendant la cure, est d'un pronostic favorable;

10° Les matériaux organiques considérés en bloc subissent des variations trop étendues pour que l'on puisse en tirer des indications définitives. Toutefois, le coefficient de déminéralisation organique est plus élevé à la première période de la phtisie. Il tombe à son minimum chez les sujets qui vont succomber.

— A la fin de la séance, M. Gouguenheim a communiqué les résultats que lui a donné le sérum de Roux chez les diphtériques de Lariboisière. L'efficacité de la méthode est une fois de plus démontrée.

H. Richardière et Fournier.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Inauguration du monument élevé à Villemin au Val-de-Grâce. — Dimanche dernier a été inauguré, daus la cour Broussais, le buste de Villemin. MM. Du Cazal et Colin ont pris successivement la parole. L'inspecteur général du service de santé, en termes très élevés, a uni le nom de Villemin à ceux de Larrey et de Broussais, et les quelques paroles adressées au baron Larrey ont été fort remarquées. Très fins aussi les quelques mots ayant trait à la grande école du Val-de-Grâce, centre qui personnifie la médecine militaire. Des membres de l'Académie de Médecine et du corps des hôpitaux de Paris avaient tenu à marquer par leur présence leur sympathie pour Villemin.

Nous avons remarqué dans l'assistance M. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie; M. le professeur Berger, qui a pour chef de clinique le fils de Villemin; M. Périer, M. Hanot, M. Reclus. M. Lereboullet, qui a pris l'initiative de l'érection du buste de Villemin, n'a pu, étant souffrant, assister à cette cérémonie.

Société des Chirurgiens des hôpitaux. — Dans leur dernière réunion, les chirurgiens des hôpitaux ont nommé une commission chargée de rédiger une protestation contre l'administration de l'Assistance publique, qui veut empêcher les titulaires des services de faire leur consultation.

Cette protestation sera signée de tous les chirurgiens et portée à la connaissance du public.

Soixantenaire de la Société médicale du IXe arrondissement. — La Société médicale du IXe arrondissement de Paris, qui compte près de deux cents membres, a célébré solennellement le soixantième anniversaire de sa fondation. Au banquet de cent cinquante convives (dont une cinquantaine de dames), après les toasts portés par les Drs Moizard (président annuel), de Beauvais et Dehenne (anciens présidents), Du Vivier et Launois, le Dr R. Jamin, secrétaire général, a prononcé un remarquable discours, fréquemment et vigoureusement applaudi, à la fin duquel le trésorier, le Dr Duboys de Lavigie, lui a remis une grande médaille d'or, au nom de la Société, en témoignage d'estime et d'affection. Cette même médaille, commémorative du soixantenaire, modelée par le Dr H. Morau, secrétaire, et gravée par l'éminent maître Alphée Dubois, a été frappée en bronze et offerte à chaque membre de la Société. La fête splendide qui a suivi et à laquelle ont prêté leur concours un grand nombre d'artistes de talent, notamment de l'Opéra et de la Comédie-Française, n'était pas terminée à deux heures du matin.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 15. L'UNION MÉDICALE 13 Avril 1895.

SOMMAIRE

I. Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié, M. le professeur Berger : Luxation en arrière de l'extrémité inférieure du cubitus.
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Revue de la Presse : Médecine.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.
V. Revue de la Société de Biologie.
VI. Bibliographie.
VII. Échos et nouvelles.

Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Pitié

M. le Professeur BERGER.

LUXATION en ARRIÈRE de l'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS

(Leçon recueillie par M. Octave Pasteau, interne de service).

Messieurs,

J'ai fait entrer à l'hôpital, pour la soumettre à un examen complet, pratiqué sous l'anesthésie chloroformique, une petite fille d'une dizaine d'années, qui présente une déformation très curieuse du poignet droit. C'est cette malade que je vais vous présenter aujourd'hui, pour discuter devant vous la lésion qu'elle présente, pour vous indiquer quel est son mode de production, et pour chercher à en obtenir la correction.

Voici, sur la manière dont cette lésion s'est produite, les renseignements fournis par la petite malade, et confirmés par sa mère :

Il y a près de deux ans, à la suite d'une première chute sur le poignet droit, apparurent en cette région du gonflement et de la douleur. Deux mois après environ, dans une nouvelle chute, le même poignet a de nouveau porté sur le sol, sans qu'on puisse savoir cependant dans quelle position étaient le bras et la main. Dès ce second traumatisme, à une douleur vive se joignit une impotence fonctionnelle assez considérable, et, point digne de remarque, la déformation qui se produisit alors n'a pas changé de caractère depuis lors.

Cette *déformation* consiste dans une saillie située vers la face dorsale de la partie inférieure de l'avant-bras, immédiatement au-dessus du poignet; au-dessous de cette saillie, la face dorsale de la main présente une dépression notable. La même déformation se retrouve, mais en sens inverse, du côté de la face palmaire; ici, c'est le talon de la main qui fait relief, et c'est au-dessus de lui qu'il existe un enfoncement profond. Nous pouvons résumer d'un mot ces caractères en disant que lorsque la main est placée dans l'extension, elle n'est plus située dans le plan de l'avant-bras, mais sur un plan notablement antérieur.

Examinons maintenant les choses de plus près. Nous voyons facilement que la déformation porte presque exclusivement sur le côté interne ou cubital du poignet; c'est le cubitus qui fait en arrière cette saillie, au-dessous de laquelle le doigt ne peut plus sentir la face dorsale du pyramidal; du côté palmaire, par contre, c'est le pyramidal qui surplombe la partie inférieure du cubitus.

Sur la partie externe de l'articulation radio-carpienne, les extrémités osseuses ont gardé leurs rapports normaux. Il n'y a pas là de déformation appréciable; l'apophyse styloïde du radius conserve la place qu'elle doit avoir par rapport au scaphoïde.

A cette *déformation d'origine osseuse* proprement dite, se joignent d'autres caractères dus au déplacement des parties environnantes. C'est ainsi qu'à la face palmaire, le *tendon du cubital antérieur, soulevé par la saillie carpienne*, se dessine comme une corde fortement tendue. A la face dorsale, au contraire, si on fait relever les doigts, ce sont les tendons extenseurs qui sont légèrement soulevés du côté interne, et déviés en dehors par la tête cubitale.

Du reste, il n'y a pas d'autre modification appréciable de la peau et des parties sous-jacentes : ni gonflement, ni œdème, ni coloration, ni consistance anormale des parties molles qui environnent l'articulation.

Quelle est la position du membre? — C'est, vous le constatez, une position intermédiaire à la pronation et à la supination.

Tous les mouvements peuvent se faire. La malade peut les exécuter spontanément, mais avec douleur, sensation de gêne et de faiblesse, surtout pour certains d'entre eux. Il s'ensuit qu'elle ne peut se servir de sa main, ni pour écrire, ni pour coudre, ni pour porter un fardeau, quelque léger qu'il soit; elle peut saisir un objet, mais elle souffre et elle est incapable d'un effort prolongé. Elle est, à cet égard, dans un état d'*impotence complète de son membre.*

Parmi les mouvements que l'on peut communiquer à l'articulation, le mouvement de flexion est de beaucoup le plus étendu. L'extension peut se faire, mais l'hypérextension est douloureuse, elle est d'ailleurs limitée par la rencontre de la face dorsale du carpe et de la saillie cubitale. — Les mouvements de latéralité sont possibles. — La pronation est très

facile. — La supination, par contre, est douloureuse, et la douleur augmente avec l'étendue de ce mouvement. En même temps, la saillie cubitale se prononce et le tendon du cubital antérieur fait aussi un relief plus manifeste.

Ce sont là, messieurs, tous les signes de la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en arrière : le radius est en place; il se retrouve dans sa position normale avec sa forme et ses saillies; il est séparé de l'extrémité inférieure du cubitus par un sillon vertical profond, nettement visible à la face dorsale. La petite tête du cubitus, au contraire, est déjetée en arrière; elle est presque fixée sur la face postérieure de l'épiphyse radiale; la pointe de son apophyse styloïde, au lieu de se diriger vers le cinquième métacarpien, se tourne vers le quatrième; aucun doute ne peut venir à l'esprit en présence de pareils symptômes.

J'aurai donc à peine besoin d'appuyer ce diagnostic par d'autres considérations. Cependant je veux me demander devant vous avec quoi il serait, à la rigueur, possible de confondre la lésion qui nous occupe en ce moment.

La fracture de l'extrémité inférieure du radius avec pénétration des fragments s'accompagne d'une subluxation de l'extrémité inférieure du cubitus; mais, dans ce cas, la saillie du cubitus se produit surtout vers la face antérieure du poignet; d'ailleurs, tous les autres signes de la fracture du radius manquent chez notre malade : on ne trouve pas plus, chez elle, l'ascension de l'apophyse styloïde du radius, et le déjètement de l'axe de la main en dehors, que l'arrondissement du poignet et la déformation en talon de fourchette.

Ce n'est pas davantage une luxation du poignet (radio-carpienne) en avant à laquelle nous avons affaire; car si le carpe fait, du côté interne, une saillie vers la face palmaire, saillie qui soulève le tendon du cubital antérieur, et qui rappelle la saillie carpienne que l'on observe dans cette luxation, l'extrémité inférieure du radius ne dépasse pas en arrière le plan de la main : l'apophyse styloïde du radius n'est pas déjetée en arrière; on ne peut explorer, par la face dorsale, la surface articulaire carpienne de cet os.

C'est le cubitus seul, je le répète, qui, luxé en arrière, constitue toute la déformation.

Nous avons affaire, ici à une *variété rare, très rare même de luxation*, puisque, après Desault, qui en avait observé cinq cas, Malgaigne, dans son *traité de luxations*, n'a pu rapporter que cinq ou six autres exemples. J'ai cherché moi-même si d'autres observations plus récentes en avaient été publiées, et, malgré des recherches bibliographiques assez complètes, je n'ai pu relever que trois nouveaux faits : un dû à Tillmans et deux à Hamilton.

Le sujet mérite donc que nous y prêtions quelque attention, d'autant que chez notre malade nous trouvons quelques caractères insolites, et que l'appréciation des indications chirurgicales est, ici, plus particulièrement délicate.

Nous ne savons que peu de chose des *caractères anatomiques de cette luxation*. En effet, il n'y a pas eu, vous le comprenez, d'autopsie publiée. Dans un seul cas, Thiersch a pu constater les lésions au cours d'une opération. Hamilton, de son côté, mentionne la déchirure du ligament latéral interne et du ligament triangulaire. Mais il ne dit rien des conditions anatomiques qui retiennent la tête cubitale dans sa situation anormale pendant les différents mouvements.

On se trouve donc, ici, plutôt en présence d'hypothèses, de faits supposés par analogie avec d'autres lésions, qu'en face de détails anatomiques bien constatés.

Le *mécanisme* qui donne lieu à ces luxations est presque toujours le même. Elles se produisent pendant un mouvement de pronation violente et brusque; — c'est du moins ce qu'on retrouve dans presque toutes les observations. Dans les cas de Desault, Dugès, c'est un enfant qu'on enlève par le bras, la main étant en pronation; c'est encore une blanchisseuse qui tord un linge mouillé, et dont le poignet est surpris en pronation par une secousse violente. Chez Rognetta, c'est un homme qui fait un effort violent de pronation pour perforer, avec un forêt, une planche qui se brise soudain. Pour Valleteau, Hurteaux, il s'agit d'une chute sur le poignet en pronation; et, dans d'autres observations, d'une torsion violente de la main dans le sens de la pronation, produite par une morsure de cheval (Dalechamps), ou les rayons d'une roue (Ph. Boyer).

Pour le cas qui nous occupe, nous n'avons pu nous renseigner exactement sur l'attitude que présentait le membre au moment de la chute. Mais il semble que la luxation ait été préparée par un premier accident, c'est-à-dire par la première chute qui aurait déterminé deux mois auparavant une entorse et, par conséquent, un affaiblissement de ligaments articulaires.

Les *symptômes* que nous retrouvons chez notre malade sont pour la plupart classiques. Vous connaissez déjà la *déformation du poignet*. Je vous en rappelle les caractères en deux mots : saillie de la tête cubitale en arrière du radius, dépresssion profonde au-dessous d'elle; déformation en sens inverse à la face palmaire; saillie du talon de la main vers le bord cubital du poignet, impossibilité de sentir la

tête du cubitus au-dessus de cette saillie; relief des tendons et surtout de celui du cubital antérieur.

Dans certains cas, le *déplacement* est encore plus accusé. L'apophyse styloïde du cubitus se dirige vers le médius, et même dans les observations de Hurteaux et de Valleteau, l'extrémité inférieure du cubitus tournée en arrière et en dehors croisait le radius. Notre malade ne présente donc que le premier degré d'une luxation qui, au fur et à mesure qu'elle devient plus grave, entraine la diminution du diamètre du poignet dans le sens transversal et son augmentation dans le sens antéro-postérieur (Malgaigne).

L'*attitude du membre* est intermédiaire à la pronation et à la supination; même, nous l'avons dit, ce dernier mouvement, quoique douloureux, est possible chez notre malade, soit qu'on doive attribuer cette particularité à l'ancienneté du cas, soit qu'on doive penser à l'établissement d'une nouvelle articulation radio-cubitale inférieure.

Les *troubles fonctionnels* sont très prononcés et semblent hors de proportion avec une lésion qui paraît, au premier abord, si peu considérable; ne pourrait-on croire que la petite malade exagère cette impotence fonctionnelle? qu'il y a de sa part mollesse, inertie, mauvais vouloir? Je ne le crois pas, et la preuve de la réalité des troubles qu'elle accuse est l'atrophie musculaire manifeste qui s'est emparée des muscles du groupe épitrochléen de l'avant-bras.

L'enfant ne peut se servir de son bras, et cependant la luxation date presque de deux ans. Muscles et tendons ont donc eu bien le temps de s'adapter pour le mieux aux conditions mécaniques nouvelles de leur utilisation.

Cette impotence n'est pas la conséquence nécessaire de la persistance de la luxation dans les cas où la réduction n'a pas été faite, et quoiqu'il y ait peu d'exemples de luxations invétérées de cette espèce, dans un cas d'Hamilton, où le déplacement datait de vingt ans, les mouvements étaient rétablis : la pronation et la supination étaient complètes, mais il n'en est pas moins vrai que le malade n'avait pu se servir de son membre pendant plusieurs années.

Le *pronostic* doit donc être subordonné à la réduction possible, et au cas où celle-ci ne pourrait se faire ou être maintenue, il devrait être très réservé au point de vue du rétablissement, même éloigné, des fonctions.

Au point de vue du *diagnostic*, nous avons vu que la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en arrière ne saurait être confondue ni avec une fracture du radius ni avec une luxation radio-carpienne en avant.

Mais il est des *luxations pathologiques* de l'extrémité inférieure du cubitus. Dans les *tumeurs blanches* du poignet surtout, lorsque l'articulation radio-cubitale inférieure est le siège principal des lésions, les ligaments postérieurs de cette articulation se laissent distendre; la main étant dans la pronation, la tête cubitale fait saillie sous la peau et elle finit par se luxer complètement; j'ai observé plusieurs fois cette complication des ostéo-arthrites radio-carpiennes; les exemples n'en sont pas rares: Hamilton, Malgaigne, en avaient décrit de semblables; mais aucune confusion avec les luxations traumatiques n'est possible : la luxation n'est ici qu'un phénomène accessoire dans l'évolution d'une affection articulaire chronique.

Dans le *rhumatisme chronique*, ou du moins, dans certaines formes d'*arthrite déformante*, il peut se faire de même une luxation spontanée du cubitus en arrière, incomplète d'abord, puis complète. Ici, la lésion est assez souvent bi-latérale; elle n'est d'ailleurs pas isolée, et dans d'autres articulations on retrouve facilement des déformations analogues et tous les autres caractères de rhumatisme déformant.

Enfin, il existe des *dispositions congénitales* ou dues à la croissance, qui pourraient en imposer pour une luxation véritable. J'en ai vu deux ou trois exemples; la tête cubitale est divisée en arrière et semble plus volumineuse qu'à l'état normal; elle est d'ailleurs très mobile et peut reprendre ses rapports ordinaires. La déformation ne s'accompagne dans ces cas d'aucun trouble fonctionnel. Il s'agit là d'une malformation qui parfois se rattache à des déformations rachitiques, dans d'autres cas, est peut-être congénitale et qui existe d'ailleurs des deux côtés.

Il nous reste encore à parler d'une autre lésion : un enfant traverse une rue, et au moment d'arriver sur le trottoir, sa mère le tire brusquement par la main, l'avant-bras étant en pronation; il ressent une douleur vive à laquelle se joint une impotence fonctionnelle immédiate. Il y a de la sensibilité au niveau de la portion cubitale du poignet, mais, point très important, il y a aussi de la douleur à l'exploration du coude. Si l'avant-bras étant dans la supination, on exerce sur lui une certaine traction, on entend un craquement et tout rentre dans l'ordre : plus de douleur, plus de gêne dans les mouvements.

De nombreuses expériences ont été faites pour savoir quelle est la nature exacte de la lésion. Des théories sans nombre ont vu le jour; quelques auteurs, comme Goyrand (d'Aix), ont soutenu tour à tour des opinions contraires. Quelle que soit la nature de ce petit accident, qu'il s'agisse de la subluxation de la tête du cubitus, accrochant le bord du liga-

ment triangulaire, d'une subluxation en avant de la tête du radius, maintenue par le déplacement partiel du ligament annulaire, ou d'un accrochement de la tubérosité cubitale au radius; il n'y a pas lieu, je crois, de fixer les éléments d'un diagnostic précis, puisqu'il s'agit d'une lésion, inconnue pour ainsi dire, tant dans ses lésions que dans sa nature.

Vous connaissez la lésion, messieurs, vous savez quelles sont ses conséquences. Qu'allons-nous pouvoir faire pour y remédier? En d'autres termes, *quel est le traitement qu'il faut instituer?*

Le premier à tenter est la réduction. C'est facile quand la luxation est récente; on y arrive alors par les moyens les plus simples : soit par propulsion directe de la tête cubitale, soit plus simplement encore par supination forcée. Desault avait méthodisé en quelque sorte ce procédé : il faisait fixer par un aide la partie inférieure du bras; par un autre il faisait tenir la main; lui-même saisissait l'extrémité inférieure de l'avant-bras avec les deux mains, de manière que l'une embrassait le côté externe, l'autre, le côté interne, les deux pouces répondant à l'intervalle qui sépare le radius du cubitus. Il cherchait alors à écarter ces deux os en même temps qu'il faisait ramener vivement l'avant-bras dans la supination. — Malgaigne préférait à ce procédé un peu complexe la propulsion simple, qui doit évidemment être essayée d'abord, quitte à laisser la place au procédé de Desault, si elle échoue.

D'ailleurs, la luxation a une grande tendance à se reproduire. Hamilton, en particulier, en a donné un exemple remarquable, si bien qu'après la réduction il est assez nécessaire d'établir une contension assez sérieuse et prolongée, par des attelles et des bandes.

Dans notre cas, la luxation remonte à plus d'un an et demi; il est probable qu'il s'est formé des adhérences, que l'ancienne cavité articulaire est comblée par du tissu fibreux, que le cubitus est maintenu dans sa nouvelle position par des ligaments nouveaux; aussi ce n'est que sous l'anesthésie chloroformique que l'on devra essayer de réduire cette luxation.

Mais, si nous n'y parvenons pas, quelle devra être notre conduite? — Nous avons à notre disposition deux méthodes opératoires :

L'arthrotomie,

La résection de l'extrémité inférieure du cubitus.

L'*arthrotomie* nous permettrait d'isoler le cubitus, de le dégager de ses adhérences, de lui refaire son ancienne cavité, de le remettre en place, mais non de rendre aux surfaces articulaires leur poli et leur glissement normal, aux ligaments leur souplesse et leur disposition naturelle. Pour maintenir la réduction, il faudrait sans doute faire des sutures profondes, périostiques par exemple. De là des raideurs consécutives, qui pourraient être persistantes, et annuler les bons effets de la réduction : on aurait reconstitué l'articulation, mais une articulation fort impropre aux fonctions de la main.

Faudra-t-il donc supprimer de préférence la tête déplacée, faire une *résection* véritable?

La résection vaut peut-être mieux ici que l'arthrotomie, et cependant, si l'on s'en rapporte à l'opération pratiquée par Thiersch, dans un cas analogue au nôtre, on voit qu'à cause de l'impotence de la main et des doigts, il a fallu plus tard se résigner à l'amputation de l'avant-bras; cela se comprend, car la suppression du cubitus doit laisser à sa suite une laxité exagérée de l'articulation radio-carpienne. L'impotence, pour être due à une nouvelle cause, n'en existe pas moins.

Messieurs, quand on est pas sûr d'un résultat opératoire, il faut savoir s'abstenir; d'autant qu'ici, en attendant et en observant, il y a des chances sérieuses d'amélioration fonctionnelle; je vous rappelle encore le cas de Hamilton, où les mouvements ne se rétablirent qu'au bout d'un temps très long.

Nous allons donc réduire, autant qu'il nous sera possible, sous le chloroforme, puis maintenir la réduction par un appareil exerçant sur l'extrémité inférieure du cubitus une pression continue d'arrière en avant. Cet appareil devra être surveillé et contrôlé avec le plus grand soin pour éviter les eschares qui pourraient se produire au niveau de la tôle luxée. Il faudra, de très bonne heure, se préoccuper du retour des mouvements, favoriser par tous les moyens le rétablissement des fonctions. Nous électriserons les masses musculaires, nous ferons du massage et une gymnastique raisonnée des mouvements du poignet. Si la luxation n'a pu se maintenir réduite, et si dans quelques mois le résultat fonctionnel ne répond pas à notre attente, nous pourrons agir alors d'une manière plus active par l'arthrotomie et même par la résection, ainsi que je viens de vous l'expliquer (1).

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Les habitations ouvrières et la loi du 30 novembre 1894.

Le Conseil supérieur des habitations à bon marché, institué auprès du ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes, par l'article 14 de la loi du 30 novembre 1894, a tenu sa

(1) La réduction du déplacement s'est faite assez facilement dans l'anesthésie chloroformique, et grâce à un appareil contentif aussitôt appliqué, le déplacement ne paraît pas avoir grande tendance à se reproduire. Tout semble donc faire présager un résultat favorable.

première séance le 5 avril, sous la présidence du ministre, et a commencé l'élaboration du projet de règlement, destiné à faciliter l'application de cette loi.

Les questions qui vont être traitées au sein de ce grand conseil sont du plus haut intérêt pour l'hygiène. Le problème de l'habitation dépasse aujourd'hui en importance, pour les classes ouvrières des grandes villes, celui de la nourriture qui peut être considéré comme résolu depuis un demi-siècle. La production des céréales sur le globe dépasse les besoins de la consommation; la rapidité des transports et la modicité de leur prix rend la diffusion des denrées alimentaires tellement facile, que le prix des grains est à peu de chose près le même sur tous les marchés de l'Europe, de telle sorte que les famines, que les disettes même ne sont plus possible, et que nous pouvons nous considérer au point de vue alimentaire comme sûrs de notre lendemain.

Le même progrès ne s'est pas réalisé en ce qui touche à l'habitation. Sans doute les maisons d'aujourd'hui sont plus hygiéniques et plus confortables que celles d'autrefois; mais les classes laborieuses ne sont pas beaucoup mieux logées; l'accroissement rapide de la population des villes a compliqué le problème, et rend sa solution plus urgente. A Paris, sur 804,011 logements recensés en 1889, il y en avait 604,306 payant moins de 500 francs de loyer, et comme tels exempts d'impôts. Dans le nombre des logements dégrevés, il y en a les trois quarts qui sont au-dessous de 300 francs. La statistique officielle de la Ville de Paris mentionnait, il y a quelques années, 46,815 locaux occupés par des indigents inscrits sur les livres de l'Assistance publique. Dans ce nombre, 24,633 se composaient d'une seule pièce. Les hygiénistes estiment que le tiers de la population ouvrière de Paris habite des logements insalubres. Ce sont tantôt des cités-casernes comme la *cité Jeanne d'Arc*, située dans le XIIIe arrondissement, et qui abrite 2,000 personnes dans dix grandes maisons aux cours infectes, aux couloirs sombres et sans air, aux lieux d'aisances indescriptibles. Les plus pauvres se réfugient dans de véritables cours des miracles, composées de masures en ruines, d'un labyrinthe de baraques en bois, en terre, en torchis, où grouille tout un monde de chiffonniers, de mendiants et de gens sans aveu. La Commission des logements insalubres a obtenu la suppression de quelques-uns de ces bouges. La légendaire *cité des Kroumirs*, le *clos Macquart*, la *cité Gand* ont disparu; on a assaini la *rue Sainte-Marguerite;* mais il reste encore des cloaques du même genre, et d'ailleurs il ne suffit pas de détruire, il faut construire des habitations pour les malheureux qu'on déplace ainsi.

Toutes les grandes villes de France ont leurs quartiers infects, et c'est encore bien pis à l'étranger. Londres, Berlin, Bruxelles, offrent le spectacle de misères plus horribles encore. On ne peut pas lire sans émotion la description de ces bouges dans le livre si complet de M. Raffalovich (1). L'impression est d'autant plus vive qu'on sent qu'il n'y a là aucune exagération, aucune prétention à l'effet : c'est net et tranchant comme un procès-verbal.

La nécessité de remédier à ce péril social s'est manifestée tout d'abord dans les pays de grande industrie. L'Angleterre s'en est occupée la première. Le prince Albert en a pris l'initiative en 1841, et s'est mis à la tête du mouvement en faveur de la création de logements ouvriers. Après sept années de luttes (2), il est parvenu à créer l'*Association métropolitaine pour l'amélioration des logements des classes ouvrières*. L'impulsion une fois donnée, d'autres Compagnies se formèrent, et, à la fin de 1890, on comptait en Angleterre 2,752 *Building Societies*, avec 605,388 membres et un capital de 1,264,559,125 francs.

La Belgique et la Hollande ont suivi le mouvement; il en a été de même de la Suède et du Danemark; mais l'Allemagne en est encore à la période des enquêtes et des vœux platoniques, tandis qu'en Amérique toutes les grandes villes ont leurs sociétés de construction qui sont en pleine prospérité.

La première tentative qui ait été faite en France pour doter les ouvriers d'habitations salubres, eut lieu à Mulhouse, en 1835, sous l'inspiration de M. André Kœchlin; mais cette heureuse pensée ne reçut son développement qu'en 1851, lorsque M. Jean Dolfus fonda la *Société Mulhousienne*. Trente ans après, elle avait construit 996 maisons, dont 672 étaient entièrement payées. Des maisonnettes semblables se sont élevées depuis au Havre et à Bolbec, par les soins de M. Jules Siegfried, au Creusot, à l'usine de M. Menier, à Noisiel, et, depuis, dans la plupart des grandes villes de France.

A Paris, la première tentative fut faite, en 1851, par le président de la République. Il fit bâtir la *cité Napoléon*, rue Rochechouart : cette grande caserne n'a jamais abrité que des fonctionnaires et des petits rentiers. La *Société anonyme des habitations ouvrières d'Auteuil* a mieux réussi; ses deux groupes de petites maisons sont louées dans de bonnes conditions. M. Cacheux a fait bâtir près de Paris la *cité des Lilas*, et, en 1888, la *Société philanthropique*, ayant reçu de MM. Michel Heine une somme considérable dans ce but, a fait construire successivement deux grandes maisons, l'une rue Jeanne-

(1) A. Raffalovich : *Le Logement de l'ouvrier et du pauvre*. Paris, 1887.

(2) Sa charte d'incorporation porte la date du 14 juillet 1848.

d'Arc, 45, l'autre boulevard de Grenelle, 65. La première contient 35 logements et la seconde 44.

C'est en province, à Lyon et à Marseille, que le problème des habitations à bon marché a reçu sa solution la plus complète. Il est en effet plus complexe qu'on ne le croirait à première vue. Les petites maisons occupées par une famille seule, comme celles de Mulhouse, du Hâvre, d'Auteuil, de Shaftesbury-Park, de Philadelphie, constituent le mode d'habitation le plus avantageux et le plus hygiénique ; mais il n'est accessible, en raison de son prix, qu'à l'élite de la population laborieuse. Le type de maisons qui convient à l'immense majorité des familles ouvrières, c'est la maison commune à plusieurs locataires, mais avec logement individuel et complètement isolé, comme celles de la rue Jeanne-d'Arc, comme celles que MM. Aynard, Gillet et Mangini ont bâties à Lyon, et M. E. Rostan à Marseille. Ce dernier est allé plus loin, il est parvenu à procurer aux familles pauvres des petits logements, au prix de 95 francs de loyer annuel.

Les efforts faits dans les différentes villes pour créer des habitations salubres, ont eu lieu sans unité de vues, sans notions préalables, et ont donné lieu à bien des mécomptes; la nécessité d'une entente entre toutes les bonnes volontés a donné naissance à la *Société Française* des habitations à bon marché, laquelle a été fondée par M. Jules Siegfried, le 1er mars 1890, et reconnue d'utilité publique le 29 mars de la même année. Cette société fournit des renseignements aux constructeurs, elle met à leur disposition des plans, des devis, des modèles de baux et de contrats. Elle a déjà rendu de signalés services et continue activement son œuvre.

Le problème de l'habitation ouvrière peut être considéré comme résolu en théorie, depuis le jour où les hygiénistes et les architectes réunis, sont parvenus à édifier, pour les travailleurs, des logements salubres et confortables, et à les leur livrer à des prix inférieurs à ceux des taudis qu'ils habitent, tout en assurant aux capitalistes un intérêt suffisamment rémunérateur; mais ils ont besoin, pour cela, du concours de l'État et des communes.

Pour le leur assurer, M. Jules Siegfried a présenté, le 5 mars 1892, à la Chambre des Députés le projet qui a donné lieu à la loi du 30 novembre 1894. Cette loi institue des comités locaux susceptibles de recevoir des dons, des legs et des subventions de l'état; elle autorise les caisses publiques à faire des prêts hypothécaires aux sociétés de constructions ouvrières ; elle exonère celles-ci de la contribution foncière et des portes et fenêtres, à des conditions dont elle pose les bases et dont un règlement d'administration publique fixera le détail.

C'est pour rédiger ce règlement que le Conseil supérieur des habitations à bon marché s'est réuni pour la première fois le 5 avril, ainsi que je l'ai dit en commençant. Il continue ses séances avec activité, et tout fait espérer que la loi du 30 novembre 1894 dont l'hygiène attend de si bons résultats ne tardera pas à être mise en vigueur.

JULES ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Transmission de la syphilis par le tatouage, par BERGASSE. (*Archives de Méd. et de Pharm. milit.*, mars 1895.)

Bergasse rapporte les observations de sept soldats des compagnies de discipline qui furent atteints de syphilis à la suite de tatouages pratiqués sur eux par un de leurs camarades, porteur de plaques muqueuses dans la bouche. L'inoculateur se servait d'aiguilles fines, enduites d'encre de Chine qui devait être délayée dans de l'eau. Les mêmes aiguilles servaient pour tous les individus. L'enquête apprit que l'inoculateur délayait l'encre de Chine avec sa salive et qu'il en humectait machinalement les aiguilles en les portant à sa bouche. A plusieurs reprises, il avait aussi enduit de sa salive les parties tatouées, pour mieux faire pénétrer la couleur.

Observations sur la caducité des membranes diphtériques après les injections de sérum. (VARIOT, *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 21 mars 1895.)

Variot, qui a soigné plus de trois cents diphtéries à l'hôpital Trousseau avec le sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur, considère que la propriété la plus certaine et la plus constante de ce sérum est de provoquer la chute des fausses membranes. Dans les angines graves, l'action *décollante* du sérum est manifeste. Son effet sur les phénomènes généraux de la diphtérie est plus incertain.

Le mécanisme de la chute des membranes est encore ignoré ! Variot pense que les phénomènes vaso-moteurs jouent le plus grand rôle dans le décollement. Il est vraisemblable qu'il est dû à une action de l'antitoxine sur l'innervation vaso-motrice.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'influenza, par MASSÉ. (*Revue de Médecine*, mars 1895.)

Massé a fait les recherches expérimentales et cliniques de l'action prophylactique de la quinine contre l'influenza.

Dans une première série d'expériences, il a inoculé à des lapins du sang provenant de malades influenzés. Il a obtenu dans quatre cas des cas favorables à l'action prophylactique de la quinine.

Dans une deuxième série d'expériences, il a inoculé à trois animaux, préalablement quininés, des cultures du bacille de Pfeifer. Ces trois animaux ont évité l'infection grippale, alors que sur trois animaux témoins, non quininés, deux ont succombé à la suite de l'inoculation du même bacille. D'autre part, l'observation clinique a démontré à Mossé que la quinine exerçait une action préventive et une action fiévratice sur les manifestations de la grippe. Toutefois, il est indispensable que les sels de quinine soient administrés à doses élevées.

Un cas de scarlatine compliquée d'abcès de la paupière droite et du tibia, avec broncho-pneumonie, par MARK JACKSON. (*British Med. Journal*, 23 mars 1895.)

Mark Jackson publie dans le *British Med. Jaurnal* un cas rare de scarlatine, compliquée au septième jour d'un abcès de la paupière. Après l'ouverture spontanée de cet abcès, l'enfant eut une broncho-pneumonie, pendant laquelle il y eut complication d'otanhie. Enfin, trois semaines après le début de la scarlatine, des frissons et de la fièvre se déclarèrent avec accompagnement de douleurs et d'enflure du tibia gauche. Un abcès se forma rapidement au niveau de cet os. Une incision fut reconnue nécessaire pour amener l'évacuation de ce pus. L'enfant guérit.

Influence du chloroforme sur les fonctions de l'estomac chez les sujets sains, par STADNITZKY. (*Wratsch.*)

L'ingestion du chloroforme a un excellent effet sur les fonctions de l'estomac : la quantité de suc gastrique, son degré d'acidité, le pourcentage d'HCl libre, l'action de la présure, les fonctions digestives et absorbantes de l'estomac, en un mot toutes les fonctions de l'estomac sont améliorées. Il y a seulement un peu d'affaiblissement des fonctions motrices. L'appétit a été amélioré chez tous les sujets en expérience. La dose employée est de 3 à 10 gouttes de chloroforme, cinq minutes après chaque repas.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 9 AVRIL 1895

M. Clozier a envoyé récemment à l'Académie deux Mémoires : l'un sur *Les zones hystérogènes et les zones hystéroclasiques*, l'autre sur *l'origine gastro-intestinale des hystéro-névroses*. M. DEBOVE présente un rapport sur ces deux Mémoires.

Dans le premier, M. Clozier étudie surtout la zone cardiaque, qui aurait un pouvoir hystéroclasique constant : il suffirait d'exercer une forte pression au niveau de la pointe du cœur pour arrêter une attaque d'hystérie.

Mais cela est-il aussi constant que le dit M. Clozier? Et, quand le phénomène existe, ne peut-il s'expliquer par la suggestion? Tout autre moyen suggestif n'aurait-il pas produit le même résultat?

Dans son Mémoire, M. Clozier émet en outre l'opinion que l'hystérie tient moins à un état congénital qu'à des excitations périphériques diverses. L'hystéro-traumatisme est, il est vrai, un cas de cette nature. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Debove, on ne peut appliquer cette donnée à l'ensemble très complexe des faits que l'on englobe aujourd'hui sous le nom d'hystérie.

Faut-il d'autre part, comme le dit M. Clozier dans son second Mémoire, attribuer l'hystérie à des troubles gastro-intestinaux? Certes, les troubles digestifs, en affaiblissant physiquement le malade et en l'affectant vivement au point de vue moral, peuvent jouer le rôle de cause occasionnelle dans le développement de l'hystérie. Mais il ne faut point nier le rôle de l'hérédité nerveuse. Il est des cas où les troubles digestifs sont consécutifs à l'hystérie; il en est d'autres enfin où l'hystérie existe seule sans troubles gastro-intestinaux, ni primitifs ni secondaires. Il est bien difficile, dans de tels cas, de ne pas admettre l'influence d'un état congénital.

— M. HALLOPEAU présente ensuite un androgyne dont l'histoire a été publiée en 1892 par M. Guermonprez. La configuration des organes génitaux externes est surtout féminine; leur aspect est celui d'une vulve avec des grandes et des petites lèvres, un petit pénis simulant un gros clitoris et une dépression similant le vagin. La présence d'un testicule dans l'une des grandes lèvres ne laisse pas de doutes relativement au sexe de ce sujet, d'autant plus que l'autre testicule a été enlevé et examiné histologiquement.

Tout l'ensemble de l'individu participe des deux sexes; il a cependant des goûts exclusivement féminins; il a fallu le placer à l'hôpital dans la salle des femmes; il demande qu'on le débarrasse de son testicule, dont la présence dans la grande lèvre le gêne dans ses rapports sexuels.

M. Hallopeau propose de donner à de tels sujets le nom d'*androgynes*, le premier radical du mot indiquant le sexe réel; on appellerait *gynandres* les individus présentant l'anomalie inverse, et le nom d'*hermaphrodite* ne s'appliquerait plus qu'aux êtres réellement bisexués.

— Le malade que présente M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE était atteint d'une hypertrophie nasale considéable, ainsi qu'enr témoigne un moule pris il y a quelque temps. M. Lucas-Championnière opéra ce malade par la méthode d'Ollier (décortication par le thermo-cautère, sans tentative de restauration). Le résultat fut excellent; la guérison fut très rapide. Le procédé a aussi donné à M. MARC SÉE de beaux succès. Mais il le simplifie en laissant, entre les cautérisations, des bandes de peau, au lieu de décortiquer tout le nez. Mais la guérison, fait remarquer M. L. Championnière, doit être plus longue, surtout dans des cas aussi prononcés que celui de son malade.

— M. CAMESCASSE (de Saint-Arnoult) vient de nous communiquer, sous le nom de *pancardites grippales*, un certain nombre de cas de troubles cardiaques, qu'il a récemment observés au cours d'une épidémie de grippe. Ces troubles

on revêtu deux aspects, deux formes : une forme dyspméique, avec angoisse sternale et vive douleur entre les épaules; une forme syncopale, avec phénomènes d'angine de poitrine.

Cinq cas se sont terminés par la mort subite.

LISTE DE PRÉSENTATION POUR L'ÉLECTION D'UN MEMBRE CORRESPONDANT NATIONAL

En 1re ligne, MM. Testut (de Lyon);
» 2e » Bertrand (de Cherbourg);
» 3e » Fiessinger (d'Oyonnax) et Glénard (de Lyon);
» 4e » Mossé (de Toulouse) et Soulié (de Lyon).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 10 AVRIL 1895

Pronostic et traitement des fibrômes de la paroi abdominale.

M. RECLUS résume, à propos du procès-verbal, l'observation du malade qu'il a présenté dans la séance précédente, et qui, opéré en 1883 par M. Verneuil pour un volumineux fibrôme de la paroi abdominale, sans qu'on aît pu faire l'ablation complète, en raison d'adhérences intimes à l'intestin et aux vaisseaux iliaques, avait quitté l'hôpital avec une récidive dont le pronostic fatal n'avait fait de doute pour personne. Or ce malade est aujourd'hui parfaitement vivant, et M. Reclus a pu constater que le néoplasme n'était plus actuellement représenté que par une tumeur du volume d'un œuf de poule. Rapprochant cette observation d'une observation analogue de Gesselder et d'un fait d'Esmarch, dans lesquels la guérison s'est produite également malgré une extirpation incomplète, M. Reclus montre qu'il y a quelque exagération dans la rigueur du pronostic que l'on porte habituellement au sujet de ces fibrômes de la paroi abdominale, dont l'extirpation est rendue impossible par leurs adhérences aux organes profonds.

M. SEGOND fait observer qu'il ne faudrait pas en conclure que le premier devoir et la première loi du chirurgien ne sont pas de tout enlever, lorsqu'on est en présence d'une de ces tumeurs de la partie abdominale, les obstacles qui pouvaient il y a quelques années limiter l'opération n'ayant plus raison d'être actuellement.

Après, M. SÉE rappelle un fait dans lequel il a vu se produire une récidive suivie de mort, malgré une ablation complète. M. Quénu signale une disposition anatomique que présentent quelquefois les fibrômes de la paroi abdominale, et qui peut faire croire que l'on a laissé une partie du néoplasme, alors que l'on a tout enlevé : dans une ablation de fibrôme développé aux dépens de l'aponévrose antérieure d'un des muscles directs de l'abdomen, il a pu, en effet, constater en arrière de la tumeur l'existence d'une myosite qui avait déterminé l'adhérence au péritoine, et qui aurait pu être prise pour une portion du néoplasme qui serait restée après l'ablation du fibrôme.

Gastro-entérestomie par le procédé du bouton de Murphy.

M. MONOD communique deux nouvelles observations de gastro-entérestomie pour cancer de l'estomac, faite avec l'emploi du bouton de Murphy. Sa première malade est morte trente-six heures après l'opération, mais il s'agissait d'un cas désespéré; on a pu voir, à l'autopsie, que le bouton avait parfaitement tenu. La deuxième malade, opérée le 21 février dernier, est actuellement bien portante, mais elle n'a pas encore expulsé le bouton.

Traitement des fistules uretèro-vaginales.

M. POIRIER a blessé une seule fois l'uretère dans une hystérectomie vaginale, et la fistule a guéri spontanément au bout d'une vingtaine de jours. Ce n'est pas, à son avis, lorsqu'on place les pinces cervicales que l'on risque de pincer l'uretère, mais plutôt lorsque dans le décollement antérieur, on a déchiré le plexus veineux qui accompagne l'uretère à son abouchement dans la vessie; c'est en mettant une pince supplémentaire sur ces veines vésicales qu'on s'expose à blesser l'uretère.

M. ROUTIER a vu, à la suite d'une hystérectomie, une fistule se produire au vingt et unième jour, consécutivement à la chute d'une eschare, et il pense que, dans la plupart des cas, la fistule n'est pas due à un pincement primitif de l'uretère.

M. BAZY étudie comparativement les avantages de la voie vaginale et de la voie abdominale dans la cure des fistules uretèro-vaginales; et, contrairement à MM. Segond et Tuffier, il conclut nettement en faveur de la voie abdominale, qui permet d'assurer à coup sûr l'avenir du rein en supprimant le rétrécissement de l'uretère et en l'empêchant de se reproduire, sans d'ailleurs être plus grave que la voie vaginale, puisque dans toutes les observations parvenues à la connaissance de M. Bazy, les malades opérées par la voie abdominale ont parfaitement guéri.

Présentation de malades.

M. MONOD montre un homme opéré d'empyème, *in extremis*, avec résections costales très étendues, pour supprimer le sinus costo-diaphragmatique; le résultat est excellent.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 5 AVRIL 1895

Dans sa dernière communication sur le traitement de la diphtérie à l'hôpital Lariboisière, M. Gouguenheim a peut-être exagéré la fréquence de la diphtérie de l'adulte, par rapport à celle de l'enfant. C'est, du moins, l'opinion de M. CATRIN, qui n'a que rarement observé, dans l'armée, l'angine diphtérique. Le chiffre de la morbidité par cette affection varie, en effet, de 0,8 à 1,2 %, et la mortalité n'atteint jamais les chiffres effrayants qu'on signalait, chez les enfants, avant la sérothérapie, 50 à 60 %; chez les soldats, elle oscille entre 9 et 12 %.

M. Catrin insiste sur l'utilité de l'examen bactériologique, car il est des angines à streptocoques, par exemple, qui peuvent entraîner la mort (ainsi que M. Catrin en a observé deux cas cette année), et qu'on confondrait facilement avec des angines diphtériques. D'autre part, celles-ci sont quelquefois extrêmement bénignes; témoin cet étudiant du service de M. Vaillard, chez lequel l'examen bactériologique seul a pu dévoiler la nature diphtérique d'une angine légère.

— La malade que présente ensuite M. Chauffard est atteinte d'une petite chorée, caractérisée par des mouvements des doigts, des mains, des pieds, et quelques grimaces de la face; le tout prédominant à droite.

Elle ne présente aucun trouble de la sensibilité, aucun stigmate d'hystérie. Les réflexes sont exagérés surtout à droite.

La langue est immobile; les mains aussi, d'ailleurs, quand la malade le veut; aussi lui est-il possible d'écrire assez régulièrement.

Cette chorée date de cinq ans, elle entre donc dans le cadre des chorées chroniques, très près de la chorée de Huntington : la chronicité, la lenteur des mouvements, l'intégrité des muscles oculaires, la possibilité de l'inhibition motrice volontaire sont, en effet, les signes de cette variété de chorée. L'état mental particulier aux chorées de Huntington fait ici défaut, il est vrai, mais, par contre, M. Chauffard a pu constater un fait important, la transmission héréditaire de la chorée de cette malade à sa fille.

La malade, âgée de cinquante-trois ans, a été atteinte, à onze ans, d'une première atteinte de chorée, dans la convalescence d'un rhumatisme aigu; les mouvements prédominaient à droite; à vingt et un ans, dès le premier mois d'une grossesse, elle eut de l'hémichorée droite; à quarante-huit ans, un an après la ménopause, et à la suite d'une émotion vive, la chorée reparaît et persiste depuis cette époque.

La fille de cette malade a eu, à treize ans, dans la convalescence d'un rhumatisme, une première attaque de chorée. A dix-sept ans, à l'occasion d'une frayeur, seconde chorée. Hémichorée droite à dix-neuf ans, au début d'une grossesse.

De tels faits montrent le lien qui peut réunir la chorée vulgaire au type de Huntington; ils plaident en faveur de l'unité des chorées arythmiques.

M. Gilles de la Tourette fait ressortir pourtant ce fait que la malade de M. Chauffard ne présente aucun trouble psychique; or, un des traits de la chorée de Huntington, c'est de se terminer par la démence.

— Un malade âgé de cinquante-six ans, ni alcoolique ni syphilitique, et ayant joui d'une bonne santé jusqu'au 12 décembre dernier, fait une chute dans les escaliers; sa tête vient frapper contre une marche, et il perd connaissance. Le malade est très affirmatif sur ce point que la perte de connaissance n'a pas été initiale. On le transporte à l'hôpital Saint-Louis, où on constate seulement une plaie du cuir chevelu. Le malade ne reprend connaissance que quatre jours après, et il se réveille avec une paralysie des quatre membres. Peu à peu, cependant, les mouvements sont revenus et les phénomènes paralytiques se sont amendés progressivement. La motilité n'est cependant pas encore complète; il persiste un affaiblissement des quatre membres, plus marqué du côté gauche, d'où l'allure d'un hémiplégique que présente le malade; on trouve, en outre, un léger degré de contracture des quatre membres, de l'exagération des réflexes, surtout à gauche; il n'y a aucun trouble des sensibilités, générale ou spéciale, aucun trouble psychique. Aux mains, on constate une vaso-dilatation intense quand les bras sont pendants; elles se tuméfient et deviennent violettes.

Tel était l'état du malade quand il est entré dans le service de M. Debove.

On ne peut point dire qu'il s'agit ici d'hystéro-traumatisme, puisque le malade ne présente aucun stigmate d'hystérie. M. Debove pense donc que l'on peut étiqueter ce fait : névrose traumatique.

La névrose traumatique n'est pas une entité morbide, comme l'ont voulu plusieurs auteurs allemands. Charcot a montré que les symptômes indiqués se rapportaient à des affections très diverses : hystérie, neurasthénie, ou à des véritables lésions organiques, telles que la sclérose en plaques. M. G. de la Tourette pense que souvent il s'agit d'hystérie, même dans de tels cas où les stigmates semblent manquer.

— A propos du rapport qu'il présente ensuite sur la candidature de M. Feltz au titre de membre correspondant, M. Lereboullet communique deux faits intéressants d'appendicite; dans l'un, la perforation s'annonça par une douleur vive au niveau de l'appendice, et la mort survint trois jours après une intervention chirurgicale trop tardive; dans l'autre, on observa pendant plusieurs mois les signes d'une typhlite avec boudin cœcal; l'intervention chirurgicale, demandée enfin par le malade, amena rapidement la guérison complète; l'appendice réséqué présentait des altérations considérables.

Ce sont là de nouveaux faits en faveur de l'intervention chirurgicale dans les appendicites.

— M. Ferrand présente l'observation d'une femme de vingt-cinq ans qui, après avoir présenté depuis le commencement de 1894 des signes de dyspepsie douloureuse, des vomissements, des hématémèses; mourut en mars dernier de pneumonie. A l'autopsie, on ne trouva que des ulcérations superficielles de la muqueuse gastrique, mais pas d'ulcère rond. Cette malade n'avait, d'ailleurs, pas présenté le point douloureux dorsal que M. Ferrand considère comme caractéristique; ce qui est surtout remarquable, c'est que des ulcérations légères de l'estomac aient pu produire d'abondantes hématémèses.

M. Hayem a observé un nouveau mode pathogénique de l'ulcère rond. Chez un malade mort de péritonite aiguë à la suite d'une perforation de l'estomac. L'autopsie démontra, en effet, l'existence de deux ulcères gastriques : l'un en voie d'évolution, l'autre ayant perforé la paroi.

Or, ces ulcères s'étaient creusés au niveau d'un adénome gastrique. Il semble donc que l'ulcération ait eu pour point de départ la mise à nu, à la surface de l'estomac, d'une portion de l'adénome, et que cette portion ait subi le travail d'auto-digestion.

H. Richardière et Fournier.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

MM. Déjerine et Mirallié ont montré une malade atteinte de syringomyélie unilatérale avec hémiatrophie de la face et phénomènes oculo-pupillaires. Cette malade présente, outre l'hémiatrophie, une diminution d'ouverture de la narine; la sécrétion sudorale est absente du même côté et la tempéra-

ture est abaissée. Pour des auteurs, ces différents phénomènes proviennent de troubles fonctionnels dans le domaine du sympathique cervical et non, comme on pourrait le croire, d'une lésion de la racine descendante du trijumeau.

— M. E. Boinet a recherché quels pouvaient être les effets de l'ablation des deux capsules surrénales. Le mécanisme de la mort, survenant après la double décapsulisation, varie suivant la durée de survie de l'animal opéré. Elle est due au shock nerveux traumatique, à la névrolysie ou à l'inhibition, lorsque l'animal succombe quelques heures après l'ablation des deux capsules. Si la mort n'arrive qu'au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, on ne peut guère l'attribuer qu'aux trois causes suivantes :

1° A la rétention dans les muscles, le sang et les viscères des rats décapsulés, de substances toxiques accumulées et non éliminées par suite de la suppression des capsules surrénales. Cette toxité des muscles et du sang des rats décapsulés est prouvée par vingt-six expériences ;

2° Aux altérations du sang qui contient, dans les deux tiers des cas environ, du pigment noir, des gravulations ocre et des cristaux dérivés de l'hématoïdive, surtout chez les rats morts de décapsulation ;

3° Plus rarement aux lésions inconstantes de la moelle et du grand sympathique. Ces altérations, qui sont exceptionnelles à la suite de l'ablation capsulaire avec la tige de platine rougi, sont plus fréquentes lorsqu'un fil à ligature, une ablation incomplète ou une inflammation expérimentale ou pathologique (comme dans les cas de maladie d'Addison) a déterminé des lésions irritatives des capsules surrénales et des régions voisines. Ce sont des altérations de cet ordre (généralement d'origine tuberculeuse) qui expliquent la fréquence des lésions nerveuses dans la maladie d'Addison : cette curieuse affection ne dépend donc pas exclusivement de la destruction simple des capsules surrénales et de l'ablation consécutive de leurs fonctions, car M. Boinet a, dans son laboratoire, onze rats sans taches pigmentaires et en excellent état, malgré la décapsulisation qu'ils ont subie depuis plusieurs mois.

— Nous avons mentionné les idées relatives à la pathogénie du sommeil, que M. Mathias Duval a basées sur les découvertes de M. Ramon y Cujol. Pour M. Ch. Monin, ces idées sont inadmissibles, car les terminaisons libres et en bouton des prolongements cellulaires dirigés les uns vers les autres et qui sont rétractés, déformés, déchiquetés, sont l'effet de la rétraction et de la brisure des anastomoses cellulaires sous l'influence du réactif durcisseur, le bichromate potassique.

— M. Vaquez a étudié les modifications du sang dans la cyanose chronique. Un certain nombre d'auteurs a constaté que cette affection s'accompagnait d'hyperglobulie. Cette hyperglobulie est progressive et, de plus, les hématies présentent assez habituellement une augmentation de volume, également progressive et pouvant atteindre de fortes proportions. L'augmentation du diamètre globulaire est une des manifestations de la suppléance fonctionnelle que le sang oppose, chez ces malades, aux phénomènes qui résultent de l'asphyxie. On remarquera qu'il y a augmentation corrélative du taux de l'hémoblobine.

— M. Kaufman a fait des recherches sur la quantité d'urée que renferme le sang qui provient d'un muscle lorsque le muscle travaille. Certains physiologistes admettent que l'énergie développée dans le muscle en activité de contraction dérive directement des matières albuminoïdes consommées dans le tissu musculaire. S'il en était ainsi, on devrait retrouver dans le sang veineux qui sort du muscle en activité un excès d'urée. Or, pendant la contraction comme pendant le repos, la proportion d'urée est la même dans le sang artériel et le sang veineux musculaire. Ce fait n'est pas favorable à l'opinion d'après laquelle l'énergie musculaire serait empruntée directement aux matières albuminoïdes du muscle ou à celles du sang. L'excès d'acide carbonique déversé dans le sang par le muscle en activité résulte de la destruction des matières hydrocarbonées et non de celle des albuminoïdes.

M. Kaufman a encore constaté que l'urée s'accumule dans le sang après la section du bulbe ou de la moelle. On sait que ces lésions suppriment plus ou moins complètement l'excrétion urinaire. L'urée continue à se former dans l'organisme et à arriver dans le sang ; mais, n'étant pas excitée, elle s'accumule dans ce liquide. La section de la moelle équivaut en quelque sorte à la néphrotomie. C'est au défaut d'élimination plutôt qu'à l'exagération de la formation de l'urée qu'il faut attribuer l'ozotémie consécutive à la section du bulbe et de la moelle.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies des enfants, par James Gaodhart, traduction française par les Dr Variot et Follenfant. (1 vol., chez Doin.)

MM. Variot et Follenfant ne se sont pas contentés de traduire pour le public médical français le *Traité des maladies de l'enfance*, de James Gaodhart. Ils y ont ajouté un grand nombre de notes et de remarques, qui sont le fruit de leur expérience personnelle. Ces annotations complètent sur bien des points la pensée de l'auteur et offrent ceci d'intéressant qu'elles permettent au lecteur de comparer les idées et la pratique des pédiâtres anglais et des pédiâtres français.

L'ouvrage est présenté aux lecteurs par une préface de

M. Variot, qui est un plaidoyer brillant en faveur de la spécialisation des maladies de l'enfance, en même temps qu'un exposé magistral de la pathogénie des maladies particulières aux enfants. Contrairement à tant de préfaces, qui ne sont en réalité que d'inutiles hors-d'œuvre, celle qui a été écrite par M. Variot, en tête de sa traduction du livre de Gaodhart, est un excellent chapitre de pachologie générale enfantile et une véritable introduction à la lecture d'un livre sur les maladies des enfants.

Cette part faite aux traducteurs, nous recommandons la lecture des premiers chapitres du livre de Gaodhart, consacré aux maladies des nouveau-nés. Le chapitre de la fièvre entremère a trait à ces accès de fièvre élevée, mais de peu de durée, si communs chez les enfants. L'intensité de cette fièvre fait souvent redouter l'invasion d'une maladie grave. Toutefois, l'examen des organes donne des résultats négatifs. Pour expliquer ces résultats fébriles, on invoque la dentition, la croissance.

Le plus souvent, il ne s'agit que de phénomènes dus à une auto-intoxication d'origine alimentaire, dont un purgatif administré à propos fait disparaitre tous les symptômes alarmants.

La pathologie du tube digestif, capitale dans la médecine infantile, est traitée complètement dans le livre de Gaodhart. On y trouvera un remarquable exposé des diverses diarrhées infantiles et de leur traitement. Les applications à la pratique qui abondent en rendent la lecture éminemment instructive.

Nous en dirons autant des chapitres consacrés aux maladies des voies respiratoires, aux maladies du système nerveux, aux troubles de la nutrition (rachitisme, etc.). Le sens pratique, qui domine la littérature médicale anglaise, est la préoccupation constante de l'auteur et explique le succès de son livre auprès des médecins et des étudiants d'Outre-Manche.

Notre seule critique serait que dans la quatrième édition de ce livre, qui date de 1851, une part trop faible ait été faite à la bactériologie, la science à laquelle la pédiatrie est redevable de ses progrès les plus incontestables dans la prophylaxie et dans la thérapeutique.

Cocaïnisme chronique d'origine nasale,
par Lœwenberg. (*Bulletin médical.*)

Le travail de Lœwenberg, reproduit dans le *Bulletin médical*, signale un nouveau mode d'intoxication chronique par la cocaïne; c'est le cocaïnisme à la suite d'applications médicamenteuses répétées de solutions ou de poudres cocaïnées sur le pituitaire. L'auteur a observé deux malades, qui à la suite de ces applications cocaïnées présentèrent le délire hallucinatoire, avec accès d'homicide ou de suicide, qu'on observe si souvent dans le cocaïnisme chronique.

L'iodure de potassium dans l'actinomycose,
par Berard. (Thèse de Bordeaux.)

Berard a réuni dans sa thèse tous les cas d'actinomycose dans lesquels le traitement par l'iodure de potassium a été employé. Ce traitement a amené la guérison environ quatre-vingt-quinze fois sur cent. L'iodure de potassium peut donc être considéré comme un spécifique de l'estinomycose. Comment agit ce médicament? Les expériences de Berard montrant que l'actinomyce pousse facilement dans les milieux de culture additionnés d'iodure, il semble vraisemblable que l'iodure de potassium agit surtout sur les éléments anatomiques.

H. Richardière.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Bureau central. — L'ouverture du deuxième concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, qui avait été fixé au vendredi 26 avril, à midi, est reculé au lundi 20 mai, à la même heure.

Par suite, la clôture du registre d'inscription des candidats, qui devait avoir lieu le lundi 8 avril, est prorogée jusqu'au lundi 29 avril.

Concours de l'internat (nominations). — *Internes titulaires :* 1. Cunéo, Imbert, Terrien, Nobécourt, Ombredanne, Hepp, Lesné, Bernard, Rist, A. Sicard, Estrabaud, Dujarrier, Marchais, Brin, Claisse, Millian, Garnier, A. Martin, Cottet, M. Chaillous.

21. Gardy, Blanc, Bize, Macrez, Comte, Haury, Bertherand, Auclaire, Cavasse, Termet, Pascal, Coville, Barnsby, Descazals, R. Mercier, M. Faure, Heresco, Salmon, Sainton, Levrey.

41. Delamare, Le Für, Desvaux, Branca, Bigeard, Delmont-Bebet, Piatot, Canuet, P. Tissier, Got, Lombard, Bonamy, Guillemin, G. Le Roy, Vouzelle, Schæfer, Decloux, Cestan.

Internes provisoires : 1. Deguy, Ménier, Martinet, Rosenthal, Guibé, Hérard, Poix, Veuillot, Mettetal, Jean Roger, Griffon, Nimier, Guillemot, Le Dard, Luys, Larrieu, Choppin, Noël Jay, Clamouse, S. René Bonnet.

21. Ferron, Druault, Rastouil, Constensoux, Véron, Pelisse, Vast, Zimmern, Sauvage, Tissot, Weill, Delestre, Villeneuve, Cochemé, Guilbaud, Clermont, Roux, Rudaux, Dardel, Riffé.

41. Henri Tissier, Durrieux, Brosset, Armand Lévy, Mlle Leclerc, Maugery, Simon Grosjean, Gibert, Fays, Ghika, Gaullieur l'Hardy, Moret, Gabriel Sicard, Pédeprade. Theohari, Andreau, Fernand Monot, Grisel, Veau, Olgiati.

61. Daumy, Millienne, Castaigne, Deroyer, Bourguignon, Maurice Millet, Dupuy-Dutemps, Jules Lévy, Poulain, Bacaloglu, Heim, Gaudeffroy, Jousset.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France aura lieu les 21 et 22 avril prochains, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Voici l'ordre du jour des deux séances :

Séance du dimanche 21 avril 1895. — La séance sera ouverte à deux heures : 1° Allocution du président ; 2° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Motet, membre du Conseil général ; 4° compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1894, par M. Lerhboullet, secrétaire général ; 5° présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association, renouvellement partiel du Conseil général. Candidats : MM. Thomas, Hugot, Philbert et Reynier membres sortants, arrivés au terme de leur exercice (les membres du Conseil sont rééligibles) ; membres du Conseil à remplacer : MM. Marjolin, décédé, Boutin et Cazelles, démissionnaires ; 6° élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1896 ; première partie du rapport de M. de Ranse sur les pensions viagères à accorder en 1895.

A sept heures précises : Banquet à l'Hôtel Continental.

Séance du lundi 22 avril 1895. — La séance sera ouverte à deux heures : 1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale ; 2° approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale ; 3° deuxième partie du rapport de M. de Ranse sur les pensions viagères, discussion et vote des propositions ; 4° rapport de M. A.-J. Martin, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1896, et sur les vœux pris en considération par la dernière Assemblée générale.

Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris. — L'assemblée générale de l'Association aura lieu le 20 avril, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria. — *Banquet de l'internat :* Le banquet annuel de l'internat en médecine aura lieu le samedi 20 avril, à sept heures et demie, sous la présidence de M. le professeur Tillaux, dans les salons de l'Hôtel Terminus. — Le prix est fixé, comme chaque année, à 20 francs pour les anciens internes, et à 16 francs pour les internes en exercice.

Le massage par les aveugles. — Au Japon, le massage est pratiqué à peu près exclusivement par des aveugles, que la délicatesse de leur toucher rend particulièrement aptes à cet emploi, et que leur infirmité même fait accepter plus volontiers par la clientèle.

On commence à les employer à Saint-Pétersbourg, où il existe une grande école de massage, dont le professeur est aveugle. Dans l'espoir de créer un débouché pour ses pensionnaires, qu'elle trouve difficilement à placer, la direction de l'Asile des aveugles d'Edimbourg annonce aujourd'hui qu'elle est en état de procurer des masseuses parfaitement au courant du métier. Malheureusement, les masseurs et masseuses sont probablement, à l'heure actuelle, aussi nombreux que les clients et clientes à masser.

Mauvais état des finances des hôpitaux de Londres. — La situation est assez grave pour que dans quelques-uns des plus grands, des plus beaux et des plus anciens hôpitaux, des salles entières soient fermées faute d'argent. Dans certains, on a été obligé de réserver un grand nombre de lits à des malades payants, à l'exclusion de ceux qui ne peuvent payer et pour qui, cependant, les hôpitaux ont été faits.

A Saint-Thomas Hospital, trois salles sont évacuées et deux autres ont été temporairement affectées à la réception des malades payants. A Margate Infirmary, 130 lits sur 220 sont inoccupés faute de fonds nécessaires. A Middlesex Hospital les revenus de l'an dernier n'ont atteint que 20,000 livres sterling, tandis que les dépenses ont dépassé 37,000 livres.

A qui incombe la responsabilité de cet état de choses ? Est-ce la mauvaise gestion des administrateurs qu'il faut accuser ? Ou la charité publique est-elle en baisse ?

La convention de Genève et l'expédition de Madagascar. — Le gouvernement Hova n'ayant pas adhéré à la convention de Genève, le service de santé ne sera pas neutralisé pendant l'expédition de Madagascar. Conséquemment, les infirmiers conserveront leur arme à feu, fusil ou mousqueton. Les médecins auront leur revolver et un sabre, au lieu et place de l'épée, qui n'est pas une arme de guerre.

Téléphones et maladies contagieuses. — Un journal du matin avait annoncé que l'Administration des téléphones venait de prendre des mesures pour parer aux dangers de transmission de maladies contagieuses que pourrait causer l'emploi des appareils publics. D'après notre confrère, les récepteurs devaient être dorénavant pourvus d'une feuille de parchemin très légère que l'on aurait changée après chaque communication. A l'Administration des téléphones on a déclaré que l'information était inexacte et qu'aucune mesure nouvelle n'était adoptée ni même proposée. Depuis longtemps, l'Administration prend pour les appareils publics certaines précautions sanitaires. Tous les matins les appareils sont lavés et désinfectés, à l'aide d'une solution antiseptique prescrite par les médecins de l'administration. Les parois des cabines sont également lavées avec la même solution. Les cabines doivent être tenues avec toute la propreté désirable, fréquemment balayées, etc. Conformément à un avis de l'Académie de Médecine, l'Administration a fait placarder à l'intérieur du cabinet un écriteau invitant les personnes qui prennent des communications à ne pas cracher sur le sol ni sur les parois. Là se bornent jusqu'à présent les mesures réglementaires. *(Progrès médical.)*

Le phosphore devant le Parlement. — La Chambre a décidé de voter un crédit, d'accord avec le Gouvernement, pour établir un concours donnant les moyens de fabriquer les allumettes, ne présentant plus les dangers du phosphore blanc. Ce crédit est inscrit au budget, sous la rubrique : « Recherches pour la suppression du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes, 50,000 francs. »

La misère des médecins en Allemagne est fort grande si l'on en juge par le fait suivant : La *Deutsche Tageszeitung* reproduit une lettre écrite par un médecin à son tailleur et à son associé pour leur demander un délai de paiement. Il termine ainsi : « Ce que j'aimerais le mieux, ce serait de prendre avec vous l'arrangement suivant : je m'engagerais, en échange des vêtements que j'ai reçus, à traiter les deux associés chacun pendant deux maladies à venir. Si l'un d'eux succombait au cours de la première maladie, le survivant aurait naturellement droit au traitement gratuit pour trois maladies. Je vous fais remarquer que par maladie je n'entends pas une indisposition passagère telle que rhume, coryza, etc., mais bien une maladie véritable, par exemple, une pneumonie, une fièvre thyphoïde, une hydropisie, un cancer, etc. »

Nécrologie. — MM. le Dr Parisot, professeur honoraire de la Faculté de Nancy ; Augey (de Biarritz) ; J. Coignet (de Bordeaux) ; Cuinier, médecin aide-major de deuxième classe ; Peyri (de Bazas) ; Zénon Pupier (de Lyon).

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 16. L'UNION MÉDICALE 20 Avril 1895.

SOMMAIRE

I. Bulletin.
II. Feuilleton.
III. Ulcères traumatiques de l'estomac.
IV. Revue critique de la Presse : Chirurgie.
V. La sérothérapie dans la diphtérie au Congrès allemand de médecine interne de Munich.
VI. Académie et Sociétés savantes :
1° Académie de Médecine;
2° Société de Chirurgie;
3° Société de Dermatologie.
VII. Protestation des chirurgiens des hôpitaux de Paris.
VIII. Échos et nouvelles.

BULLETIN

Le nouveau règlement de l'Administration de l'Assistance publique sur les consultations externes des hôpitaux.

Un règlement de l'Administration de l'Assistance publique, formulé contre l'avis du Conseil de surveillance et malgré la protestation formelle et unanime du corps médical des hôpitaux, menace de modifier complètement le mode d'admission des malades et les consultations externes.

D'après les termes de ce nouveau règlement, Paris sera divisé en un certain nombre de circonscriptions correspondant à plusieurs hôpitaux, dans lesquels les habitants de la circonscription seront désormais obligés de se rendre, soit pour être hospitalisés, soit pour demander une simple consultation. La consultation externe ne pourra plus être faite par les médecins de l'hôpital. Le nouveau règlement décrète qu'elle sera faite par un personnel médical de création nouvelle, dont les membres seront dits *assistants de consultation*.

Le mode de recrutement de ces assistants de consultation n'est pas encore bien précis, si ce n'est dans les désirs de l'Administration. L'avenir nous apprendra si cela ne nous prépare pas quelques déceptions de ce côté.

A notre avis, le projet de l'Assistance publique lèse gravement les intérêts des malades et ceux du corps médical. Les chirurgiens des hôpitaux, par une protestation unanime déposée entre les mains de M. le ministre de l'Intérieur, ont déjà fait valoir leurs réclamations. Les médecins, de leur côté, organisent un pétitionnement dans le même sens. Les intérêts des malades seront, nous l'espérons bien, défendus par le Conseil municipal, qui s'en montre ordinairement si soucieux.

La principale raison de cette soi-disant réforme de la consultation externe des hôpitaux serait que les médecins, absorbés par la visite, souvent surchargés de besogne, se désintéressent de la consultation externe et la feraient faire fréquemment par les internes. A cela il est facile de répondre que beaucoup de médecins, et des plus occupés (professeurs, membres de l'Académie, etc.), tiennent à honneur de ne négliger aucune partie de leurs fonctions et de faire la consultation comme le reste du service hospitalier. Enlever à ces médecins la possibilité de donner des conseils aux indigents qui les réclament et viennent les demander à la consultation de l'hôpital est injuste, vexatoire et profondément nuisible aux intérêts des pauvres, dont l'Assistance publique est cependant la tutrice naturelle. De quel droit empêcher les malades pauvres de s'adresser à tel médecin dont ils connaissent la réputation, souvent le renom

FEUILLETON

Vaines disputes.

Je le disais, il y a deux mois, à propos d'un bruyant article de la *Revue des Deux-Mondes* : il est des querelles qui, jamais closes, assoupies seulement par des trèves plus ou moins longues, se réveillent avec une étonnante facilité, se rallument au moindre souffle comme un tison resté ardent sous la cendre qui le cache sans l'éteindre.

La querelle dont il s'agit s'est ranimée, en effet, plus âpre que jamais, et l'importance qu'on attache à sa conclusion se révèle par la qualité même des champions à qui les adversaires confient le soin de leurs causes. Il y a quinze jours à peine c'est la voix d'un des plus grands parmi les illustres qui s'est fait entendre, et j'avoue tout de suite que ma conviction n'a pas été plus entraînée par ce beau discours qu'elle ne l'avait été par d'autres plaidoyers ou d'autres réquisitoires. Les circonstances mêmes dans lesquelles il a été prononcé, cette vente de brochures publiées sous un patronage qu'on pourrait presque appeler confessionnel sans violenter outrageusement la signification du terme, m'avaient paru enlever aux arguments cette partie de leur puissance qui vient de leur spontanéité. La mise en scène m'a gâté la pièce; le banquet m'a gâté le discours dont le texte s'est fâcheusement ressenti, à mon avis, des conditions en vue desquelles il a été composé.

Sous les prétentions magnifiques et sans bornes qu'il a revendiquées pour elle, l'orateur du Salon des Familles a rapetissé la science. Il l'a faite étroite, hargneuse, intolérante. C'est autrement que je la comprends. Je ne la veux ni rancunière des difficultés, des persécutions, si l'on veut, autrefois subies; ni craintive devant un catéchisme comme devant un ennemi redouté et se croyant obligée pour sa sécurité à les nier tous; ni ridiculement orgueilleuse à l'instar d'un parvenu qui prendrait une richesse récente pour de nombreux quartiers de noblesse. Je ne la veux pas surtout s'abaissant jusqu'à se mettre au service d'un système quelconque de philosophie. Elle vaut mieux que cela et par son but, et par ses moyens, et par ses résultats. En faire un instrument de polémique, c'est commettre la

comme spécialiste de maladies déterminées, et qu'avec l'ancien règlement, ils étaient assurés de pouvoir consulter à son hôpital, à certains jours fixes ?

A la place d'un maître connu, l'Administration exige que les malades s'adressent à un de ses assistants de consultation. Elle oublie que la confiance ne s'impose pas, qu'elle ne se décrète pas non plus. Quelle que soit la valeur scientifique des assistants, ils auront un défaut, celui d'être jeunes, inconnus du public le plus souvent. Les malades s'imagineront volontiers qu'il ne lui présentent pas les mêmes garanties que les médecins titulaires de l'hôpital. De là à déserter la consultation externe de l'hôpital et à se rejeter sur les cliniques privées et les dispensaires, il n'y a qu'un pas. Si tel est le désir de l'Assistance publique, elle sera bientôt satisfaite.

Est-il exact d'affirmer que le service de la consultation demande trop de temps pour être fait convenablement, sans qu'il en résulte un préjudice pour la visite ? Nous le contestons pour plusieurs hôpitaux, pour ceux de la rive gauche principalement.

Dans les hôpitaux où ce service est très chargé, il semble qu'on pourrait d'ailleurs faire la consultation l'après-midi. Nous sommes sûrs que la plupart des médecins accepteraient cette solution plutôt que de renoncer au privilège de donner leurs conseils aux pauvres qui les demandent et qui ont confiance en eux. Remarquons, d'ailleurs, que par une inconséquence flagrante, l'Assistance publique laisse la consultation aux médecins des hôpitaux spéciaux, où les consultations externes sont particulièrement chargées et longues, au point de prendre souvent toute la matinée.

Au lieu de formuler son nouveau règlement, l'Administration avait un moyen simple de procéder. Il lui était facile de demander individuellement aux médecins des hôpitaux s'ils voulaient garder leur consultation externe en s'engageant, bien entendu, à la faire eux-mêmes et très exactement.

Quelques médecins, pourvus d'un service très actif, se trouvant surchargés de besogne, auraient peut-être renoncé volontiers à faire la consultation, et auraient accepté, à défaut de leur interne, un assistant de consultation, dont ils auraient pu apprécier le mérite.

D'autre part, si l'engagement de faire soi-même la consultation n'avait pas été tenu par un certain nombre de médecins, l'Administration n'avait qu'à faire valoir ses droits et à imposer l'assistant.

Le plus grand nombre des médecins aurait certainement tenu à garder et à faire exactement la consultation externe, dont le fonctionnement seul permet l'enseignement et les recherches scientifiques dans une voie déterminée.

L'Administration étant bien armée contre les manquements et la négligence dans le service de la consultation, tel qu'il fonctionne actuellement, on cherche vainement les motifs de sa décision. Nous ne croyons pas, en effet, que ce soit uniquement pour montrer qu'elle est à la piste de toute réforme, car si elle est en peine de réformes, et si elle veut en faire, nous nous ferons un plaisir et un devoir de lui en indiquer quelques-unes, plus urgentes et plus justifiées.

Donation Dupouy. — Le président du Conseil général des Facultés de Bordeaux est autorisé à accepter, au nom du corps des Facultés de cette ville, aux clauses et conditions imposées dans l'acte notarié du 3 janvier 1895, la donation faite audit corps par le sieur Bernard-Eugène Alexandre Dupouy, sénateur, d'un titre de trois mille francs de rente 3 °/₀ sur l'État français pour la création, à la Faculté de Médecine de Bordeaux, d'une chaire de clinique gynécologique.

même déplorable erreur que de faire des religions un expédient de polémique.

La science doit ignorer tout ce qui n'est pas elle. Sûre de ses méthodes et des conséquences qu'elle en tire, elle peut marcher droit devant elle sans soucis étrangers. Elle sait que rien ne peut prévaloir contre les certitudes qu'elle acquiert. Mais qu'elle ne se mente pas à elle même et, empruntant des procédés de rhéteurs et de sophistes, qu'elle ne donne pas contre elle à ses adversaires des armes trop faciles. Qu'avait donc à faire la science avec la poésie quand Homère écrivait l'*Iliade* ? qu'avait-elle à faire avec l'art quand les ouvriers de Mycènes modelaient les masques et les pectoraux d'or dont on revêtait les Atrides dans leurs tombeaux ? Elle est donc restée stationnaire ? que dis-je ? elle a donc reculé depuis les âges où s'élevaient les merveilles de Thèbes, de Louqsor, d'Héliopolis et d'Athènes, dont les débris seuls nous rendent muets d'admiration, jusqu'à ceux où l'on s'acharne à boulonner les tours de 300 mètres ? Où était-elle la science quand de divins artistes peignaient à la détrempe leurs fresques immortelles ? Et quels savants sont, aujourd'hui encore, les hommes qui martèlent ces inimitables bijoux de l'Inde ceux qui fouillent ces prodigieux ivoires du Japon ? Je ne doute pas que Michel-Ange ait été un des hommes les plus instruits de son temps, mais quel besoin de supposer « qu'il ait dû s'affranchir des préjugés dogmatiques de ses contemporains » pour ciseler le *Moïse* peindre le *Jugement dernier* et bâtir l'écrasante basilique de Saint-Pierre ? C'est une hypothèse qui semble s'être bien allègrement affranchie de l'esprit scientifique.

La science est-elle plus étroitement liée à la morale qu'elle ne l'est à l'art et à la poésie ? Il est sûr que les hommes qui conformeraient très exactement leur vie aux règles que la physiologie permet déjà de formuler, mèneraient une existence fort régulière et que leur morale privée ne laisserait pas trop à désirer. Il pourrait n'en être pas tout à fait de même de la morale publique. Mais la physiologie est d'hier à peine ; dire qu'elle est de demain serait presque plus vrai ; si la morale l'avait attendue, l'humanité aurait eu jusqu'à nos jours une fort triste conduite, et les théologiens, puisqu'il faut en revenir à cette perpétuelle opposition, n'ont pas fait œuvre absolument sté-

ULCÈRES TRAUMATIQUES DE L'ESTOMAC

I

L'influence des traumatismes sur la formation des ulcères ronds de l'estomac parait incontestable dans quelques cas. Il existe, en effet, un certain nombre d'observations, dans lesquelles les symptômes classiques de l'ulcère de l'estomac (les hématémèses, les douleurs, spontanées et exagérées par l'ingestion des aliments, la sensibilité au creux épigastrique, etc.), se sont montrés chez des malades, indemnes jusque-là de tout symptôme dyspeptique, presque immédiatement après une contusion violente de la région épigastrique. Potain, qui a signalé le premier le rôle joué par le traumatisme dans la pathogénie de l'ulcère simple, a observé plusieurs malades, chez lesquels l'origine traumatique de l'affection gastrique était manifeste. Dans une thèse faite sous sa direction, Derouet a pu réunir, quatorze observations d'ulcère de l'estomac, dont le traumatisme était la cause directe.

Dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*, Duplay a rapporté l'histoire de trois malades qui, à la suite de traumatismes de la région épigastrique, présentèrent pendant un temps relativement court les symptômes de l'ulcère rond. Dans les trois observations de Duplay, il s'agissait de contusions de l'épigastre à la suite de coups ou des chutes sur cette région.

Vanni et Ritter ont observé des faits semblables. Ce dernier auteur a relaté, d'après Hoffmann, une autopsie médico-légale, où après une contusion de l'épigastre, on trouva un soulèvement de la muqueuse avec épanchement sanguin sous-jacent.

J'observe en ce moment à l'hôpital Hérold un malade atteint d'ulcère simple de l'estomac, dans lequel le traumatisme a joué un rôle évident. Voici l'histoire de ce malade brièvement résumée.

G..., âgé de trente-huit ans, palefrenier, entre à l'hôpital Hérold avec les symptômes classiques de l'ulcère simple de l'estomac. Il se plaint de violentes douleurs dans l'estomac avec retentissement dans le dos. L'ingestion des aliments ramène ces douleurs quand elles ont cessé momentanément et les exaspère quand elles existent encore. La palpation de la région épigastrique est extrêmement douloureuse. Le madade a de fréquents vomissements d'aliments, qui sont suivis d'accalmie dans les souffrances. Il a eu à différentes reprises des hématémèses, dont quelques-unes ont eu lieu sous nos yeux.

G... présente des signes d'alcoolisme (tremblement des mains, rêves terrifiants, douleurs dans le bas des jambes). Il avoue d'ailleurs des excès alcooliques.

G... fait remonter à huit mois le début de ses accidents, qui se sont montrés à la suite d'une contusion de la région épigastrique. Jusqu'à cette époque, il n'avait pas souffert de l'estomac. Malgré des excès alcooliques avoués, les digestions étaient normales. Il n'y avait pas de vomissements, pas de douleurs, pas même de pituite matinale. Le début a été tout à fait significatif. Huit mois avant son entrée à l'hôpital, le malade a fait une chute, portant sur ses épaules un sac du poids de soixante-quinze kilogrammes. Dans la chute, la poitrine a porté sur une marche d'escalier, et le creux épigastrique a été contusionné par l'angle de la marche. G... affirme avoir eu, à la suite, une large ecchymose de la région sous-sternale. Immédiatement après cette chute, G... a eu des vomissements de

---

rile en la fixant dans des préceptes même immobiles. La morale est en effet une chose que je trouverais dangereux de soumettre aux évolutions qui sont la loi de la science. Si l'on veut me permettre une comparaison d'ailleurs mauvaise mais qui explique ma pensée, je dirai que la morale fluctuant avec la science rappellerait de loin la thérapeutique fluctuant avec les doctrines médicales. Il y a soixante ans, il était scientifiquement moral de saigner à outrance même dans les fièvres adynamiques. Cela l'avait été déjà aux siècles précédents. Ce serait aujourd'hui absolument immoral. Pour combien de malheureux ces fluctuations de la morale thérapeutique ont-elles été funestes ?

La morale entraînée par la science s'avance aujourd'hui, nous dit M. Berthelot « vers un idéal supérieur aux conceptions chrétiennes » fondées, entre autres choses, sur le « mépris du travail ». On se demande, en présence d'assertions aussi inattendues que celles-là, à quel public l'orateur croyait s'adresser, et le sourire vient aux lèvres dans le rapprochement forcé, irrésistible de ces deux apprentis dont les destinées, fort différentes, il est vrai, sont une véritable apothéose de l'ouvrier. En quoi une religion fondée par un apprenti charpentier aurait-elle pour le labeur normal moins de respect qu'une démocratie représentée par un apprenti tanneur ?

Reste le bonheur de l'humanité assuré par la science, par la science seule. Ce dernier point me laisse encore bien sceptique. Si séduisante que soit la perspective de l'alimentation de l'avenir, de cet âge d'or où les laboratoires municipaux et les tribunaux correctionnels (il y en aura donc encore) seront d'accord pour poursuivre les marchands qui mêleront à leur vin du jus de raisin, j'ai la simplicité de lui préférer, aussi longtemps que ce sera possible, l'âge de fer où les coupables sont ceux qui mêlent du vin scientifique au vrai suc de la vigne, où l'azote et le carbone sont fournis à nos estomacs sous forme de bonnes grillades de bœuf et de succulentes ailes de poulet.

On a dit souvent que ce sont les prêtres qui compromettent les religions et les discréditent. C'est aux savants à ne pas compromettre la science en lui imposant une intransigeance qui lui sied mal, en l'exposant dans des disputes où elle n'a rien à gagner. La révélation, qui est devenue

sang, qui se sont reproduits pendant une semaine, survenant presque toujours après les repas. Trois jours après ce traumatisme, il a commencé à éprouver de violentes douleurs dans l'estomac. Ces douleurs présentaient déjà cette particularité d'être provoquées par l'ingestion des aliments et d'être calmées par les vomissements. G... a néanmoins continué son travail pendant quelques jours, mais il a bientôt été forcé de l'interrompre et d'entrer à l'hôpital Tenon, où il a été soigné dans le service de notre collègue Netter. Il en est sorti amélioré, mais les symptômes dyspeptiques n'ont pas tardé à reparaître et à nécessiter son entrée à l'hôpital Hérold.

Sous l'influence de la diète lactée et de la médication alcaline intensive, l'état de G... s'étant notablement amélioré, nous avons cru pouvoir procéder à l'examen du suc gastrique. Malheureusement cet examen n'a pas été possible, car l'introduction de la sonde gastrique a immédiatement déterminé des nausées et une hématémèse abondante.

II

Les symptômes des ulcères gastriques consécutifs à des traumatismes ne diffèrent pas des symptômes des ulcères simples ordinaires. On trouve noté dans les observations la plupart des signes qui permettent de faire le diagnostic de la maladie de Cruveilhier. Les douleurs spontanées, exagérées par l'ingestion des aliments et par la palpation de la région épigastrique, l'intolérance pour les aliments, les vomissements de sang, existent chez tous les malades.

Les vomissements de sang sont ordinairement abondants et se répètent avec une réelle fréquence dans les jours qui suivent le traumatisme. Dans quelques cas, ils persistent assez longtemps. Notre malade était repris d'hématémèses dès que le régime lacté était abandonné.

Les hématémèses rendent la recherche de l'état chimique du suc gastrique particulièrement délicate, voire même dangereuse; aussi on manque de renseignements positifs sur l'état du chimisme stomacal dans l'ulcère traumatique. On a vu que cette recherche avait été impossible chez notre malade, en raison des accidents amenés par l'introduction de la sonde gastrique.

L'évolution des ulcères traumatiques présente quelques particularités intéressantes. Le début est brusque. Les symptômes apparaissent presque immédiatement après le traumatisme, le jour même ou dans les deux ou trois jours qui suivent la contusion de l'abdomen. Les symptômes se montrent d'emblée au grand complet, alors que dans l'ulcère simple d'une autre origine ils font leur apparition généralement les uns après les autres. La période de dypspepsie en rapport avec l'hyperchlorhydrie qui précède et cause l'ulcère simple ordinaire, fait défaut dans l'ulcère traumatique qui se montre chez des individus souvent indemnes jusque là de tout symptôme gastrique.

Une fois déclarés, les ulcères traumatiques de l'estomac présentent deux variétés au point de vue de leur évolution. Dans une première variété, qui correspond aux observations rapportées dans le mémoire de Duplaz, la marche de la maladie est rapide. Les symptômes se présentent dès le début avec une grande acuité. Mais la durée de la maladie est courte. L'amélioration survient avec une grande rapidité et, après deux ou trois semaines, la guérison est complète. Telle est l'observation d'une malade qui ayant reçu des coups à l'épigastre, fut prise de vomissements quatre heures après le traumatisme, et rendit du sang pres-

---

conciliante, a trouvé dans sa nouvelle attitude des avantages réels. Elle s'est mise, si je puis m'exprimer ainsi, en excellente posture et se donne le beau rôle. Avez-vous lu la *Fin du Monde* de Flamarion ? Il y a là une scène bien amusante et tout à la fois d'une réelle portée philosophique. Pour calmer les anxiétés de la foule qui attend dans les transes d'une légitime terreur le choc annoncé d'une comète rencontrant la terre, des savants — astronomes, géologues, médecins, — exposent les innombrables théories qu'on a faites sur la destruction de notre planète : refroidissement, combustion, dessèchement, inondation. Après le développement de chaque système, quelqu'une des personnalités illustres du haut clergé qui n'a pas dédaigné d'assister à l'émouvante séance se lève et cite un texte de la Bible démontrant l'exactitude des prévisions de la science « Il est écrit, dit l'archevêque à la séance du matin : la lune et les étoiles tomberont. » — « Il est écrit, dit le vicaire général à la séance du soir quand on explique le nivellement et l'immersion définitive des terres : toute montagne sera abaissée et toute vallée sera comblée. »

C'est là une plaisante façon d'exprimer cette idée que la révélation ne gêne pas la science; elle n'en contredit aucune des vérités; elle répond à un ordre d'idées que la science n'aborde pas, qu'elle n'a pas même la prétention d'aborder jamais. Dès lors, pourquoi le conflit? La science donne-t-elle une solution (je dis solution certaine et démontrée, non pas seulement possible et probable) à certaines questions? Peut-elle nier que ces questions existent? Peut-on nier que l'humanité, jusqu'à présent, du moins, se les soit toujours posées, en ait toujours été occupée, inquiète, tourmentée, angoissée même? Empêche-t-elle que ces mêmes problèmes ne se dressent encore et indéfiniment devant l'esprit des hommes? Leur refusera-t-elle le droit d'en être obsédés? Trouvera-t-elle le « comment » et surtout le « pourquoi » du commencement et de la fin des choses? Aura-t-elle expliqué les créations et la vie quand elle nous aura fait entrevoir au sein des immensités effroyables de l'espace cette grandiose épouvante de la collision entre deux soleils éteints transformant en chaleur les forces de leur course vertigineuse subitement enrayée et, de deux globes noirs et glacés, reconstituant une nébuleuse incandescente? Aura-t-elle satisfait la curiosité, vaine et fausse peut-être,

que pur. Dans la journée, il y eut plusieurs vomissements et une intolérance gastrique presque absolue. Les jours suivants, la douleur au niveau de l'estomac persista avec des nausées au moment de l'ingestion des aliments. Très rapidement ces symptômes s'atténuèrent, et la malade quitta l'hôpital complètement guérie, au bout de quinze jours.

Dans une deuxième variété, dont notre observation est un exemple, et dont Bouneret a observé un cas analogue, l'évolution est toute différente. Les symptômes persistent plusieurs mois, parfois même plusieurs années. Dans cette deuxième variété, l'ulcère causé par le traumatisme évolue exactement comme l'ulcère simple classique.

A quoi tiennent ces différences dans la marche des ulcères traumatiques? En l'absence de renseignepréciS sur l'état du suc gastrique du blessé, il est difficile de se prononcer d'une manière certaine. Il paraît cependant vraisemblable que c'est l'état de sécrétion gastrique qui peut expliquer l'existence de ces deux variétés. Lorsque l'ulcère traumatique a une courte durée et guérit dans une période de temps qui ne dépasse pas le nombre de jours nécessaire à la cicatrisation d'une plaie, il est vraisemblable que le suc gastrique est normal et que l'hyperchlorhydrie fait défaut. Quand les accidents se prolongent aussi longtemps que dans l'ulcère classique, il est probable que l'hyperchlorhydrie existe, soit qu'elle ait été antérieure au traumatisme, soit qu'elle ait été causée par lui.

A la première variété répondent les ulcérations traumatiques; à la deuxième, de vrais ulcères d'origine traumatique.

III

Les traumatismes qui causent des ulcères gastriques sont presque toujours des contusions de la région épigastrique. Parfois, il s'agit de contusions directes, de coups violemment portés avec le poing ou avec un instrument contondant quelconque. Plus souvent, il s'agit de chutes, dans lesquelles la région de l'épigastre porte sur un corps dur, à angles saillants, tels qu'une marche d'escalier ou le brancard d'une voiture. La contusion peut laisser une ecchymose appréciable et marquer ainsi le point où a agi le traumatisme. Il est plus fréquent que la contusion soit profonde et que les téguments de la de la paroi abdominale respectés ne portent aucune ecchymose appréciable. On sait que les contusions des organes abdominaux, même quand elles sont très graves et s'accompagnent de déchirures ou de ruptures des organes intéressés, peuvent ne laisser aucune trace extérieure. L'estomac ne se comporte pas autrement, à ce point de vue, que les intestins, le foie ou la rate. Pour que le traumatisme de la région épigastrique se transmette à l'estomac et détermine une lésion de sa muqueuse, qui deviendra le point de départ d'un ulcère, il semble nécessaire que l'organe soit distendu par des gaz ou par les produits de la digestion. On conçoit, en effet, difficilement que les parois de l'estomac, flasques et mobiles à l'état de vacuité, puissent offrir assez de résistance pour subir les effets d'une contusion. L'estomac vide est plus exposé à la compression qu'aux contusions. Les expériences sur les animaux, entreprise par divers observateurs, et en particulier par Vanni, ont, d'ailleurs, établi que la replétion exagérée de l'estomac était la condition la plus favorable à la production des lésions traumatiques. Elles ont montré que dans ce cas la lésion de la muqueuse ne faisait jamais défaut.

Lorsque l'estomac est distendu, les coups portés sur sa face antérieure ont pour effet de redresser

---

mais réelle, que nous éprouvons de savoir quelles raisons il y avait que nous fussions des êtres conscients, capables de plaisir et de peine et auxquels répugne malgré eux l'idée d'un définitif non être?

Son impuissance et son mutisme devant ces interrogations ne constituent pas à la science le droit de s'irriter contre elles. Que si jamais elle entrait en possession d'une vérité absolument incompatible avec les enseignements fournis sur ces sujets par ce qu'on a nommé à tort ou à raison : la révélation, alors elle pourrait l'écraser de son dédain. Elle n'aurait même pas à prendre cette peine. Le fantôme s'évanouirait tout seul, et le plus simple bon sens en ferait instantanément justice. Mais tant que cet ordre d'idée ne sera pas de toute évidence contraire à la raison, tant qu'il sera simplement au-dessous d'elle et hors de sa portée, il n'y aura pas d'anathème capable de le détruire. Les sciences d'observation et de métaphysique sont destinées à vivre longtemps encore, toujours même, côte à côte. De là le profit, qu'à mon humble avis, elles auraient à vivre en paix.

Création d'un laboratoire municipal de bactériologie. — Dans sa séance du 6 avril, le Conseil municipal a décidé la création, au laboratoire de micrographie de la Ville de Paris (observatoire de Montsouris), d'un service spécial pour l'étude bactériologique de la diphtérie.

Le laboratoire, situé à l'annexe Lobau, aura en dépôt des boîtes spéciales renfermant des tubes de sérum gélatinisé, des tubes stérilisés et des spatules, afin que les médecins puissent se procurer facilement les moyens d'ensemencement des sécrétions des fausses membranes. Ces tubes, une fois reportés au laboratoire, les résultats de l'examen seraient transmis aux intéressés dans les vingt-quatre heures au maximum.

Ecole de Médecine d'Angers. — M. Thézée, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé d'un cours d'histoire naturelle.

Association pour l'avancement des sciences. — Le vingt-neuvième Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra à Bordeaux, du 4 au 10 août, sous la présidence de M. E. Trélat.

violemment les courbures de l'organe, et particulièrement la petite courbure (Potain). Les tuniques de l'estomac (et surtout la muqueuse qui est la moins extensible) subissent les effets de ce redressement et se rupturent en un ou plusieurs endroits. A défaut du redressement brusque, la compression de la petite courbure contre la colonne vertébrale peut amener une ecchymose ou une déchirure de la muqueuse.

Les expériences de Vanni montrent que la lésion traumatique de l'estomac consiste tantôt dans une déchirure de la muqueuse, tantôt dans une ecchymose de cette membrane avec infiltration de sang dans le tissu sous-muqueux. D'après cet auteur, il existe toujours, en même temps que l'ecchymose, des troubles circulatoires intenses, des ruptures des capillaires et des artérioles qui expliquent l'action ultérieure du suc gastrique et la formation d'une ulcération.

Les lésions de la muqueuse gastrique produites par le traumatisme ne dégénèrent pas fatalement en ulcère. A ce point de vue, les expériences de Quincke sont très instructives. Chez des animaux porteurs d'une fistule gastrique, cet auteur a déterminé des lésions diverses par pincement, constriction ou cautérisation de la muqueuse à l'aide du nitrate d'argent et du fer rouge. Ces divers traumatismes ont amené la formation d'une eschare, suivie de plaie dont la cicatrisation a généralement été obtenue en dix ou quinze jours. Les lésions ont évolué comme les ulcères traumatiques de la variété à laquelle convient mieux le nom d'ulcérations traumatiques.

Les expériences prouvent que seul le traumatisme n'est pas suffisant pour produire un véritable ulcère simple. Pour que cet ulcère se forme, il est nécessaire qu'un autre élément pathogénique intervienne, qui empêche la cicatrisation de la plaie due au traumatisme. Cet élément nécessaire réside dans l'hyperchlorhydrie.

Lorsque le suc gastrique a sa composition normale, les lésions de l'estomac se réparent avec la même rapidité que les plaies superficielles des autres organes. Lorsque l'acide chlorhydrique est en excès, cet acide empêche la cicatrisation et transforme la plaie, simple à son origine, en une plaie spécifique en un ulcère rond.

IV

Le traitement des ulcères de l'estomac causés par un traumatisme ne présente pas d'indications spéciales. Le régime lacté absolu et les alcalins à haute dose en constituent la base essentielle. Le sous-nitrate de bismuth à doses massives est indiqué, surtout dans la période qui suit le traumatisme. Les hématémoses, souvent abondantes, parfois même menaçantes, seront traitées par la glace intus et extra, et par les injections d'ergotine. Elles nécessitent le repos absolu de l'organe, aussi est-on souvent obligé de nourrir les malades pendant plusieurs jours à l'aide de lavements alimentaires.

H. Richardière.

REVUE CRITIQUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

De l'occlusion des plaies de l'intestin sans sutures.

La rapidité dans l'acte opératoire étant une des principales conditions de succès dans les interventions sur les viscères abdominaux, on s'est efforcé de l'abréger le plus possible. De là l'idée du bouton de Murphy et d'une méthode nouvelle dont nous parlerons tout à l'heure, que M. Faure, prosecteur des hôpitaux, vient de communiquer à la Société Anatomique (1).

Mais auparavant, disons encore quelques mots de ce fameux bouton, dont la presse médicale, tant française qu'étrangère, est remplie. Et tout d'abord, M. A. Guillemain nous apprend, dans la *Gazette hebdomadaire* du 13 avril 1895, que l'idée des anastomoses viscérales sans sutures a été émise pour la première fois, en 1826, par Denans (de Marseille), qui fit construire un bouton reposant sur le même principe que celui de Murphy. M. Collin possède encore le modèle dans sa collection d'instruments; mais des expériences sur les animaux auraient seulement été faites. Ce petit point, tout à l'honneur de la chirurgie française, mentionné, signalons la statistique donnée par Willy Meyer à la *Medical Society of London*.

Ce chirurgien nous mentionne les cas suivants opérés par lui :

Une iléocolostomie pour fistule intestinale pratiquée avec guérison. Le bouton mesurait 6 centimètres de long sur 22 millimètres et a été expulsé le sixième jour;

Trois cas de gastro-entérostomie avec une guérison opératoire et mort ultérieure par pneumonie : l'autopsie montra le bouton dans l'estomac;

Une guérison opératoire et mort ultérieure par embolie; le bouton, non expulsé, devait être resté dans l'estomac;

Une guérison opératoire et expulsion, au vingt-unième jour, par l'anus, du bouton qui mesurait 28 millimètres;

Un cas de gastro-entérostomie, opéré par W.-W. van Arsdale, avec mort au deuxième jour par constric-

(1) Séance du 12 avril 1895.

tion du bout périphérique à travers le méso-côlon (gastro-entérostomie postérieure); le bouton était dans l'estomac;

Une anastomose latérale du gros intestin pour cancer, suivie, six semaines après, d'une anastomose bout à bout par Abbe; le premier bouton employé pour l'anastomose latérale, ne fut pas expulsé, et le second détermina un sphacèle des bords de l'intestin et une péritonite consécutive avec issus des matières; la mort s'ensuivit le septième jour;

Une résection de l'angle iléo-cæcal par Abbe, suivie d'anastomose bout à bout de l'iléon et du côlon; mort le sixième jour par obstruction intestinale due au bouton lui-même;

Une cholécystentérostomie par Abbe, suivie de guérison;

Une anastomose bout à bout de l'iléon avec guérison opératoire par Willy Meyer;

Huit cas d'entéro-anastomose avec guérison opératoire par le même chirurgien;

Un cas de fistule intestinale consécutive à une hernie, pour laquelle Murphy pratiqua une anastomose intestinale. La fistule persista et la troisième semaine, Kammerer put extirper le bouton par la plaie. Le malade mourut quelques jours plus tard, de péritonite.

Comme on le voit, ces résultats sont plus ou moins encourageants, et ce qui frappe, c'est le nombre de fois que le bouton n'est pas rendu ou qu'il retombe sur l'estomac, se trompant ainsi de côté, comme Willy Meyer en donne plusieurs exemples. M. Monod ne vient-il pas, dans l'avant-dernière séance de la Société de Chirurgie, de nous citer un cas dans lequel le bouton, placé le 21 février, n'a pas encore été expulsé, et, dans le service de M. Périer, nous connaissons une malade qui garde le même appareil depuis deux mois. On ne peut cependant pas laisser indéfiniment un corps étranger de ce volume et infecté, dans l'organisme; mais, le point délicat, c'est de savoir l'endroit où il se trouve, et cela doit souvent varier; chez certains malades, qui ont des fistules pyostercorales, le bouton doit être le plus souvent sorti du tube intestinal; chez d'autres, il peut y être resté, soit fixe, soit, au contraire, mobile, mais où et dans quelle situation?

Arrivons-en maintenant à la méthode nouvelle due à la collaboration de MM. Faure et Suarez (d'Angers). Il s'agit tout simplement, tellement simplement, d'après M. Faure, qu'il est stupéfait que cette idée ne soit pas venue à un autre qu'à lui; il s'agit, disons-nous, de prendre les deux lèvres de la plaie intestinale à l'aide d'une pince à ressort analogue à celle qui sert à fixer le bas d'une cravate sur une chemise empesée. On introduit la pince à ressort fermée dans la cavité intestinale en la faisant passer par la solution de continuité. Une fois dans l'intestin, on dirige les mors parallèlement à l'axe de la plaie. On ouvre alors la pince en pressant à travers les parois de l'intestin sur les arcs flexibles qui font effet de ressorts. On introduit entre les mors béants de la pince les lèvres de la plaie en les retroussant dans l'intestin, de façon à ce que le revêtement séreux des deux faces soit en présence, et interrompant la pression des doigts, les mors se rejoignent et adossent les deux lèvres de la solution de continuité intestinale par leur séreuse.

Il est bien entendu que la pression des mors déterminera le sphacèle des parties enserrées et que la pince deviendra libre. Elle sera alors évacuée comme un simple bouton de Murphy. Inutile de dire aussi qu'il faut avoir plusieurs modèles de pinces s'adaptant au calibre de l'intestin, à sa direction, ainsi qu'à la longueur et à la forme de la plaie.

L'idée, comme on le voit, est très ingénieuse; le seul point délicat est l'évacuation de cette pince, qui pourra peut-être se mettre en travers, car elle n'est pas lisse et ronde comme le bouton de Murphy, qui lui-même se trouve quelquefois si bien dans l'intestin qu'il ne veut plus en sortir. Il y a du reste les expériences qui répondront, car M. Faure en a promis bientôt les résultats. Jusqu'ici il ne nous donne qu'une observation faite sur le chien probablement et, portant sur le gros intestin. Soixante-quinze heures après elle était rendue, ce qui est presque trop vite; mais il est vrai que c'est sur le chien... et puis, il y a toujours cette valvule de Bauhin qui pourrait peut-être bien devenir la barrière des boutons de Murphy et autres pièces similaires. E. R.

LA SÉROTHÉRAPIE DANS LA DIPHTÉRIE

AU CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE DE MUNICH

Le Congrès de médecine interne qui s'est tenu à Munich, au commencement du mois d'avril, a consacré plusieurs séances à la discussion du traitement de la diphtérie par la sérothérapie. Un grand nombre de médecins allemands ont apporté les résultats donnés par les injections de sérum antitoxique.

Les statistiques publiées ont été presque toutes favorables à la sérothérapie, dont l'efficacité est démontrée une fois de plus par l'abaissement général de la mortalité de la diphtérie dans les cliniques allemandes.

Heubner (à Berlin), dans une série de 1,390 cas de diphtérie traités par le sérum, a eu une mortalité de 21 %, alors qu'avant le traitement sérothérapique la mortalité avait été de 39 % sur une série de 1,332 cas.

Baginski a traité, dans la même ville, 525 cas de diphtérie par le sérum dans l'espace de l'année qui vient de s'écouler. Il a eu une mortalité de 15 %. Il s'agissait cependant d'une épidémie grave, car le traitement ayant dû être abandonné faute de sérum pendant les mois d'août et de septembre, le chiffre de la mortalité est monté pendant ces mois à 52 %.

Von Widerhoffer (de Vienne), a eu une mortalité de 20 % sur 300 malades traités par le sérum antidiphtérique. Avant ce traitement, la mortalité dans la diphtérie était, à Vienne, de 40 %.

Ranke (de Munich), von Noarden (de Francfort) ont eu une mortalité de 22 à 23 %.

A Halle, la diphtérie depuis cinq ans donnait une mortalité de 30 %. Depuis le traitement par la sérothérapie elle n'a plus donné à Meunz que 5 %.

Jendronck, à Buda-Pest, a constaté une diminution de moitié dans le nombre des cas de morts.

Les résultats apportés par Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg), sont moins favorables. Il a eu 34 morts sur 100 cas. Mais la diphtérie est toujours très grave à Pétersbourg et, avant la sérothérapie, elle donnait une mortalité de 55 cas sur 100.

Seul Kohts (de Strasbourg), a déclaré n'avoir pas eu de meilleurs résultats avec les injections de sérum qu'avec les traitements qu'il employait auparavant. Il est vrai que sa statistique n'a porté que sur 47 malades, dont 13 furent trachéotomisés.

Heubner et Baginski ont insisté sur la nécessité de commencer le traitement le plus tôt possible et ont montré par des chiffres absolument démonstratifs que la diphtérie avait d'autant plus de chances de guérir que les injections étaient faites plus près du début. Heubner n'a vu succomber aucun des malades traités dès le premier jour. Baginski a perdu seulement 2,5 % des malades qui ont reçu des injections le premier jour; 10 % de ceux qui ont été injectés le deuxième jour; 14 % de ceux qui l'ont été le troisième, et 25 à 60 % des malades chez lesquels les injections n'ont pu être faites qu'à partir du sixième jour.

Les injections de sérum faites en temps opportun paraissent empêcher le développement du croup. Heubner n'a, en effet, jamais observé l'envahissement du larynx chez les malades traités par la sérothérapie, avant qu'il y eut des signes de sténose laryngée, et même, Rauchfuss n'a vu survenir aucun cas d'envahissement du larynx quand cet organe n'était pas pris avant les injections.

Baginski et Ranke ont signalé l'effet merveilleux des injections sur l'état général des malades. Les diphtériques ont un aspect absolument différent, suivant qu'ils ont été traités ou non par le sérum. Après les injections, l'appétit renait, la pâleur des tissus et l'adynamie disparaissent. La température baisse progressivement, l'ascension thermique du sixième jour, qui correspondait à l'envahissement du larynx, n'existe pas (Heubner). La durée de la maladie est réduite. L'amélioration se manifeste dès le sixième jour au lieu du huitième (Heubner).

D'une façon générale, les membres du Congrès ont donné la préférence à l'intubation sur la trachéotomie. L'intubation, grâce à la sérothérapie, donne des résultats bien meilleurs qu'avant ce mode de traitement.

L'influence de la sérothérapie sur l'albuminurie ne semble pas avoir été élucidée par les faits apportés au Congrès de Munich. En effet, pour von Noarden, l'albuminurie est aussi fréquente avec le traitement sérothérapique qu'avec les autres modes de traitement de la dipthérie. Avant comme depuis la sérothérapie, von Noarden l'a observée dans 78 % des cas. Par contre, Siegert ne l'a obvervée que chez 1/7 des enfants traités par le sérum.

Heubner conclut de ses observations que l'albuminurie est d'autant plus rare que le traitement par le sérum est plus précoce. Chez ses malades, elle a fait défaut dans les 5/6 des cas traités le premier jour, dans les 2/3 des cas traités au deuxième jour et dans le 1/2 des cas traités au troisième jour.

Des expériences sur les animaux ont été rapportées par Treupel, de Fribourg, et par Siegert. A la suite d'injections sous-cutanées de sérum, Treupel a vu les urines devenir légèrement albumineuses. Il croit, d'ailleurs, qu'il s'agit plutôt de peptonurie que d'albuminurie vraie. D'après Siegert, dans les expériences sur les animaux, le sérum provoque l'albuminurie et l'oligurie; les urines peuvent renfermer des cylindres.

Il est fort difficile d'apprécier exactement l'influence de la sérothérapie sur la fréquence de la paralysie diphtérique.

En effet, beaucoup de malades ne peuvent être sauvés après la guérison de l'angine. D'autre part, beaucoup guérissent qui seraient morts sans les injections de sérum; et, de ce fait, la fréquence des paralysies peut paraître augmenter.

Tel est le fait observé par Meung, qui a trouvé des paralysies dyphtériques plus fréquentes qu'avant le traitement.

Von Noarden a vu la paralysie dans 21 % des cas, avec 8 morts causées par cette complication.

Seitz (de Munich) n'a, de son côté, observé que 8 cas de paralysie sur 140 diphtéries traitées par le sérum, et Heubner 12 cas sur 181.

Un fait, encore une fois mis en évidence et accepté par tous les médecins qui ont participé au Congrès de Munich, même par ceux qui, comme Kopts et Vierordt, ont fait quelques réserves sur l'efficacité du

traitement, est sa complète innocuité. Les seuls accidents notés ont été :

1° Des éruptions à type polymorphe, survenant plus ou moins tardivement, parfois avec élévation de température et localisation sur les muqueuses nasale et oculaire (Baginski). Ces éruptions ont été relativement fréquentes : 31 fois sur 181 (Heubner); 30 fois sur 140 (Seitz); 15 fois seulement sur 525 (Baginski);

2° Des déterminations articulaires, à forme arthralgique, exceptionnellement avec gonflement articulaire. Rehn (de Francfort) n'a d'ailleurs pas admis que les arthralgies fussent imputables à la sérothérapie, car il les a notées chez des malades qui n'avaient pas reçu d'injections de sérum.

Baginski a observé 7 abcès chauds au niveau des piqûres, qu'il considère comme n'étant pas dus à des fautes d'antisepsie.

Exceptionnellement, Seitz a vu 3 cas d'éruption se compliquer d'éclampsie. Enfin, Kohts, qui n'est pas partisan de la sérothérapie, a dit avoir vu survenir, chez deux malades, une pleurésie hémorragique et, chez deux autres, des hémorragies pulmonaires.

La question de l'immunisation par les injections préventives de sérum antitoxique a été abordée par quelques médecins. Baginski a fait 150 injections prophylactiques qui ont préservé presque tous les inoculés, puisque deux seulement ont eu la diphtérie, dont un est mort. Heubner a pratiqué des injections préventives 64 fois; deux enfants seulement ont été atteints de diphtérie au bout de six semaines; un succomba. A Vienne, Von Widerhoffer n'a eu aucun cas de diphtérie sur 130 enfants injectés préventivement. Dans les provinces autrichiennes, les résultats des injections préventives ont été moins satisfaisants. A Bankhoviner, un médecin, qui avait fait 67 injections préservatrices, a vu se déclarer 13 fois la diphtérie, avec 2 morts. Dans une autre série, sur 188 injections préventives, il y a eu 8 diphtéries bénignes.

En résumé, la sérothérapie dans la diphtérie est sortie de nouveau victorieuse de la discussion approfondie du Congrès de Munich, et le président, le professeur Heubner, a pu résumer les débats en formulant les conclusions suivantes :

Le sérum antidiphtérique n'est pas nuisible chez l'homme. Le médecin n'a rien à craindre dans l'application du traitement.

La sérothérapie a amené une diminution notable de la mortalité dans la diphtérie.

Le traitement par les injections de sérum antitoxique doit être appliqué le plus tôt possible.

La question d'immunisation contre la diphtérie n'est pas encore suffisamment élucidée.

H. Richardière.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 avril 1895

M. Lagneau présente des dessins représentant les parties génitales de deux hermaphrodites inscrits comme filles à leur naissance. Entre les deux lobes d'un scrotum bifide, représentant deux grandes lèvres, on voit une dépression qui simule la fente vulvaire. Or, l'un est un hypospade cryptorchide, l'autre a un testicule dans une grande lèvre. Il s'agit donc de deux individus mâles.

M. Lagneau fait remarquer que de tels cas sont loin d'être rares; même en se servant des tableaux des conseils de revision, on ne peut en dresser une statistique, car un grand nombre de ces individus sont déclarés comme filles. Mais cependant ces tableaux montrent la fréquence des malformations des organes génito-urinaires, qui s'observent environ cinq fois sur mille individus.

Élection de deux correspondants nationaux

Première élection

Ont obtenu :

MM.	Testut (de Lyon).....	35 voix.	Élu.
	Fiessinger (d'Oyonnax)..	3	—
	Soulier (de Lyon).....	2	—
	Bertrand (de Cherbourg).	1	—
	Bulletins blancs.....	2	

Deuxième élection

MM.	Bertrand.....	31 voix.	Élu.
	Fiessinger.....	7	—
	Soulier.....	2	—
	Bulletins blancs.....	4	

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Peu de membres présents à cause des vacances de Pâques, mais malgré cela d'intéressantes discussions, et tout d'abord, à propos du procès-verbal, M. Richelot prend la parole sur le *traitement des fistules uretéro-vaginales*. Nous laissons la parole à notre directeur, qui a bien voulu nous donner sa communication :

« Je n'assistais pas à l'avant-dernière séance, mais j'ai lu dans la *Gazette des Hôpitaux* la communication de M. Tuffier sur les fistules uretéro-vaginales. Je lui demande la permission d'en critiquer certains passages; ma critique portera non sur le fond du travail de notre collègue, mais sur des points accessoires auxquels, sans doute, il n'attache pas lui-même la plus grande importance.

« M. Tuffier a remarqué que les fistules uretéro-vaginales consécutives à la colpo hystérectomie siègent le plus souvent à droite; ses lectures, dit-il, lui ont prouvé qu'il en est ainsi dans huit cas sur dix. Il semble, à l'entendre parler, que ces fistules se voient à chaque instant et qu'il en a compulsé des cas nombreux. Dans quels livres ? dans quels auteurs ? Ceux qui ont une longue expérience de l'opération, et qui savent que l'uretère est bien peu exposé, se demanderont quels sont les novices qui ont fourni à M. Tuffier un si vaste champ d'études.

« Je crois voir pourquoi il juge si fréquentes les fistules de l'uretère. Il admet très facilement les fistules latérales, incomplètes, pouvant guérir spontanément. Or, je ne suis pas en mesure de les nier; mais, dans l'hystérectomie vaginale, elles me paraissent tout à fait problématiques.

L'uretère est un conduit bien étroit pour rester perméable quand il est saisi par une pince ou entamé par une eschare. Au contraire, je connais, pour les avoir observées quelquefois, des fistulettes vésicales qui s'ouvrent inopinément huit ou dix jours après l'opération, dont on peut reconnaître la nature par une injection colorée, à moins qu'elles ne soient trop petites et sinueuses, et qui finissent par guérir toutes seules. Elles surviennent alors même qu'on est bien sûr de n'avoir rien blessé; je les crois dues à une eschare intéressant le bas-fond vésical, et j'en vois la preuve dans l'époque tardive où elles se révèlent. Je pense qu'on les attribue théoriquement à l'uretère, mais que les fistules qui guérissent d'elles-mêmes sont, d'une façon générale, des fistules de la vessie.

« Voilà ce que je voulais dire au sujet de la fréquence. Mais un autre point m'intéresse bien davantage. M. Tuffier se demande pourquoi les fistules qu'il a observées siègent à droite, et il en donne une explication telle, que je ne puis la laisser figurer, sans protestation, dans les bulletins de la Société de Chirurgie. « C'est, dit-il, parce que l'opé-« rateur, abaissant l'utérus de la main gauche, place com-« modément la pince avec la main droite sur le ligament « large gauche de la femme, tandis que, pour pincer « l'autre ligament, il est obligé de croiser la main droite « par-dessus la gauche tenant l'utérus; la manœuvre est « plus pénible et l'uretère en danger. » Et il ne craint pas d'ajouter que, pour comprendre ce mécanisme, « il suffit « d'avoir l'habitude de l'hystérectomie vaginale ou même « de l'avoir vu pratiquer. » Il dit encore : « Cette position « croisée des deux mains est défavorable, ainsi que j'ai pu « m'en rendre compte, et en voyant opérer plusieurs de « nos collègues, et dans mes observations personnelles. »

« Je me demande par qui M. Tuffier a pu voir pratiquer l'hystérectomie vaginale. La manœuvre qu'il indique me paraît extraordinaire. Comment peut-on avoir l'idée d'enfoncer la pince au jugé, d'une seule main, pendant que l'autre abaisse l'utérus ? Comment ne voit-on pas que, pour placer la pince avec sécurité, la première condition est d'avoir les deux mains libres, et de se servir des doigts de la main gauche comme conducteurs ? L'utérus est confié à un aide, celui de gauche pendant qu'on agit à droite, et réciproquement; la manœuvre est absolument la même des deux côtés.

« M. Tuffier a vu, dit-il, opérer ainsi plusieurs de ses collègues; je tiens à dire que je ne figure pas parmi ceux qu'il a vus opérer.

« J'ai cependant blessé deux uretères, et, justement, les deux fistules siégeaient à droite. Mais je sais pourquoi, et je puis le dire. La première fois, c'était il y a neuf ans, dans une de mes premières hystérectomies pour cancer, sur une malade du service de M. Verneuil; le ligament large était envahi, les tissus friables se désagrégeaient sous la pince, et il fallut bien la porter de plus en plus loin pour trouver prise : l'uretère fut saisi. Chez une autre malade, que M. Périer a guéri ensuite par la néphrectomie, c'est encore à droite que j'ai trouvé les adhérences complexes et les difficultés qui m'ont fait faire la fausse manœuvre; voilà pourquoi j'ai blessé l'uretère droit. Mais je puis dire à mon collègue que, dans aucun de ces deux cas, je n'ai agi « en position croisée des deux mains ».

« J'ai noté avec précision, dans mon livre sur l'*Hystérectomie vaginale*, la manière de procéder pour éviter sûrement l'uretère. Quand on a bien dégagé le col en avant et en arrière, le doigt glisse de l'utérus vers la base du ligament large, y pénètre, décolle et soulève le feuillet péritonéal antérieur; puis il passe en arrière, repousse le feuillet postérieur, et dégage ainsi le faisceau vasculaire, qu'on peut saisir entre deux doigts. L'index, placé en avant de l'artère, sent les battements et sert de conducteur à la pince longuette, qui mord la base du ligament large, à un centimètre environ du col. Une prise de trois centimètres en hauteur assure l'hémostase et met hors de cause l'uretère. En usant de pinces à mors courts et dirigeant leur extrémité vers le bord de l'utérus, on peut être sûr de n'avoir jamais de malheur, et M. Tufffier peut effacer la phrase suivante : « L'uretère court le plus grand danger au moment où l'opérateur place sa pince sur le pied du ligament large ». Non, c'est quand il pousse en dehors une pince trop longue.

« Mais il y a encore beaucoup de chirurgiens qui connaissent imparfaitement ce manuel opératoire. Beaucoup n'aiment pas l'hystérectomie vaginale, lui attribuent des périls et des obscurités qu'elle n'a pas, voient partout des pinces qui dérapent, des ligaments larges fuyant devant l'opérateur, des artères saignant de vingt côtés à la fois, sans respect pour l'anatomie normale. Il y a des étrangers qui n'ont pas adopté la forcipressure parce qu'elle leur apparaît encore entourée de nuages et qu'elle a été rarement bien décrite. C'est jeter le trouble dans leur esprit que de leur donner comme habituelles et, en quelque sorte, nécessaires des manœuvres discutables et que n'ont jamais connues les promoteurs de cette méthode.

« Voilà pourquoi j'ai relevé, dans le travail de M. Tuffier, les passages où, pour expliquer des accidents dont il n'est pas responsable, il indique des procédés opératoires dont l'imitation est dangereuse, et charge ainsi, sans le vouloir, une opération dont il n'est pas, que je sache, un adversaire déclaré. »

C'est pour défendre aussi l'hystérectomie et la voie vaginale que M. Segond prend ensuite la parole, et successivement il s'adresse aux différents chirurgiens qui ont pris la parole : d'abord à M. Bazy, en lui disant qu'il ne pense pas que la cure des fistules uretéro-vaginales par le vagin doive entrainer la néphrectomie ultérieure plus souvent que celle entreprise par l'abdomen, ce à quoi M. Bazy lui répond que telle n'était pas sa pensée, mais qu'il s'était efforcé de démontrer qu'il ne suffisait pas de guérir l'infirmité, fistule urinaire, mais encore d'assurer le fonctionnement du rein en supprimant le rétrécissement uretéral qui existe dans toutes les fistules de l'uretère, et que, pour supprimer ce rétrécissement, la voie abdominale était la plus sûre.

A M. Poirier, qui dit qu'une pince bien placée ne pince jamais l'uretère, M. Segond répond que c'est vrai quand il n'y a pas d'anomalie, et il ajoute qu'il n'a jamais eu besoin de placer une pince secondaire sur les veinules qui accompagnent le conduit uretéral.

L'orateur est de l'avis de M. Routier, qui a fait remarquer que les fistules se montraient tardivement et qu'elles pourraient bien n'être qu'une conséquence de l'extension des eschares produites par les pinces.

Quant à ce qui est des procédés Muller, Quenu, Doyen, etc., M. Segond y ajoute peu d'importance. Pour lui, tout cela est du morcellement et quel que soit le procédé qu'on emploie, le point capital est de prolonger l'incision de la muqueuse vaginale sur les côtés, de façon à isoler la base du ligament large, qui se trouve ainsi réduit à un faisceau vasculaire, qui peut être facilement saisi avec une pince courte, sans crainte de pincer l'uretère. Enfin il est inexact d'écrire, comme l'a fait M. Pichevin, que le procédé de Doyen mettait plus à l'abri des blessures de l'uretère, car dans ce procédé on ne libère pas le col, et c'est là le temps important pour éviter le canal uretère.

M. Schwartz a pratiqué plus de cent hyptérectomies et n'a jamais blessé l'uretère. Il a essayé tous les procédés et

aujourd'hui penche du côté de celui de Doyen. Il faut, c'est là la règle, se rapprocher le plus possible du col, et c'est l'avis de M. REGNIER, qui, lui aussi, a fait plus de cent vingt de ces opérations sans fistule uretérale.

La discussion se termine par un échange d'idées sur la longueur des pinces à employer et se termine par quelques mots de M. MICHAUX, qui, a pratiqué plus de 200 hystérectomies, n'a jamais eu de fistule uretérale, et abonde dans le sens de M. Richelot, convaincu qu'il s'agit presque toujours de fistules vésicales dues à du sphacèle.

— C'est sur une *tumeur de la région sacro-coccygienne* traitée par l'extirpation que M. KIRMISSON fait un rapport: il s'agit d'un travail de M. Broca, qui a opéré ainsi une petite fille de deux mois et l'a guérie.

Le point intéressant sur lequel insiste le rapporteur est la pathogénie de l'affection. On sait combien elle est encore obscure; cependant, dans le cas présent, elle devait être, d'après les examens histologiques de M. Cazin, due à la persistance du canal neurenténique qui, chez l'embryon, fait communiquer l'intestin avec le canal de l'épendyme. Dans la tumeur opérée par M. Broca, on a en effet trouvé, en avant, des kystes tapissés de cellules semblables à celles de l'intestin et, en arrière, des cavités kystiques aussi revêtues des cils vibratils, et on sait qu'il en existe dans le canal épendymaire.

— La séance se termine par un rapport de M. PICQUÉ sur un cas de *thymus volumineux porté par un enfant mort dix minutes après une anesthésie au chloroforme*. M. Bayer (de Prague) avait endormi une fois cet enfant sans le moindre incident. A l'autopsie on trouva un thymus très hypertrophié, et, à ce propos, le rapporteur étudie, avec M. Bayer, la corrélation qui peut exister entre l'hypertrophie de cette glande et la mort subite. Il rappelle les nombreux travaux sur *l'asthme thymique*, dus à Ash, à Gravitz, à Paltauf, qui, lui, invoqua surtout l'aplatissement possible de la trachée. Nous ne pouvons malheureusement suivre M. Picqué dans tous les détails de cette étude intéressante et très documentée. Toujours est-il qu'à l'étranger on semble admettre aujourd'hui une prédisposition à la syncope cardiaque due a l'état du thymus, et, par conséquent le chloroforme n'a pu, dans le cas de M. Bayer, que faciliter l'arrêt du cœur Le rapporteur rappelle, en terminant, un procédé qui consiste, dans les accidents de chloroforme, à faire de 20 à 60 percussions énergiques sur la région de la pointe du cœur. Kœnig a pu ainsi faire revenir un malade en syncope chloroformique depuis trois quarts d'heure.

— Citons encore une lecture de M. WALTHER sur un cas de *fracture de l'extrémité inférieure du fémur à trois fragments, traitée par la suture osseuse*, et la présentation d'un calcul du canal cholédoaque par M. QUENU. Ce chirurgien montre une phalangette gangrénée par l'application d'une solution phéniquée au centième, et cite un second exemple analogue.

EUGÈNE ROCHARD.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

M. MENDEL a présenté à la Société un homme porteur de deux chancres symétriques des narines. Le malade s'est aperçu, il y a trois semaines, de l'apparition de la lésion actuelle, qui provoque des douleurs assez vives, surtout nocturnes. En soulevant la pointe du nez, on peut voir, de chaque côté, une érosion ovalaire, suintante, occupant l'extrémité antérieure de la cloison et de la cavité des narines. L'induration est très nette au niveau du lobule, et il y a une adénopathie fort nette dans les régions sous-maxillaires.

Les chancres des deux narines étant fort rares et les lésions relativement peu nettes, plusieurs membres de la Société ont fait des réserves sur le diagnostic posé par M. Mendel.

Le même auteur a aussi montré une jeune femme de vingt et un ans qui, cinq mois après le début de sa syphilis, a présenté des accidents tertiaires, des gommes à la partie antérieure de la jambe, sur le cuir chevelu, à la lèvre. Ces gommes avaient disparu sous l'influence du traitement, lorsque survinrent des accidents laryngés qui prirent rapidement un haut degré de gravité; l'aphonie devint complète et s'accompagna d'une dyspnée alarmante. Au laryngoscope on constata une infiltration séreuse de la corde vocale gauche, de la première corde et du ligament ary-épiglottique correspondant, une ankylose de l'articulation cricothyroïdenne. Il résultait de ces lésions que la fente glottique était réduite à un petit triangle postérieur. M. Mendel fit une injection de 0,03 centigrammes de calomel, et, en trois jours, les lésions étaient assez amendées pour que la malade puisse respirer normalement.

A propos de cette communication, M. BESNIER rappelant que M. Galezouwki préconise les frictions en cas de syphilis oculaire, s'est demandé si parmi les préparations mercurielles il n'en est pas qui s'appliqueraient plutôt au traitement des lésions de tel ou tel organe, M. Besnier s'est déclaré très surpris de voir une préparation insoluble agir aussi rapidement.

— M. DU CASTEL a présenté un malade qui a été atteint d'accidents d'iodisme très particuliers. Il prenait depuis un mois deux grammes d'iodure de potassium lorsque sont apparus sur le cuir chevelu, le tronc et même les membres, des placards, isolés, grands comme une pièce de 2 francs, qui, débutaient par des bulles et devenaient ensuite croûteux Au-dessous de la croûte, il y avait une surface criblée de petites ulcérations ponctuées On a supprimé l'iodure, et aucun élément nouveau n'est apparu.

M. HALLOPEAU a vu un malade qui, à sept reprises différentes, présenta des lésions analogues à celles observées par M. Du Castel.

— L'acné revêt parfois des formes singulières. Chez un homme du service de M. TENNESON, outre l'acné ordinaire, il existe de petites élevures cornées, distribuées en placards à contours polycycliques et correspondant aux follicules.

— MM. HALLOPEAU et JEANSELME ont observé un cas de lupus avec déformation de la face en groin. La déformation est due à une tuméfaction énorme avec ulcérations végétantes des lèvres, coïncidant avec une destruction des trois quarts inférieurs du nez.

— MM. HALLOPEAU et LE DAMANY avaient, en raison de leur unilatéralité et de leur marche en apparence cyclique, rapporté des ulcérations nécrotiques et gangréneuses de l'extrémité céphalique à une trophonévrose zostérienne. De nouveaux faits les ont amenés à une autre interprétation, et leurs conclusions sont les suivantes: il existe une dermatose caractérisée par le développement de boutons rouges, au centre desquels il se forme, après décollement de l'épiderme, une croûtelle blanchâtre; une ulcération sous-jacente, à bords taillés à pic, et tapissés d'un détritus grisâtre putrilagineux, s'accroit excentriquement jusqu'au moment où elle se cicatrise lentement, après élimination de la partie mortifiée. La peau peut devenir, au niveau de ces boutons, le siège d'une eschare sèche et noire; ils peuvent être le point de départ d'une gangrène étendue. Il survient concurremment des adénopathies qui suppurent et donnent lieu à des ulcérations qui prennent également un aspect nécrotique; il se produit en outre des hypérémies régionales avec tuméfaction, induration partielle, menace

de formation de gangrène. Les boutons sont généralement groupés en petit nombre ; ils affectent surtout l'extrémité céphalique ; ils se produisent également sur les parois du thorax et au voisinage de l'anus ; les muqueuses buccale et gutturale présentent des lésions semblables. L'hypothèse la plus vraisemblable est celle d'une lésion d'une nature indéterminée. Les examens bactériologiques n'ont pas révélé de microbe spécial ; la maladie diffère entièrement de l'acné nécrotique de Buck ; elle constitue un type morbide non encore décrit.

— Dans un cas de mycosis fongoïde semblant guéri, M. LEREDDE a constaté des altérations profondes (lésions du tissu conjonctif, diapédès périvasculaire, infiltration graisseuse du derme, non colorabilité de la couche cornée par l'acide osmique et présence de mastzellen en très grand nombre). Le mycosis est donc une affection cutanée généralisée, avec lésions diffuses dès son début et persistant malgré la régression apparente, la disparition absolue même des symptômes éruptifs.

— Sur un enfant présenté par M. FEULARD on a pu voir des lésions intéressantes de syphilis héréditaire. Il existait de la proéminence du frontal avec élargissement des pariétaux, des altérations des dents, et une ostéite avec gommes de l'extrémité inférieure du tibia. Le traitement a déjà fait diminuer ces gommes en même temps qu'il a fait disparaître des plaques muqueuses anales.

PROTESTATION

DES CHIRURGIENS DES HOPITAUX DE PARIS

On sait que sans avoir suivi l'avis du Conseil de surveillance, et sans avoir même laissé le rapporteur terminer la lecture de son rapport, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a fait signer par le Préfet de la Seine un règlement dont voici deux points principaux :

« 1° La division de Paris en circonscriptions hospitalières, avec obligation pour chaque malade de se faire soigner dans l'hôpital de sa circonscription ;

« 2° Les consultations hospitalières ne dépendraient plus des chirurgiens et médecins de l'hôpital, mais bien de jeunes docteurs sortis de l'internat. »

Les chirurgiens des hôpitaux de Paris ont tous immédiatement signé la protestation suivante :

« L'administration de l'Assistance publique vient de prendre deux décisions qui lèsent l'intérêt de nos malades, et contre lesquelles nous voulons protester avant de les subir.

« La première a trait à la division de Paris, en circonscriptions hospitalières, avec l'obligation pour chaque malade de se faire soigner dans l'hôpital de sa circonscription. Cette mesure est une violation de la liberté individuelle. Les riches qui ont une opération à subir choisissent leur chirurgien ; pourquoi priver les pauvres d'un droit égal que, jusqu'à présent, personne ne leur avait contesté? Prétendrait-on que, soumis au même concours, les chirurgiens des hôpitaux présentent tous la même garantie? Sans nul doute, mais la confiance ne se décrète pas, et nous avons tous vu des malades quitter leur quartier pour solliciter les soins de celui d'entre nous qui lui inspirait une sécurité particulière et toute personnelle. N'est-il pas inhumain et même un peu brutal de refuser à nos malheureux une satisfaction aussi légitime?

« D'autant que leur choix est souvent raisonné ; même en dehors des grandes spécialisations, il y a des maladies que quelques-uns d'entre nous connaissent mieux et des opérations où ils excellent. Les malades le savent, ils viennent de tous les quartiers, et cette affluence a pour avantage d'accroître encore la compétence du chirurgien, dont le patient profitera. Cette utile sélection sera-t-elle entravée par l'organisation nouvelle, et le dogme des circonscriptions hospitalières sera-t-il assez rigide pour empêcher les malades de se diriger vers ces services? Ce serait une façon singulière de faire avancer la science et de comprendre l'humanité!

« La deuxième mesure bouleverse le fonctionnement actuel des consultations hospitalières : ces consultations ne dépendront plus des chirurgiens de l'hôpital et formeront des services distincts confiés à de jeunes docteurs sortis de l'internat. Ne craint-on pas qu'en raison de leur âge, leur expérience ne soit bien restreinte, et n'aurait-on pu atteindre un résultat supérieur en améliorant, en étendant et en régularisant ce que font déjà la plupart d'entre nous? Retenu dans ses salles par les exigences toujours croissantes de la chirurgie contemporaine, le chef de service ne peut plus faire sa consultation ; il la délègue soit à un interne, soit à un assistant qui examine et soigne les cas simples, mais qui, dans les cas les plus complexes, fait appel à son chef. Ainsi s'opère un véritable triage des malades, où élèves et maîtres ont chacun l'emploi de leur compétence.

« Mais, nous dit-on, parmi les malades qui sollicitent l'hospitalisation, le chirurgien choisit de préférence ceux qui l'intéressent et laisse de côté les malheureux dont l'affection ne nécessite pas une intervention active, opération ou pose d'appareil. C'est exact, et si les jeunes docteurs qui vont être chargés des consultations agissent autrement, ils auront tort. Ne devons-nous pas attribuer les lits dont nous disposons à ceux que nous pouvons guérir et non à ceux qui, ayant surtout besoin d'un asile, occupent pendant des mois et des années la place des malades à qui nous serions vraiment utiles? En recevant en premier lieu les « aigus », le chirurgien fait donc son devoir strict; que l'Assistance fasse le sien en procurant aux « chroniques » un gîte à l'hospice ou des secours à domicile.

« Il eût été mieux séant, de la part de l'Administration, de tenir compte de l'avis des médecins et des chirurgiens des hôpitaux. Par l'autorité qu'ils tiennent d'un titre unanimement apprécié et par le dévouement dont ils s'efforcent de faire preuve envers leurs malades, ils semblent désignés pour fournir des renseignements utiles sur un sujet qui leur est aussi familier. On n'en a pas jugé ainsi. Du moins, notre protestation dégage notre responsabilité. Les décisions ont été prises sans nous, malgré nous, et même contre nous : que l'Administration supporte seule les charges des réclamations, des difficultés et des conflits qu'elle va soulever. »

ÉCHOS ET NOUVELLES

Prix de médecine navale. — Le prix de médecine navale, pour 1894, est accordé à M. Le Dantec, médecin de première classe de la marine.

Un témoignage officiel de satisfaction est concédé à MM. Fontorbe, Drevon, Fruitet, Mercié, Bohéas et Simon.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Traitement de l'éclampsie puerpérale.
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. La pathologie et le traitement des typhlites au Congrès de médecine interne de Munich.
IV. La séance annuelle de l'Association générale des Médecins de France.
V. Société de Dermatologie et de Syphiligraphie : Session annuelle de 1895.
VI. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VII. Échos et nouvelles.

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Quand on lit les différents ouvrages qui traitent de l'éclamspie puerpérale et que l'on compare les diverses statistiques, on est frappé de voir que des traitements si nombreux donnent en somme des résultats à peu près semblables. C'est qu'en effet les formes de cette maladie sont multiples et que dans bien des cas elle est si bénigne que tous les traitements réussissent. Dans d'autres, au contraire, elle est si grave que la thérapeutique est impuissante, et, malgré les soins les plus minutieux, les malades meurent rapidement.

Nous ne voulons pas dire pour cela que les secours du médecin sont inutiles, et, dans bien des cas, l'on sera assez heureux pour devoir le succès au traitement qui aura été institué.

Nous croyons également que ce traitement ne devra pas être le même dans tous les cas, et que telle éclamptique dont les accès seront subintrants et dont la température sera très élevée, ne devra pas être soignée comme une autre dont les accès seront éloignés avec une température normale. Certaines malades sont dans une agitation perpétuelle; d'autres, au contraire, sont dans un coma perpétuel. Nous pensons donc que le traitement des éclamptiques ne doit pas être une formule et qu'on devra varier ses moyens suivant les cas.

Si les auteurs diffèrent sur la question du traitement curatif de cette maladie, ils sont tous d'accord pour affirmer l'importance du traitement prophylactique. Nous commencerons par exposer en quoi consiste ce traitement, puis nous énumérerons les différents moyens que le médecin possède pour combattre cette affection. Enfin, nous terminerons par exposer la conduite à tenir au point de vue de l'accouchement.

Traitement préventif. — On sait combien il est important d'examiner les urines de toutes les femmes enceintes : c'est qu'en effet, toute albuminurique est menacée d'attaques d'éclampsie. Si cette albuminurie est reconnue, on a toutes les chances pour éviter les complications en instituant un traitement convenable.

Si la pathogénie de l'éclampsie est encore très obscure, on connait cependant certaines particularités qui accompagnent son évolution. Depuis longtemps on sait que cette maladie est due à une toxémie, et c'est seulement quand il s'agit de connaître la nature du poison que les auteurs ne sont plus d'accord; que ce soit l'urée, le carbonate d'ammoniaque, les matières colorantes du sang ou des toxines microbiennes, on sait que les attaques convulsives sont dues à un poison.

Du reste, les expériences de Tarnier et de Chambrelent, répétées tant de fois, ont prouvé que le sérum des éclamptiques est très toxique. Cette toxicité provient soit d'une production exagérée des poisons par l'organisme, soit d'une élimination incomplète de ces produits dangereux. Or, le régime lacté remplit toutes les conditions d'un bon remède antitoxique.

En effet, le lait est un aliment complet et ne contient que le minimum de poison possible. De plus, il aide à l'élimination des matières dangereuses, puisqu'il est un des meilleurs diurétiques connus. A ce compte, le régime lacté est un excellent prophylactique. La théorie est ici conforme à la pratique, et depuis que M. Tarnier a insisté sur l'importance qu'il y a de soumettre les albuminuriques au régime lacté absolu, les femmes enceintes qui sont surveillées pendant leur grossesse ne deviennent pas éclamptiques.

On sait, du reste, que pour cet auteur, il suffit d'un traitement suivi pendant huit jours pour éviter cette dangereuse maladie.

Toutes les fois que l'on constatera de l'albumine dans les urines d'une femme enceinte, il ne faudra pas hésiter à instituer le régime lacté absolu. La quantité de lait devra être suffisante : 2 litres 1/2 à 3 litres par jour. Il n'est pas besoin d'insister sur la façon dont le lait sera absorbé. La malade devra le prendre par petite quantité à la fois. Si le dégoût survient, on pourra le sucrer ou le saler à la volonté de la femme. Enfin, dans certains cas, on se trouvera bien du lait stérilisé suivant le procédé préconisé par notre maître M. Budin. Les alcalins seront un bon adjuvant du régime lacté et, ce qui est le plus pratique, c'est de couper le lait avec de l'eau de Vichy. On devra continuer le régime tant que les urines contiendront de l'albumine, aussi aura-t-on le soin de recueillir toute l'urine évacuée par la malade.

On pourra ainsi se rendre compte de la quantité d'albumine rendue. On fera bien de ne pas cesser brusquement le lait, et, quand les urines seront normales, on permettra à la malade de manger, tout en lui donnant du lait comme boisson. Enfin, à la moindre trace d'albumine, le régime lacté devra être institué à nouveau.

Il est d'autres points importants à signaler dans le traitement préventif de l'éclampsie. On sait que l'intestin est un des principaux foyers de poison, aussi l'on devra surveiller attentivement les fonctions intestinales. Les lavements suffisent généralement; mais on pourra avoir recours aux laxatifs, et en particulier à la rhubarbe qui, donnée le soir à la dose de un gramme, amène le lendemain la production de garde-robes suffisamment abondantes.

On pourra aussi faire de l'antisepsie intestinale en ordonnant du naphtol ou benzoate de soude.

Enfin il est un point qu'il ne faudra pas négliger, c'est de surveiller l'hygiène de la femme. Il faut que toute femme enceinte, et en particulier si elle est albuminurique, prenne des bains fréquents. Nous ne saurions trop insister sur ce point, d'autant plus que bien des femmes se figurent que les bains sont nuisibles à la grossesse.

L'exercice jouera aussi un rôle important, et M. Budin insiste beaucoup sur ce fait. Cet exercice devra être modéré, et la marche au grand air est certainement un des meilleurs. L'importance de cette gymnastique explique pourquoi l'éclampsie est plus fréquente chez les femmes sortant des asiles de femmes enceintes que chez les femmes du peuple, qui travaillent jusqu'au dernier moment. Sous l'influence des contractions musculaires, la circulation se fait mieux, la respiration est plus profonde et les matériaux de déchet sont détruits plus facilement.

C'est dans le même but que M. Jaccoud fait respirer de l'oxygène à ses albuminuriques.

Traitement médical. — Nous ne décrirons pas toutes les méthodes de traitement, qui sont trop nombreuses; nous ne parlerons seulement que des principales. Parmi celles-ci il faut citer la médication anesthésique, qui compte de nombreux partisans.

Chloroforme, éther. — Ce dernier agent a été employé autrefois par Channing, mais il a été détrôné par le chloroforme. La première application du chloroforme à l'éclampsie a été faite par Richet en 1848. Employé successivement par Bouchacourt, Gros, Blot, Tarnier, etc. il est devenu un des médicaments les plus employés pour combattre cette affection. Ses principaux avantages sont de diminuer le nombre des accès en affaiblissant le pouvoir sensitivo-moteur de la moelle et du bulbe. On sait que les convulsions répétées sont dangereuses pour la mère et l'enfant. Mais à côté de ces avantages, le chloroforme présente des inconvénients, aussi les adversaires de cette méthode ont-ils été nombreux, et parmi ceux-ci le plus acharné a été Depaul. En effet, le chloroforme congestionne les centres nerveux; de plus il est toxique, et l'on se demande s'il n'est pas dangereux d'ajouter encore un élément toxique aux différents poisons que l'économie doit éliminer. Enfin on a accusé le chloroforme de produire des lésions rénales, même chez l'individu sain (Rindskopf. Dürhsen). Il y a deux façons d'administrer le chloroforme: on peut le donner d'une façon continue ou au contraire ne s'en servir qu'au moment des accès. Dans le premier cas il faut maintenir la femme dans un sommeil profond pendant tout le temps que dure son éclampsie; aussi la quantité de chloroforme absorbé est-elle considérable (quatre à cinq cents grammes par vingt-quatre heures). Nous croyons que cette méthode est dangereuse, et que sous prétexte de supprimer les accès, on intoxique profondément les malades. La seconde façon de l'administrer est plus rationnelle, c'est celle qui est employée dans le service de M. Budin. On surveille attentivement la malade, et dès que les mouvements fibrillaires des muscles de la face font penser que la malade va avoir un accès, on donne immédiatement du chloroforme. Sous l'influence de cet agent anesthésique il est souvent possible de faire avorter l'accès. On cesse alors, quitte à y revenir dès qu'un accès sera en imminence.

Ce moyen est excellent et n'a qu'un inconvénient: c'est qu'il faut surveiller la malade attentivement pour surprendre l'accès dès sa naissance.

Hydrate de chloral. — Ce médicament est celui qui compte le plus de partisans. Employé la première fois par Bouchut dans l'éclampsie, son usage s'est rapidement répandu. Il est, en effet, moins toxique que le chloroforme, et l'usage en est entièrement pratique. On peut l'administrer soit soit par la bouche, soit par la voie rectale, car on a complètement abandonné les injections sous-cutanées ou intra-veineuses. Si les malades n'ont pas de vomissements et si elles conservent leur connaissance en dehors des accès, on pourra le donner sous forme de sirop de chloral. Si au contraire il est impossible de l'administrer par la bouche, on devra l'employer sous forme de lavement. On commencera par débarrasser l'intestin avec un lavement simple, puis on préparera le mélange suivant:

Lait.....	120 grammes.
Jaune d'œuf.....	N° 1
Hydrate de chloral...	3 grammes.

que l'on fera pénétrer dans le rectum à l'aide d'une petite seringue. Le lait et le jaune d'œuf sont indispensables, car sans cela le chloral irrite le rectum et le lavement peut être évacué. La dose à donner

varie suivant les auteurs; — elle oscille entre 4 grammes et 20 grammes par vingt-quatre heures.

Nous croyons qu'il ne faut pas exagérer la dose, et que, dans certains cas moyens, 6 à 8 grammes suffisent pour maintenir les femmes dans un sommeil profond.

Morphine. — Ce médicament n'est guère employé en France, car on craint son influence néfaste sur le cœur. De plus, l'opium a l'inconvénient de congestionner les poumons.

En Amérique et en Allemagne, au contraire, on l'emploie couramment. Les doses injectées doivent être assez fortes. Il faut aller jusqu'à 6 à 10 centigrammes pour obtenir un résultat.

Émissions sanguines. — Presque abandonnée par tous les médecins, la saignée semble devoir revenir à la mode depuis que l'on sait que le sérum des éclamptiques est toxique. En effet, la saignée agit en débarrassant le sang d'une partie des poisons qu'il contient. D'après Bouchard, en enlevant 32 grammes de sang à une éclamptique, on supprime 60 centigrammes de matières extractives, soit une quantité égale à 280 grammes de liquide diarrhéique et 100 litres de sueur. On voit donc qu'en retirant 500 grammes de sang on débarrasse l'organisme d'une dose notable de poison. Les autres avantages de la saignée sont d'abaisser la pression veineuse et de prévenir l'asphyxie produite par l'œdème pulmonaire.

Malgré ces bons effets, beaucoup de médecins la redoutent; on objecte, en effet, qu'elle affaiblit la malade et qu'elle diminue la sécrétion urinaire en abaissant la pression sanguine. Nous croyons, malgré cela, que la saignée est un excellent moyen thérapeutique de l'éclampsie, sourtout quand elle s'accompagne d'élévation de température.

Méthode diaphorétique. — Nous ne parlerons pas des injections de pilocarpine qui ont l'inconvénient d'occasionner une salivation abondante qui peut asphyxier les malades pendant la période de coma. Nous dirons seulement un mot des bains chauds, qui ont été préconisés par l'école de Vienne, et en particulier par Breus. On met le malade dans un bain à 38 degrés, puis on élève progressivement la température jusqu'à 42 ou 44 degrés. La durée du bain est d'environ une demi-heure, puis au sortir de la baignoire, la malade est enveloppée dans des draps chauffés et des couvertures. Ces bains sont renouvelés deux ou trois fois par jour.

Injections de sérum artificiel. — Les injections d'eau salée dans le tissu cellulaire ont été employées depuis longtemps, surtout dans les cas de choléra. MM. Porats et Bernheim ont appliqué ce moyen thérapeutique à l'éclampsie puerpérale. Ces injections ont l'avantage d'élever la pression sanguine, et, par suite, d'augmenter la sécrétion urinaire. Enfin elles diluent les produits toxiques qui sont contenus dans le sang. Ces injections seront faites dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau des fesses. Le liquide sera constitué par une solution de chlorure de sodium à 7 grammes pour 1,000. On pourra injecter de 500 grammes à un litre à la fois. Cette méthode de traitement aurait donné de bons résultats dans le service de M. Porak à Lariboisière.

Certains auteurs joignent la saignée aux injections de sérum. On retire ainsi une certaine dose de sérum toxique que l'on remplace par du liquide absolument inoffensif. Mais si l'on dilue le poison, on dilue également les globules sanguins, ce qui doit avoir de grands inconvénients au point de vue de l'hématose.

Soins généraux. — Avant de passer au traitement obstétrical, nous dirons un mot des soins généraux qui doivent être donnés aux éclamptiques. Dès qu'une femme a eu son premier accès d'éclampsie, on ne doit pas la laisser seule, et il faut placer auprès d'elle une personne qui ne la quitte pas. La malade devra être couchée dans la position horizontale, et autant que possible isolée dans une chambre où le silence sera complet. Dès que l'attaque aura débuté, on aura soin de refouler la langue pour éviter les morsures qui sont fréquentes au moment des convulsions cloniques. Le plus simple est d'introduire une compresse dans la bouche, et de s'en servir comme d'une sangle, pour empêcher la langue de sortir entre les dents.

On peut également se servir d'une cuillère de bois, que l'on fait pénétrer entre les arcades dentaires. Il est rare qu'on soit obligé de maintenir les malades, car elles n'ont pas de tendance à tomber de leur lit. Les explorations ne devront pas être fréquentes, et cependant il faut surveiller avec soin le travail, car il n'est pas rare que les malades accouchent pendant le coma, et dans ce cas le médecin n'est pas averti par les efforts d'expulsions. On devra en outre faire boire du lait à la femme, et profiter des intervalles des accès pour leur en faire absorber une certaine quantité. On peut encore introduire un tube de Faucher dans l'estomac, comme M. Tarnier l'a conseillé.

Disons en terminant que la vessie devra être vidée par le cathétérisme et que les précautions antiseptiques ne devront pas être négligées, car les éclamptiques s'infectent facilement.

Traitement obstétrical. — Nous entrons dans la partie la plus délicate du traitement de l'éclampsie. C'est, en effet, un des points les plus discutés de l'obstétrique. Doit-on laisser la femme accoucher spontanément? doit-on provoquer l'accouchement? doit-on enfin pratiquer l'accouchement forcé? Toutes ces méthodes ont leurs partisans. Nous allons

indiquer rapidement les différentes idées des auteurs sur ce sujet.

1° Le travail n'est pas déclaré. L'éclampsie se voyant surtout chez les femmes enceintes, il n'est pas étonnant que les accoucheurs aient eu l'idée de provoquer l'accouchement pour supprimer les attaques convulsives. Il n'est pas rare, en effet, de voir les accès disparaître après l'accouchement. Enfin, dans certains cas, la mort de l'enfant dans la cavité utérine ont amené la cessation des accidents. Toutes ces raisons ont engagé des accoucheurs à débarrasser au plus vite la cavité utérine de son contenu. Parmi ceux-ci, il faut citer Kiwish, Litzmann, Simon, Braün, Legroux, etc.

On pourra se servir, soit de la bougie de Krause, soit des ballons dilatateurs. Contre cette manière de faire, on n'a pas manqué de donner de nombreuses objections. Si dans certains cas les accès diminuent après l'accouchement, il en est d'autres où l'évacuation de l'utérus ne paraît pas modifier la marche de l'éclampsie; du reste, tout le monde sait que cette affection peut se rencontrer dans les suites de couches. Mais la principale objection est que le travail se déclare presque toujours spontanément sous l'influence des crises d'éclampsie. Or, il est toujours dangereux de procéder à des manœuvres qui provoquent l'apparition d'accès, puisque le travail se déclare presque toujours spontanément;

2° Le travail est déclaré. Un grand nombre d'accoucheurs (Dubois, Pajot, Charpentier, Tarnier, Budin) laissent dans ce cas le travail marcher spontanément, et, le plus souvent, la dilatation se fait rapidement. Quand la dilatation sera suffisante pour laisser passer le fœtus, on devra terminer rapidement l'accouchement par une application de forceps ou une version, suivant les cas.

D'autres auteurs sont d'avis d'intervenir pour hâter le travail, les uns emploient les moyens de douceur et, parmi ceux-ci, on peut citer le dilatateur de M. Tarnier et surtout la dilatation manuelle.

En effet, avec ce moyen on arrive assez rapidement à dilater le col utérin, surtout chez les multipares. Haultain a employé ce procédé dans trois cas d'éclampsie grave et a eu trois succès pour les mères.

D'autres accoucheurs sont d'avis de terminer l'accouchement le plus vite possible et à tout prix. Le principal défenseur de l'accouchement forcé dans les cas d'éclampsie est Dürhssen. Cet auteur n'hésite pas à pratiquer des incisions sur le col, allant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. Cette méthode est très dangereuse par les hémorragies graves qu'elle amène à sa suite et les déchirures du corps de l'utérus qui peuvent se produire au moment du passage du fœtus.

Disons un mot, pour terminer, de l'opération césarienne qui a été proposée par Halbertsma, Muller, Poll, etc.; nous pensons qu'en France bien peu d'accoucheurs seront de leur avis.

Cette opération ne devra être faite que *post mortem* quand l'enfant reste vivant dans l'utérus de la mère.

En somme, nous pensons qu'il est plus sage de ne pas provoquer l'accouchement dans l'éclampsie, puisque dans la plupart des cas le travail se déclare spontanément. Quand la dilatation sera suffisante, on devra débarrasser immédiatement l'utérus de son contenu. L'accouchement forcé sera réservé pour extraire un enfant viable en danger de mort si la mère est à l'agonie. Quant à l'opération césarienne, elle ne devra être pratiquée que *post mortem*.

BRINDEAU
Interne des Hôpitaux.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Persistance de la contagion, après la guérison apparente de la diphtérie. — Législation relative à la vente du sérum anti-diphtéritique. — Laboratoire municipal pour l'examen bactériologique de la diphtérie.

Je n'ai pas parlé de la sérothérapie depuis trois mois parce qu'aucun incident nouveau n'est venu troubler le cours paisible de ses succès. Les découvertes scientifiques, lorsqu'elles sont bien avérées, ne soulèvent plus de polémiques et cessent d'absorber l'attention. Cependant, il s'est produit récemment quelques faits qui intéressent trop fortement l'hygiène pour que je n'en parle pas.

Le premier consiste dans la persistance du bacille de Loëfler chez les enfants qui ont été rapidement guéris de la diphtérie par l'inoculation du sérum. MM. Sevestre et Méry ont communiqué, à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 5 février 1895, des faits extrêmement significatifs à cet égard, et leur communication a été longuement analysée dans ce journal par MM. Richardière et Fournier (1). Je n'y reviendrais pas si n'était le côté pratique de la question qui intéresse directement l'hygiène. Combien de temps faut-il isoler les enfants diphtéritiques, après la chute complète des fausses membranes et la disparition des symptômes généraux? Les observations rapportées par MM. Sevestre et Méry ne prouvent qu'une chose, c'est la durée très variable de la persistance et l'absence de signes cliniques permettant de la reconnaître. Ils citent des cas où on a retrouvé des bacilles virulents inoculables quarante jours après l'ablation de la canule trachéale. D'autres observateurs ont cons-

(1) *Union médicale*, n° du 16 février 1895, p. 82.

taté des faits de persistance plus longue encore. Dans la *Riforma medica*, le docteur Belfanti rapporte un cas de contagion après sept mois d'intervalle. Il n'y a d'autre moyen de s'assurer de la disparition du danger que l'examen bactériologique ; mais s'il est possible, facile même dans les hôpitaux, il n'est guère pratique dans la clientèle civile, de même qu'on ne peut pas exiger un isolement bien prolongé dans les familles de modeste aisance, où le logement est petit et les enfants nombreux. Il me semble qu'on peut donner la libre pratique aux petits malades quinze jours après la chute complète des fausses membranes, lorsqu'il n'existe plus de symptômes cliniques, et notamment quand il n'y a plus d'écoulement par les fosses nasales. Dans le cas de prolongation de la virulence pendant trente ou quarante jours, si ce jetage continuait, et tant qu'il dure, il est prudent de continuer l'isolement ainsi que les irrigations de la bouche et des fosses nasales.

— J'ai insisté à diverses reprises sur les dangers que la production et la vente des sérums thérapeutiques présenterait alors que ces produits nouveaux entreraient dans la thérapeutique courante. Leur mode de préparation est d'une délicatesse extrême; ils échappent à toute analyse et on ne peut juger de leur valeur que par les résultats qu'on en obtient. Dans de pareilles conditions, tous les vices de préparation, toutes les fraudes sont possibles. J'allais même jusqu'à regretter qu'il se formât des instituts dans les grandes villes pour la fabrication du nouveau vaccin, parce que je me demandais où serait le critérium et comment on pourrait s'assurer que les règles si minutieuses de cette élaboration auraient été religieusement respectées; mais j'étais loin de me douter que la falsification du sérum antidiphtéritique se montrerait dès le début aussi éhontée qu'elle l'a fait.

C'est avec une surprise douloureuse que j'ai lu le compte rendu de la séance du 6 avril, à la Chambre des Députés, séance au cours de laquelle le ministre de l'Intérieur est venu dénoncer le trafic infâme dont le sérum diphtéritique est l'objet : « A de malheu- « reuses mères, a-t-il dit, dont les enfants sont « atteints du croup, on vend des tubes remplis de « sang corrompu pris dans les abattoirs de chevaux « ou ailleurs. »

Le Dr Lannelongue a confirmé les assertions du ministre en citant plusieurs cas où du sérum de mauvaise qualité avait produit des accidents graves et même mortels, notamment chez un de nos confrères. De pareilles allégations étaient de nature à émouvoir la Chambre; aussi n'a-t-elle pas hésité à voter d'urgence, et par 516 voix contre 2, le projet de loi que lui a soumis le ministre et que nous reproduisons *in extenso*, en raison de son importance :

Article premier. — Les virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées et produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses et les substances injectables d'origine organique non définies chimiquement, appliquées au traitement des affections aiguës ou chroniques, ne pourront être débités à titre gratuit ou onéreux qu'autant qu'ils auront été, au point de vue soit de la fabrication, soit de la provenance, l'objet d'une autorisation du Gouvernement rendue après avis du Comité consultatif d'hygiène de France et de l'Académie de Médecine.

Ces produits ne bénéficieront que d'une autorisation temporaire et révocable. Ils seront soumis à une inspection exercée par une commission nommée par le ministre compétent.

Art. 2. — Ces produits seront délivrés au public, par les pharmaciens, sur ordonnances médicales. Chaque bouteille ou récipient portera la marque du lieu d'origine et la date de sa fabrication.

En cas d'urgence, les médecins sont autorisés à fournir à leur clientèle ces mêmes produits.

Lorsqu'ils seront destinés à être délivrés à titre gratuit aux indigents, les flacons contenant ces produits porteront dans la pâte du verre les mots : « Assistance publique — gratuit ».

Ils pourront alors être déposés, en dehors des officines de pharmacies et sous la surveillance d'un médecin, dans des établissements d'assistance désignés par l'administration, qui auront la faculté de se procurer directement ces produits

Toutes ces prescriptions ne s'appliquent pas au vaccin jennérien humain ou animal.

Art. 3. — La livraison des substances mentionnées à l'article premier, à quelque titre qu'elle soit faite, sera assimilée à la vente et soumise aux dispositions de l'article 423 du Code pénal et de la loi du 27 mars 1871.

En conséquence, seront punis des peines portées par l'article 423 du Code pénal et par la loi du 27 mars 1871 ceux qui auront trompé sur la nature des dites substances qu'ils sauront être falsifiées ou corrompues et ceux qui auront trompé ou tenté de tromper sur la qualité des choses livrées.

Art. 4. — Toutes autres infractions aux dispositions de la présente loi seront punies d'une amende de 16 à 1,000 francs.

Ce projet reproduit presque textuellement l'article 15 de celui qui a été voté en première lecture par le Sénat et qui a pour objet l'exercice de la pharmacie, mais son article 8 y ajoute une sanction pénale qui manquait à l'autre. L'article 423 du Code pénal est celui qui punit d'un emprisonnement de trois mois au moins et d'un an au plus toute tromperie sur la qualité de la chose vendue. C'est encore bien anodin, car il n'est pas possible, à mon avis, d'assimiler les misérables dont il question plus haut et dont la fraude porte une atteinte à la vie humaine, aux industriels qui vendent du vin de raisins secs pour du vin de Bordeaux ou de la margarine pour du beurre. Ceux-là ne sont que de simples larrons.

— L'examen bactériologique, tant pour le diagnostic initial de la diphtérie que pour la constata-

tion de sa guérison, est d'une importance telle, qu'on s'est préoccupé depuis longtemps des moyens de le rendre facile. J'ai dit, dans de précédents articles, ce qui se faisait en Amérique longtemps avant la découverte de M. Roux, et j'ai parlé du service gratuit institué par la *Presse Médicale* au mois d'octobre dernier; mais cela n'avait pas d'attache officielle et le Conseil municipal, qui met un louable empressement à seconder tous les progrès qui ont la santé publique pour objet, vient de fonder un laboratoire d'examen bactériologique aux frais de la Ville. La Société de Médecine de Paris en avait émis le vœu, sur la proposition du Dr Ladreit de Lacharrière, dans sa séance du 26 janvier, et la Société Médicale l'avait reproduit peu de temps après. Le Conseil municipal avait chargé sa cinquième Commission de l'examen de ces demandes; M. Dubois a lu son rapport à la séance du 6 avril, et le Conseil en a adopté la conclusion. *Le service spécial d'examen bactériologique pour la diphtérie* sera annexé au laboratoire de micrographie qui dépend de la Préfecture de la Seine et que dirige le Dr Miquel. Cet établissement est situé dans l'annexe Lobeau, par conséquent au centre de Paris; il possède déjà le personnel et le matériel nécessaires; toutefois, le Conseil municipal a voté un crédit de 10.000 francs pour l'achat des instruments et des appareils spéciaux, pour les frais de correspondance et pour rémunérer deux bactériologistes adjoints et un garçon de laboratoire.

Jules Rochard.

LA PATHOLOGIE & LE TRAITEMENT DES TYPHLITES

Au Congrès de Médecine interne de Munich
(Avril 1895)

La typhilite continue à être à l'ordre du jour des sociétés médicales. Après la Société médicale des Hôpitaux de Paris, qui a consacré récemment plusieurs séances à discuter les indications du traitement médical et les restes de l'intervention opératoire, le Congrès des médecins allemands qui s'est réuni à Munich au commencement du mois d'avril, a été l'occasion d'importantes communications sur la pathologie et le traitement des typhlites.

La discussion qui a suivi les rapports de Sahli et de Helfercih a été d'autant plus intéressante qu'un certain nombre de chirurgiens (Sonnenburg en particulier) ont tenu à y prendre part.

Parmi les différentes opinions émises à ce Congrès sur la nature des typhlites, nous relevons tout d'abord celle de Sahli, un des deux rapporteurs.

Pour Sahli (de Berne), les diverses affections décrites sous le nom de typhlite, appendicite, paratyphlite et périty phlite, ne sont, en réalité, qu'une seule maladie, à laquelle convient mieux le nom de périty phlite. Toutes les divisions proposées sont purement artificielles. Ces différentes formes d'inflammation du cæcum sont comparables aux amygdalites et aux périamygdalites.

Le rôle qu'on a fait jouer à la coprostase est nul et insignifiant. La tumeur de la périty phlite n'est pas constituée, comme on l'a dit, par des matières stercorales ou par un exsudat séro-fibrineux doublant l'appendice. Elle a toujours pour point de départ un noyau purulent plus ou moins volumineux qui en forme le centre. Avec ce noyau purulent, la tumeur périty phlite est formée par l'épaississement du péritoine, du fascia transversalis, du tissu cellulaire, et parfois des muscles de la paroi abdominale. Le noyau purulent, centre de la tumeur, peut siéger à l'extérieur ou à l'intérieur de l'appendice.

Le mode d'évolution de la tumeur périty phlitique est en rapport avec la nature des microbes qui en sont la cause, avec son volume et aussi avec son siège. Les petits abcès guérissent spontanément par résorption du pus ou par ouverture de l'abcès dans l'intestin.

L'opinion de Sahli, sur la présence constante du pus dans la périty phlite, n'a généralement pas été admise, et presque tous les orateurs ont revendiqué l'existence des deux formes de la typhlite : la forme catarrhale et la forme suppurée.

Pour Helferich, il y a, au début, une légère inflammation de la muqueuse du cæcum, provoquant le gonflement de la muqueuse et la stagnation des matières.

La typhlite s'aggrave quand cette lésion primitive de la muqueuse provoque la suppuration des tissus de voisinage soit par contiguïté, soit par retentissement sur les lymphatiques et les vaisseaux. La cause première de l'inflammation de la muqueuse cæcale est d'ordre microbien. Le microbe qui joue le rôle le plus important est le coli-bacille.

Sonnenburg qui, comme on le sait, a opéré un grand nombre de périty phlites, a déclaré avoir constaté la typhlite catarrhale dans douze cas sur cent vingt. Deux fois, il a vu l'exsudation séreuse niée par Sahli.

Pour Sonnenburg, la coprostase joue un rôle incontestable dans le développement de la typhlite.

Curschmann a confirmé le fait signalé par Morin dans sa thèse, que l'appendice n'était pas toujours le point de départ de la typhlite. Sur dix-huit autopsies, il a noté plusieurs fois l'absence de toute lésion de l'appendice, avec seulement des lésions de colite et de péricolite.

Des statistiques produites par plusieurs membres du Congrès ont montré que le plus souvent la typhlite était susceptible de guérir sans opération. Sur

un total de 6,740 malades non opérés, la guérison est survenue 92 % (Sahli). Dans l'armée allemande, 2,000 cas ont guéri sans opération dans 96 %. Curschmann (de Leipsick) a apporté une statistique de 452 cas traités médicalement, avec une mortalité de 6,5 %.

Le grand nombre des pérityphlites qui ont guéri sans opération ne doit cependant pas être interprété comme tout à fait démonstratif de la bénignité de la maladie. En effet, les pérityphlites non opérées sont généralement des pérityphlites bénignes. Les cas sérieux sont confiés aux chirurgiens.

Il est encore possible qu'un certain nombre de malades morts d'une pérityphlite non opérée aient pu être sauvés par une opération faite en temps opportun.

Enfin, la récidive se voit dans 20 % des cas non opérés.

Baulegartner (de Bade), qui est partisan de l'intervention chirurgicale précoce, explique par la précocité de l'intervention ce fait que depuis dix ans, il n'a pas perdu un seul malade de pérityphlite aiguë.

L'intervention opératoire a d'ailleurs été admise au Congrès de Munich, comme indispensable dans un certain nombre de cas. Les avis ont été seulement partagés sur le moment où cette intervention devait être faite et sur la nécessité de l'excision de l'appendice.

Sahli a admis que les cas qui ne s'amélioraient pas par la médication interne dans une période de trois à dix jours devaient être opérés, et qu'il en était de même pour ceux où, après une rémission momentanée, il y avait reprise des accidents aigus. Le faciès abdominal, la sécheresse de la langue, l'hyper ou l'hypothermie, les frissons, les sueurs, l'état du pouls, le météorisme, sont des indications à l'opération. Au besoin, une ponction exploratrice avec une aiguille fine peut être pratiquée. Au point de vue de la nature de l'intervention, Sahli considère l'ouverture de l'abcès comme plus importante que la résection de l'appendice.

Helferich a rappelé que la plupart des cas de mort dans la perityphlite étaient observés dans la première semaine. Pour cette raison, il est plus partisan d'une intervention chirurgicale précoce que Sahli. Il a, de plus, fait remarquer qu'au début de la maladie, l'état général du malade était meilleur et que, localement, l'absence d'adhérences rendait l'opération plus facile.

Sonnenburg s'est défendu de revendiquer pour les chirurgiens tous les cas de typhlite. Il a reconnu que l'appendicite simple n'exigeait pas une opération, et que seuls les cas où on reconnaissait la présence du pus devront être opérés. Il considère la résection de l'appendice comme nécessaire.

Au cours de la discussion sur la pérityphlite, Angerer et Ewald ont signalé des faits de mort, sans péritonite et sans lésion grave du cæcum et de l'appendice, dans lesquels le mécanisme de la mort est d'une interprétation difficile. Dans les faits observés par Angerer, il y avait des phénomènes d'obstruction intestinale aiguë, avec douleurs dans la région ileo-cæcale : à l'opération, il n'existait qu'un gonflement peu marqué des tissus avoisinant le cæcum et l'appendice. Ewald a attribué à l'auto-intoxication d'origine microbienne deux cas de mort chez des individus qui succombèrent dans le coma, et à l'autopsie desquels il n'existait qu'une colite muqueuse simple.

LA SÉANCE ANNUELLE DE l'Association générale des Médecins de France

L'Association générale des Médecins de France a tenu, dimanche dernier, sa trente-troisième assemblée générale. Réunion nombreuse, banquet de cent trente trois couverts, grand calme dans les esprits et confiance dans l'avenir. L'Association est riche, elle commence son troisième million ; et elle sent à sa tête un homme d'action et de progrès.

M. le président Lannelongue est cet homme dont la parole chaude et vibrante encouragerait les timides et sauverait, au besoin, une situation douteuse ; elle accentue et fortifie une situation brillante et prospère comme la nôtre. Son discours est l'éloge obligé de l'Association : mais combien cet éloge est motivé dans sa bouche ! Combien les comparaisons implicites qu'on devine dans ses paroles entre l'Association et d'autres œuvres similaires, respectables et dignes d'encouragement, tournent à l'avantage de la nôtre ! L'impulsion nouvelle que lui donne un président encore plein de jeunesse a été salué par les applaudissements.

Les regrets unanimes qu'inspirent la maladie et l'absence de M. Brun, se sont reflétés dans tous les discours, notamment dans celui de M. Blache, appelé à remplacer le vénérable trésorier dans l'exposé de la situation financière de l'Association. Accroissement de recettes, douze pensions nouvelles, inauguration du troisième million, tels sont les points qui se dégagent de cet exposé. M. Blache s'est improvisé trésorier bénévole : mais l'Assemblée, considérant que nos rapports avec les sociétés locales et avec l'Administration exigent un représentant muni de pouvoirs réguliers, lui donne, par acclamations, une délégation officielle.

En approuvant les comptes du trésorier, M. Motet déplore à son tour l'absence de celui qui a fondé notre prospérité financière, et qui pour la première fois manque à notre appel.

Et c'est encore à lui que s'adressent les premiers hommages de M. Lereboullet, secrétaire général, dans son compte rendu des actes de l'Association. C'est presque un éloge funèbre, car personne n'ignore que la carrière de cet homme de bien va finir. Après lui, Marjolin, notre grand bienfaiteur : Farge, Salmon, etc. Puis les affaires de l'Association : quatre cent cinq admissions nouvelles témoignent de nos progrès incessants ; toutes les pensions demandées sont accordées, l'ensemble atteint le chiffre de quatre-vingt douze. L'orateur aborde la portion délicate de l'élévation du taux des pensions, et montre que, tout en marchant résolu-

ment dans cette voie, la prudence exige qu'on n'aille pas trop vite. Un autre problème s'est posé et appelle nos réflexions : la création d'une caisse des veuves et des orphelins. La loi nouvelle sur l'exercice de la médecine, avec ses inconvénients divers, sa déclaration des maladies contagieuses, sa répression insuffisante de l'exercice illégal, occupe à son tour M. Lereboullet, qui nous montre l'Association faisant punir en appel, dans l'affaire de Grenoble, un rebouteur auquel la dite loi, d'après l'arrêt des premiers juges, avait donné raison. Viennent enfin les questions d'assistance médicale gratuite ; l'inutilité d'une revision imprudente de nos statuts; les espérances que nous fait concevoir la loi à venir sur les sociétés de secours mutuels ; et une péroraison chaleureusement applaudie.

La commission des pensions viagères est ensuite réélue. Le vote pour le renouvellement partiel du Conseil général donne les résultats suivants : membres réélus, MM. Thomas, Hugot, Philbert, Reynier ; membres nouveaux, MM. Lourties, de Beauvais, Amodru.

La séance se termine par la première partie du rapport de M. de Ranse, sur la pension viagère à accorder pour 1895.

Nous avons recueilli les toasts portés au banquet de l'Hôtel Continental :

Par M. le président Lannelongue :

« Messieurs,

« En vous disant ce matin, comme préface à vos travaux d'aujourd'hui, de demain, que l'Association générale des Médecins de France était arrivée à un tournant de sa route, je n'avais en vue que la découverte d'autres horizons, de nouveaux moyens d'action, qui vous apportera prochainement une très sage loi de prévoyance. Je dis sage, parce qu'il y a, dit-on, des degrés dans la sagesse des lois.

« A l'appui d'un passé d'une prospérité incomparable qui a mis en ligne des millions, vous ajouterez les garanties d'un esprit nouveau émanant cette fois non plus de pensées philosophiques, mais de calculs de probabilité et d'exactitude, c'est-à-dire d'une science qui ne trompe pas.

« Vous ne vivrez plus dans un air fait dans un argon improductif et immobilisant, mais dans un air vivifiant, où un souffle puissant va vous pousser dans des directions nouvelles et des espaces agrandis, avec une très grande liberté ; je serai toujours dans la voie du progrès.

« Retenu au Havre d'une manière tout à fait imprévue par M. le Président de la République, M. le ministre de l'Intérieur me prie de vous exprimer ses regrets. Il a chargé M. le directeur du personnel de le représenter. Voulez-vous lui dire, monsieur le chef du personnel, que sa venue parmi nous nous eût touché profondément en nous montrant mieux que toutes choses la grandeur de notre Œuvre, et en nous assurant des sentiments qui l'animent envers les sociétés secourables et les associations de prévoyance. Nous espérons que, comme ses prédécesseurs, il nous aidera dans l'accomplissement d'une tâche excellente, qui ne vise qu'à l'amélioration du sort commun, et dans le développement de ce grand devoir de la solidarité, dans ce qu'il a de plus étroitement lié, avec les sentiments de la dignité humaine.

« Il trouvera, en retour, la reconnaissance certaine et efficace de tous les médecins, de ce grand corps disséminé qui, dans son ensemble, est certainement le plus libéral de notre pays, et qu'on peut considérer comme avant-garde de la marche raisonnée de l'humanité en avant.

« Messieurs, je porte un toast à M. le ministre de l'Intérieur, d'abord, et, ensuite, à MM. les délégués de toutes les sociétés locales de France ! »

Par M. Delvaille (après une réponse de M. Seigneuret, chef du personnel au ministère de l'Intérieur) :

« Des amis trop bienveillants — vous allez dire bientôt trop indiscrets — me demandent de répondre, au nom des sociétés locales, au discours éloquent de notre cher président.

« Que de présidents de ces sociétés, que de secrétaires, que de délégués je vois ici — et même à mes côtés — qui eussent mieux que moi rempli cette tâche ! Aussi aurais-je reculé devant elle, si un secours inespéré n'était venu de cette vaillante terre de Gironde qui, non contente de fournir des défenseurs généreux de la liberté, d'engendrer l'idée généreuse de laquelle est née notre Association, nous envoie encore ses vins généreux.

« Par une fine précaution oratoire, notre président vous a annoncé le cadeau qui nous venait de nos confrères bordelais. Après y avoir goûté, s'il est fait pour inspirer même le moins doué, est aussi capable — et j'y compte — de rendre indulgent mon auditoire.

« Et puisque je parle de générosité, j'en tirerai parti pour associer, comme c'est mon rôle, à la santé de notre dévoué président, une autre santé bien chère.

« Messieurs, au moment où, comme on l'a dit cet après-midi, l'Association générale des Médecins de France se prépare à saluer son troisième million, il est bon que nous nous inclinions avec respect devant le vieillard vénéré à l'intelligence de qui nous devons cette fortune précieuse.

« J'ai dit intelligence ; mais aussi ordre, intégrité, économie, prudence, dévouement, prévoyance. Je lasserais votre patience à dire ici les vertus de M. Brun.

« Ce trésorier modèle, que la maladie éloigne de nous — que nous ne reverrons plus peut-être à nos banquets confraternels, mais qui suit d'un œil attendri cette œuvre qui est la sienne, qu'il a aimée, fécondée de son généreux enthousiasme — envoyons-lui notre souvenir. Il lui est dû pour le bien qu'il a contribué à faire à nos confrères malheureux ; qu'il reçoive l'hommage de notre affection et de notre respect. Je bois à sa santé ! »

Par M. Motet :

« Messieurs,

« Vous avez tous gardé le souvenir d'une charmante allocution prononcée ici, il y a quelques années, par l'un de nos Conseils judiciaires, où revenait comme dans une gracieuse mélopée, cette phrase :

« Vous nous dites toujours la même chose, mais cela « nous fait toujours plaisir. »

« Puisque la tradition est bonne, respectons-la, et, cette année encore, permettez-moi de redire les mêmes choses, espérant qu'elles feront tout autant de plaisir à nos excellents Conseils judiciaires, auxquels je m'adresse en votre nom.

« Messieurs, nos Conseils, nous vous remercions du plus profond de notre cœur de tout ce que vous faites pour nous, avec autant de désintéressement que d'affectueuse sollicitude. Vous êtes pour nous les guides les plus sûrs, les Conseillers les plus sages : quand vous parlez, vous nous montrez avec une clarté si lumineuse ce que nous avons à faire, que nous, qui n'avons pas toujours des notions de droit d'une irréprochable orthodoxie, après vous avoir entendus, nous croyons, et c'est là la marque de votre talent si persuasif, que nous n'avions jamais pensé autrement que vous.

« Vous nous avez apporté cette année, dans des affaires délicates et difficiles, votre précieux concours, et nous vous avons dû encore des succès dont vous devriez être fiers. Mais, vous vous effacez avec une si grande modestie

que nous ne pouvons pas trouver plus d'une fois par an l'occasion heureuse de vous dire notre reconnaissance.

« Permettez-nous de la saisir, cette occasion rare ; aujourd'hui, c'est la fête de la grande famille médicale de France : de toutes les régions sont venus les membres de cette famille, dont les sentiments sont les mêmes : ils vous saluent avec le même cœur que nous, qui vivons plus près de vous. Ils savent qui vous êtes, et combien sont étroits les liens qui nous attachent à vous. Je me fais avec bonheur l'interprète de tous, et je lève mon verre en votre honneur, messieurs Bétolaud, Morillot, Deligand, Liouville ; j'associe à ce cordial salut de l'Association générale des Médecins de France, vos confrères, Conseils des Sociétés locales. »

Par M. Liouville :

« Mon cher monsieur Motet,

« Si vous n'avez pas, comme vous le prétendez, l'orthodoxie juridique, ce que je ne veux pas croire d'un esprit aussi fin et aussi avisé que le vôtre, vous avez certainement du moins l'orthodoxie du parfait toaster et vous savez à merveille, en mots charmants, tourner un compliment qui me mettrait mal à l'aise si je n'avais pas à le transmettre pour la plus large part à mes confrères absents. Au surplus, si vous mesurez le bien que vous pensez de nous au dévouement que mes confrères et moi portons à l'Association des Médecins de France, j'aurais mauvaise grâce à vous reprocher de nous avoir fait la mesure trop large.

« En vivant au milieu de votre Œuvre, messieurs, en assistant aux sages et féconds efforts des hommes éminents qui la dirigent, en voyant ces élans de générosité qui viennent à chaque instant grossir vos ressources et accroître votre puissance, nous aurions le cœur bien sec et l'esprit bien étroit, si nous ne nous laissions pas aller à un mouvement d'irrésistible sympathie pour cette œuvre qu'on qualifiait tout à l'heure si heureusement d'œuvre de solidarité sociale et d'œuvre de dignité humaine.

« Solidarité sociale ! n'est-ce pas là le vrai mot de cette fin de siècle, la vraie pensée qui s'en dégagera et nous consolera de ses faiblesses? N'est-ce pas là plus encore peut-être la formule nécessaire du siècle qui vient?

« Si cela est vrai, messieurs, vous aurez donné un grand exemple, un exemple inouï même, j'en atteste à cet égard les hauts représentants de la Mutualité qui honorent ce banquet de leur présence, en créant sur toute l'étendue de la France ce puissant faisceau de solidarité — c'était là une œuvre qui n'était pas facile et, une fois créé, en le maintenant — ce qui était, peut-être, plus difficile encore.

« Je bois, messieurs, à la prospérité toujours plus grande de l'Association générale des Médecins de France. »

M. Lannelongue, reprenant enfin la parole, a offert, au nom de l'Association, deux médailles d'or : l'une au vénéré trésorier, M. Brun, l'autre à M. Jeannel, l'un des fondateurs de notre Œuvre. Malheureusement, ni l'un ni l'autre n'étaient présents. En confiant la seconde au professeur Jeannel, de Toulouse, pour la remettre à son père, M. Lannelongue a trouvé des paroles touchantes qui ont ému les convives et terminé dignement cette réunion confraternelle.

Deuxième séance.

Le lundi 22 avril, sur le rapport de M. A. J. Martin, ont été pris en considération les vœux suivants, que nous indiquerons seulement en termes sommaires, les détails de la délibération devant bientôt venir sous les yeux de tous ceux que notre Œuvre intéresse :

Sociétés de Tarn-et-Garonne, de l'Oise, de la Dordogne. — Augmentation de la cotisation; création d'un certain nombre de pensions prises sur les revenus annuels; caisse de secours pour les veuves et les orphelins.

Sociétés de Maine-et-Loire, de la Dordogne, du Var. — Réformes touchant la déclaration obligatoire des maladies épidémiques.

Sociétés du Pas-de-Calais, de Maine-et-Loire. — Création d'une entente entre l'Administration et les médecins dans l'organisation du service médical des bureaux de bienfaisance et de l'Assistance médicale dans les campagnes.

M. le président Lannelongue demande à l'Assemblée si elle veut modifier la date de sa réunion annuelle. A une grande majorité, le *statu quo* est maintenu.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

Session annuelle de 1895

M. Louis Wickham présente un malade âgé de dix-sept ans, portant une ulcération du fourreau de la verge qui a tous les caractères du chancre et est accompagnée d'une pléiade ganglionnaire. Il s'agit cependant d'une infiltration tuberculeuse ulcérée, ainsi qu'on a pu le voir par l'examen d'un foyer biopsié. Cette lésion remonte, du reste, à sept ans; elle a consisté au début en une tumeur violacée, indolente, s'étendant lentement. Il y a deux mois seulement que l'ulcération a paru et s'est rapidement étendue à toute la surface. Les caractères si évidemment chancriformes de la lésion et la considération tirée de son siège même rendaient le diagnostic clinique excessivement difficile.

Faut-il enlever les tumeurs de ce genre par les caustiques ou l'instrument tranchant? MM. Dubreuilh, Verchère, Jullien, sont partisans du bistouri, tandis que MM. Tenneson et Gaucher préconisent les caustiques. M. Tenneson met sur les ulcères tuberculeux de la pâte de Vienne, qu'il laisse en place dix minutes, puis la remplace par de la pâte de canquoin, qu'il n'enlève qu'au bout de quatre à six heures ; il transforme ainsi la lésion en une plaie simple qui guérit facilement. M. Gaucher reproche à l'éradication par l'instrument tranchant de favoriser la généralisation de la tuberculose.

— Pour MM. Hallopeau et Jeanselme, il y a lieu de distinguer, dans l'acné cornée de Hardy, deux formes ; l'une d'elles est caractérisée par la distribution en groupes des comédons, leur extension progressive, leur prédominance sur les bords postérieurs des aisselles et la face dorsale du membre. L'autre est reconnaissable par son siège sur les côtés de la région dorso-lombaire, la sécheresse des comédons, la dissémination des éléments éruptifs, leur persistance indéfinie sans modifications.

— M. Gaucher a eu occasion d'observer pour la deuxième fois une névrite du cubital. La malade a été prise, peu de temps après le début de sa syphilis, de névralgies faciales et intercostales, en même temps qu'il y avait disparition de la sensibilité dans la zône innervée par le cubital. Bientôt la main a perdu une grande partie de sa force, et l'atrophie musculaire est devenue évidente. L'état de la malade s'est sensiblement amélioré sous l'influence des injections de benzoate de mercure. En dehors des deux cas de M. Gaucher, il n'a été publié qu'une observation de névrite syphilitique du cubital; elle a été recueillie par Neumann (de Vienne).

— M. Gastou a relaté l'autopsie d'une maladie de Duhring, dans laquelle, avec une carie des vertèbres cervicales, existaient des lésions de néphrite diffuse ancienne.

A ce propos il signale :

1° L'absence de spécificité microbienne du contenu des bulles, dont l'ensemencement, dans cinq cas examinés dans le service de M. le Dr Fournier, a été deux fois stérile, a donné dans un cas un diplocoque indéterminé, dans un autre, un staphylocoque, et, enfin, dans un fait récent où le contenu des pustules présentait une coloration verte, des colonies colorées en vert;

2° La coïncidence, déjà signalée par M. le Dr Bray, d'altérations du système nerveux dans des autopsies de maladies de Duhring;

3° La coexistence de lésions bulleuses et de néphrite.

On doit noter avec soin, dans les observations cliniques de maladies de Duhring, l'état du système nerveux et des viscères, surtout de la fonction rénale, pour déterminer si c'est dans la peau, le systeme nerveux ou les reins qu'est la cause initiale de la maladie, et s'il faut traiter celle-ci comme une dermite inflammatoire simple, une trophonévrose, ou comme l'analogue d'une véritable urémie cutanée.

— M. W. Dubreuilh. — Parmi les procédés d'anesthésie locale applicable à la dermatologie, la méthode de choix est l'injection endodermique de cocaïne. Elle a sur la congélation l'avantage de ne pas modifier l'aspect des tissus et de produire une anesthésie plus propice et plus durable. Pour que l'injection soit réellement efficace, il faut qu'elle soit faite dans les couches les plus superficielles et les plus denses du derme, d'où elle se diffuse en étendue et en profondeur.

Il emploie une solution de chlorhydrate de cocaïne 2 %, dans un mélange en parties égales d'eau distillée et d'eau de laurier cerise, solution qui a l'avantage de se conserver indéfiniment sans altération.

L'injection se fait avec une seringue de Pravaz, munie d'une canule coudée à 15° au ras de la douille. Cette forme permet de faire cheminer l'aiguille horizontalement et tout près de la surface en injectant quelques gouttes tous les 6 ou 8 millimètres, et d'anesthésier, avec une demi-seringue de solution, une bande de 3 centimètres de longueur sur quatre de largeur.

L'injection doit passer avec une certaine difficulté, à cause de la résistance qu'oppose le tissu serré du derme à la pénétration du liquide. Quand l'injection est bien faite, elle détermine une zône de pâleur anémique très accentuée, mais très passagère, et qui correspond à peu près à la zône anesthésiée.

L'anesthésie est généralement absolue; elle existe aussitôt après l'injection et dure de quinze à vingt minutes; elle est absolument sans danger quand on ne dépasse pas la dose de 5 centigrammes.

— M. Morel-Lavallée a rapporté une observation de *placards pigmentés indélébiles consécutifs à un érythème antipyriné* récidivant sur place; c'est un nouveau cas de l'éryption érythémateuse pigmentée fixe, due à l'antipyrine, décrite l'an dernier par M. Brocq.

Voici les points particuliers de cette observation : le prurit était féroce à chaque poussée; les placards éruptifs discrets et non symétriques, siégeaient au point de la pression maximum exercée par le corset et par le col de la robe; c'étaient des ovales parfaits à grand axe transversal, d'un rouge érysipélateux au début, vésiculeux ensuite, puis noirâtres et desquamatifs, pour finir par les taches fauves actuelles.

Bien que l'éruption récidive habituellement dans l'aire des placards précédents, toutefois la dernière poussée a fait surgir deux placards nouveaux, ce qui interdit à jamais la reprise du médicament. Enfin, voilà cinq ans et demi que persistent des taches pigmentées.

M. Morel-Lavallée a insisté sur les particularités suivantes : 1° l'intolérance ne s'est produite qu'au bout de quatre ans, contrairement à l'opinion courante qu'il s'agit d'idiosyncrasies innées se révélant à la première dose; 2° l'intolérance de la peau n'existe en général qu'à l'égard d'une seule substance médicamenteuse, contrairement à l'idée reçue que la révolte d'une peau susceptible doit s'exercer à l'égard de tout une gamme de drogues érytrogènes.

En dernier lieu, M. Morel-Lavallée a fait remarquer les erreurs de diagnostic auxquelles ont déjà donné lieu les éruptions antipyriques, qui ont simulé d'après les observations connues : 1° les plaques muqueuses de la bouche (Rey, Morel-Lavallée); 2° la rougeole (Besnier, Fournier); 3° la roséole syphilitique (Fournier, Wickham); 4° le psoriasis palmaire (Fournier); 5° la syphilide pigmentaire (Morel-Lavallée); 6° la morphée, etc. *(A suivre.)*

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 avril 1895

On sait les services que rend l'opium sous ses différentes formes dans les diarrhées des adultes; on sait aussi combien sont dangereuses les préparations opiacées chez les enfants. M. Rousseau-Saint-Philippe, de Bordeaux, a cherché si l'antipyrine, qui se rapproche de l'opium par son action antithermique et analgésique, n'aurait pas, comme lui, une action antidiarrhéique. M. Rousseau-Saint-Philippe a pu observer cinq cents cas de diarrhée, la plupart chez des enfants de un jour à deux ans, élevés au sein, au biberon ou déjà sevrés.

L'antipyrine est surtout efficace dans les diarrhées dues à une infection peu aiguë ou à une intoxication alimentaire; mais, il faut surveiller l'hygiène alimentaire, si on on veut que les bons effets de l'antipyrine persistent.

Dans les diarrhées infectieuses aiguës (entérite aiguë), choléra infantile), l'antipyrine ne donne pas de résultats.

Dans les diarrhées. consistant en un simple flux anormal de l'intestin par irritation locale de la muqueuse, dans les diarrhées réflexes dues à la dentition, dans les diarrhées chroniques, coexistant avec des dermatoses, telles que l'eczéma impétigineux, dans certains cas de coliques survenant chez les nourrissons au moment des règles de la nourrice.

M. R. Saint-Philippe a obtenu avec l'antipyrine, de très beaux succès.

L'acide lactique, le naphtol, le nitrate ou le salycilate de bismuth n'agissent pas, dans de tels cas, aussi rapidement que l'antypirine, surtout s'il s'agit de jeunes enfants exclusivement au lait.

Cette action remarquable de l'antipyrine est due à ce fait qu'elle ralentit et diminue toutes les sécrétions, sauf les sécrétions biliaires: à la diminution de la sécrétion intestinale s'ajoutent l'action antiseptique, l'action analgésique et antithermique de l'antipyrine.

M. R. Saint-Philippe prescrit l'antipyrine de la façon suivante pour les enfants au-dessous de un an :

Antipyrine.....		0.50 centigr.
Sirop simple.....	}	aâ 50 grammes.
Eau.....	}	

Une cuillérée à café tous les deux heures quelques minutes avant la tétée, soit 15 à 20 centigrammes par jour.

Au-dessus de un an, on augmente la dose d'antipyrine de 0.50 centigrammes par année.

— M. LEMAISTRE (de Limoges) présente à l'Académie un travail intéressant sur l'*influence des poussières des fabriques de porcelaine sur la santé des ouvriers*.

Si l'on divise les ouvriers en trois classes, au point de vue de l'âge, la première allant jusqu'à vingt-cinq ans, la seconde s'arrêtant à trente-huit ans, on trouve la tuberculose dans la première et la sclérose dans la dernière; les deux affections font défaut dans la période moyenne ou virile.

Un des points particulièrement intéressants de la communication de M. Lemaistre est celui qui a trait à ses tentatives pour enrayer la tuberculose pulmonaire par les inhalations de poussières de kaolin et de charbon; M. Lemaistre espérait ainsi produire le tissu de sclérose. Mais les poussières mélangées de kaolin et de charbon ayant déterminé des hémoptysies, il a employé les poussières de charbon seules. Le malade se serait très bien trouvé de cette méthode nouvelle.

M. Lemaistre demande en terminant que l'on ne reçoive jamais dans les ateliers les enfants ou les adolescents malingres ou nés de parents tuberculeux; que les ateliers soient plus vastes et mieux ventilés qu'ils ne le sont; enfin, que l'on fasse une retenue sur le salaire des ouvriers, afin qu'ils puissent prendre leur retraite ou changer de profession dès que leur santé commencera à s'altérer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos du procès-verbal, M. CHAPUT expose ses idées sur les accidents qui peuvent arriver à l'uretère pendant l'hystérectomie vaginale et sur les moyens de les traiter.

Ce conduit peut être, d'après ce chirurgien, lésé soit dans le pincement primitif du ligament large, soit dans un pincement secondaire pour arrêter une hémorragie, soit par une escharification secondaire.

Pour réparer la fistule qui est la conséquence de ces différentes causes, M. Chaput n'aprouve pas la voie vaginale ; il est très difficile de faire au fond du vagin une suture minutieuse à deux étages sur un conduit d'un si petit volume, et si cette suture n'est pas bien faite, il y a rétraction cicatricielle et oblitération partielle de l'uretère avec ses conséquences. Aussi préfere-t-il la voie abdominale. Celle-ci, comme nous l'avons dit dans notre dernier compte rendu, n'est pas toujours possible. Il ne reste alors que la néphrectomie, l'abouchement à la peau ou bien dans l'intestin, comme il l'a préconisé et employé avec un véritable succès dans un cas.

La discussion sur ce point n'est pas encore close, mais interrompue, et deux communications importantes ont alors lieu, l'une de M. RICHELOT, sur l'*hystérectomie abdominale*, avec pinces et sans ligature, que nous donnerons *in extenso* dans notre prochain numéro ; l'autre, de M. QUÉNU, sur l'*exploration du canal cholédoque*, et la *cholédocotomie*, que nous ne pouvons que résumer.

Tout d'abord l'orateur commence par établir que les calculs du choledoque paraissent assez rares, puisqu'en France il n'a trouvé que sept cas publiés, et il cherche ensuite à fixer le moment le plus propice pour l'intervention. On a dit qu'elle était indiquée quand la rétention biliaire dure depuis trois mois; mais il faut encore savoir à quoi attribuer cette rétention biliaire et savoir porter le diagnostic de calcul du canal cholédoque, ce qui est vraiment difficile et même quelquefois impossible. Si donc les signes de rétention biliaire persistent au bout de trois mois d'observation et de traitement, il faut faire une laparotomie exploratrice et explorer le cholédoque; c'est ce qu'a fait trois fois M. Quenu, qui donne ensuite les règles à suivre pour palper ce conduit. Deux cas peuvent se présenter : les rapports n'ont pas été changés par la maladie, ou, au contraire, ils ne seraient plus les mêmes. Dans les deux cas il faudra pratiquer une incision médiane sur l'abdomen, celle préconisée sur le bord latéral externe du grand droit n'a pas d'avantages. Le péritoine ouvert, on se dirigera immédiatement sur le duodenum et on recherchera l'hiatus de Winslow, et profondément, avec l'index, on pourra palper le canal cholédoque. L'épaisseur de ce conduit n'est pas telle qu'on ne puisse pas reconnaître un calcul, même de petit volume.

Quand il y a des adhérences, cette exploration est difficile, mais on parvient à rompre ces adhérences, à reconnaître la vésicule, et avec ce point de départ on doit arriver au canal cholédoque.

Quand il n'y a pas trace de vésicule, on peut se guider sur la veine ombilicale, mais c'est là une voie moins sûre.

Le calcul reconnu, ou on peut faire la cholécystenterostomie, qui n'est qu'un pis aller, ou broyer le calcul (cholédolithotritie) — on incise le conduit pour le retirer (cholédocotomie). C'est là l'opération de choix.

Le calcul enlevé, on peut suturer le canal, opération délicate mais possible dans certains cas, impossible dans d'autres; dans ce dernier cas, il se forme une fistule biliaire qui ne tarde pas à se guérir d'elle-même. Il est bien entendu, qu'à l'aide d'un tamponnement à la gaze, on a tracé préalablement le chemin de cette fistule.

Voici, du reste, les conclusions de M. Quenu :

— Quand les accidents de rétention biliaire dépassent trois mois, il faut intervenir et explorer l'appareil d'excrétion biliaire et le cholédoque.

— Quand le calcul a été reconnu, c'est la cholédocotomie qu'il faut pratiquer avec suture de ce conduit après extraction du calcul.

— Quand pour faire la suture, les difficultés sont trop grandes, il faut laisser une issue à la bile et favoriser l'établissement d'une fistule, qui se refermera d'elle-même quand la perméabilité des voies naturelles se sera rétablie.

— Quand il y a danger à faire l'opération en un temps, on pourra la faire en deux temps et attendre que les adhérences soient fermées pour ouvrir le canal choledoque et extirper le calcul. Cette conduite a parfaitement réussi à M. Quenu dans un cas.

EUGÈNE ROCHARD.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 19 AVRIL 1895

On a signalé au cours de la fièvre typhoïde, l'existence d'un *bruit de galop* passager, se produisant dans la période hyperthermique et disparaissant pendant la convalescence. Or, chez une malade que présente M. HANOT, le bruit de galop persiste depuis cinq mois, et a débuté pendant une fièvre thypoïde grave s'accompagnant de phénomènes de collapsus avec cyanose et hypothermie; la percussion dénotait en même temps une augmentation de la matité cardiaque.

Actuellement, ce bruit de galop s'entend dans toute la région cardiaque, mais son maximum d'intensité est au niveau de l'appendice xiphoïde. Il s'agit d'un bruit de galop droit en rapport avec une dilatation de cavités droites, et dont la cause est sans doute une lésion organique du cou, une myocardite typhique. Le bruit de galop tran-

sitoire de la fièvre typhoïde est, au contraire, un bruit de galop gauche.

— *Le traitement sérothérapique de la diphtérie* est employé dans les hôpitaux de Marseille depuis le 15 décembre 1894, et M. D'ASTROS, dans une note lue par M. HUTINEL, communique les résultats qu'il a obtenus, ainsi que plusieurs faits intéressants qu'il a observés consécutivement à l'injection du sérum.

Tandis que la mortalité totale des années précédentes était de 50.5 0/0, elle n'a plus été que de 28.7 0/0 depuis la sérothérapie; 34 angines ont donné 8 décès; 38 croups, 13 décès. Parmi les croups, 8 ont guéri sans interventions; sur les 30 autres, traités par l'intubation, il y a eu 30 décès.

Dans les cas de croup, l'intubation est, d'après M. d'Astros, la méthode de choix, mais une surveillance attentive et constante de l'enfant est nécessaire. En outre, l'intubation est dans certains cas insuffisante, lorsque, par exemple, les fausses membranes s'éliminent mal par le tube, ou lorsque celui-ci occasionne une gêne de l'alimentation; on doit pratiquer alors la trachéotomie.

Un des effets les plus curieux du sérum est son action sur les fonctions menstruelles. Chez plusieurs femmes ou jeunes filles déjà réglées, M. d'Astros a vu les injections de sérum hâter l'apparition de l'écoulement menstruel. Pratiquées chez une femme enceinte, ces injections n'ont cependant pas eu d'influence abortive.

— Les infections secondaires au cours de la grippe sont dues habituellement au pneumocoque, au streptocoque ou au staphylocoque. D'autres micro-organismes peuvent cependant jouer aussi un rôle important, et, à ce titre, le fait que rapportent MM. SIREDEY et BODIN, est des plus intéressant. Il s'agit ici d'une *infection coli-bacillaire généralisée* s'étant produite à l'occasion d'une grippe chez un homme jeune et robuste. Après avoir présenté les signes caractéristiques de la grippe, cet homme allait déjà mieux lorsqu'il fut pris de nouveau de fièvre, de céphalalgie, de prostration. Quand il entra à l'hôpital, il présentait des signes d'une grippe infectieuse; l'état général était très mauvais; il y avait un peu de congestion à la base gauche, avec un très léger épanchement pleural; les urines étaient rares et albumineuses; le malade avait de la diarrhée. Malgré l'absence de taches rosées, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde.

Quelques jours après survinrent des accidents urémiques : céphalalgie, vomissements, tendance au coma, albuminurie intense. L'état s'aggravait sans qu'aucun organe présentât de détermination appréciable. Une ponction de la rate permit de constater la présence du coli-bacille dans cet organe. Ce même micro-organisme fut retrouvé dans l'épanchement pleural, le sang du poumon et dans l'urine.

Quelques jours après le malade succomba; à l'autopsie on trouva une néphrite intense avec un gros infractus du rein gauche. Il n'y avait aucune lésion appréciable des follicules clos de l'intestin. Le coli-bacille fut retrouvé dans les reins.

— Les moyens que M. HAYEM a préconisés dès 1889, dans *le traitement de la chlorose*, ont reçu l'approbation de la plupart des médecins allemands réunis au Congrès de Munich. Le repos, le régime, les préparations ferrugineuses, tels sont les trois ordres de moyens thérapeutiques qu'avait proposés M. Hayem.

L'utilité du repos a été reconnue par Nothnagel, Liemssen, Edlefsen; il est indispensable surtout dans les chloroses graves, et son action s'explique facilement par ce fait que la fatigue provoque la destruction des globules rouges, et que dans les urines des chlorotiques on trouve une grande quantité de pigment lorsqu'elles se fatiguent, tandis que cette quantité est très faible quand elles sont au repos.

Le régime a aussi une très grande importance, car les chlorotiques sont souvent des gastropathes; il faut donc soigner d'abord l'estomac avant de prescrire le fer.

Enfin les préparations ferrugineuses ont une action évidente; le fer est le véritable spécifique de la chlorose. Tout en admettant que toutes les formes sous lesquelles on le prescrit sont efficaces, M. Hayem donne néanmoins la préférence au protoxalate.

Donc, malgré quelques divergences, le traitement de la chlorose, tel que l'avait indiqué M. Hayem, tend à être admis aujourd'hui par tous les médecins.

— M. GALLIARD rapporte un fait intéressant *d'infection d'un kyste hydatique du foie par le pneumocoque*. Le malade, âgé de quarante ans, entrait à l'hôpital avec le diagnostic d'obstruction intestinale. Mais il fallut bientôt modifier ce diagnostic, et, étant donné un léger ictère et la décoloration des matières fécales, M. Gailliard admit qu'il s'agissait d'un accès de coliques hépatiques. Les douleurs cessèrent rapidement, mais la fièvre persistait et le foie restait volumineux. Une ponction exploratrice de cet organe permit de retirer du pus dans lequel l'examen bactériologique, pratiqué par M. Josué, décela le pneumocoque à l'état pur.

Une incision, large pratiquée par M. Gérard Marchant, donna issue à un litre de pus contenant des hydatides. Le malade est actuellement en voie de guérison.

H. RICHARDIÈRE et FOURNIER.

ÉCHOS ET NOUVELLES

A propos du coup d'État du 1er mai. — C'est ainsi que M. Letulle, dans un article de la *Revue médicale*, appelle la main-mise sur les consultations des hôpitaux. Nous ne voulons pas entrer dans le débat, mais il est une petite exactitude que nous ne pouvons ne pas relever. Nous lisons dans un journal : « Le Conseil (municipal) tient les clefs de la caisse; il estime qu'il n'en a pas pour son argent!... » Cela est une erreur, le Conseil municipal ne tient pas les clefs de la caisse et il en a plus que pour son argent, pour cette bonne raison, qu'on croit à tort que l'Administration de l'Assistance publique est une création municipale, quand une grosse partie de son budget est le revenu de dons particuliers. Il n'y a qu'à prendre le nom des hôpitaux de Paris qui s'appelle : Lariboisière, Cochin, Boucicaut, etc., pour s'en rendre compte.

Poste médical. — On demande un médecin dans une localité située à deux heures et demie de Paris. S'adresser, pour les renseignements, à M. le Dr Richelot.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 18. L'UNION MÉDICALE 4 Mai 1895.

SOMMAIRE

I. L.-G. Richelot : Sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibrômes utérins.
II. Feuilleton.
III. La chirurgie du cerveau et du corps thyroïde au Congrès de la Société allemande de Chirurgie.
IV. Guérison de deux cas de cancer par la sérothérapie.
V. Société de Dermatologie et de Syphiligraphie : Session annuelle de 1895. (*Suite et fin.*)
VI. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Société de Chirurgie ; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VII. Les livres nouveaux.
VIII. Échos et nouvelles.

SUR UN PROCÉDÉ DÉFINITIF

D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

POUR FIBROMES UTÉRINS

Par L.-G. RICHELOT.

Depuis longtemps l'hystérectomie abdominale me donne des séries satisfaisantes, et je ne cesse de protester contre la crainte qu'elle inspire encore à des chirurgiens habiles. Ses progrès sont dus aux perfectionnements successifs qu'a subis le traitement du pédicule, d'abord externe et fixé à la cicatrice, puis intra-péritonéal, suturé de façons diverses, pressé par la ligature élastique, enfin lié à la soie et recouvert de péritoine. Aussi ai-je été stupéfait d'entendre un chirurgien de valeur, au dernier Congrès de chirurgie, soutenir que le pédicule externe était encore le procédé de choix. Je comprends qu'on s'y résigne, qu'on l'exécute « la mort dans l'âme », par timidité ou faute de savoir mieux faire; mais s'en déclarer satisfait et prétendre nous arrêter là, c'est méconnaître absolument l'état de la question.

Aussi bien, le traitement du pédicule ne donne pas la solution définitive du problème; je l'ai reconnu au Congrès de chirurgie, en disant que l'avenir appartenait sans doute à l'hystérectomie abdominale totale. Le meilleur pédicule, en effet, présente encore des inconvénients, sinon des dangers. Une de mes opérées, dont j'ai cité le cas à la Société de Chirurgie, avait quitté l'hôpital après une guérison rapide ; un an plus tard elle revint me trouver, rendant des matières par son col utérin; une anse intestinale s'était ouverte spontanément dans un foyer sanguin, formé entre la surface du moignon et le péritoine qui la recouvrait. Une dame, que j'ai opérée l'année dernière, a guéri sans difficulté; mais la striction des fils de soie et le sphacèle du tissu ont formé sous le péritoine un foyer qui a donné longtemps de petits accès de fièvre, prolongé la convalescence, et qui, enfin, m'a conduit à faire, le mois dernier, l'ablation vaginale du col.

Il est de toute évidence que le meilleur moyen de supprimer les inconvénients du pédicule, c'est de supprimer le pédicule lui-même. Seulement, les procédés d'hystérectomie totale sont jusqu'ici compliqués, d'exécution laborieuse, surchargés d'inutiles détails. Les mieux combinés sont encore des « procédés d'auteurs », qui ne réussissent pas à tout le monde. Ce qui nous manque, c'est un procédé courant, une manœuvre simple, sans attirail instrumental, aussi simple que peut le devenir une opération qui ne sera jamais, quoi qu'on fasse, à la portée des maladroits.

FEUILLETON

Les Foules.

Ceux qui auront lu la substantielle étude de M. Gustave Lebon sur la *Physiologie des foules*, attendront impatiemment le volume dont il annonce la publication, et où il s'occupera de certaines foules spéciales, comme les *sectes*, les *classes* et les *castes*. Les études de ce genre ont actuellement une portée telle que nul homme de quelque culture intellectuelle ne saurait s'en désintéresser ; mais elles me paraissent attrayantes pour nous, surtout, médecins et physiologistes, parce que les faits dont elles s'occupent, et la méthode qu'elles emploient, se rapprochent infiniment de faits et de méthodes qui sont bien de notre domaine.

Il résulte, en effet, du travail dont il s'agit que la mentalité des foules semble être le résultat d'une sorte de *processus* pathologique caractérisé avant tout par une suggestibilité contagieuse. Cette théorie a pour elle une très grande vraisemblance : elle se comprend et s'admet sans efforts; elle explique tout à merveille en empruntant, comme seul élément étranger à elle-même, cette idée très évidente d'emblée que le sentiment de la puissance du nombre rend possibles des désirs qu'aucun cerveau isolé ne concevrait comme réalisables.

Aussi la foule a-t-elle une âme collective qui, loin de représenter la somme et la moyenne des âmes individuelles, est une âme nouvelle, très spéciale, créée non par juxtaposition d'éléments existants, mais par combinaison de ces éléments, comme un sel se forme par combinaison de corps tout différents de lui-même, d'aspect et de propriétés.

Les conséquences d'une pareille combinaison ou, pour mieux dire, les propriétés nouvelles acquises par l'âme d'une foule en font une chose tout à fait à part, une chose très grande et très simple à la fois, la plus formidable et la moins compliquée des forces, une sublimité naïve ou la plus basse des inconsciences. L'intellectualité d'une foule est toujours bien inférieure aux intellectualités individuelles des hommes qui la composent. Ni le savant, ni

Je suis arrivé, après quelques tâtonnements, à cette manœuvre simple. Si je l'appelle un « procédé définitif », cela ne veut pas dire que ma pratique ne variera plus jamais; cela signifie que, pleinement satisfait de l'opération telle que je l'ai réglée, je m'en tiens là et n'écoute plus les inventeurs qui comptent leurs bouts de fils et dorent les anneaux de leurs pinces, tant qu'on ne m'annoncera pas un nouveau progrès, sérieux et authentique.

Le procédé que je vais décrire se résume en deux mots : abandon complet des ligatures et des sutures, pinces à demeure comme dans l'hystérectomie vaginale. Les deux opérations, à part la fenêtre sus-pubienne, ont un résultat immédiat absolument comparable.

Il y a des chirurgiens qui tournent le dos à cette conception, renouvelant contre les pinces des griefs surannés. D'autres, au contraire, essayent de marcher dans cette voie, mais n'ont pas encore touché le but : l'opération est trop longue, les instruments trop ingénieux; on suture le vagin, on fait des tamponnements de Mickulicz; on a peur de l'hémorragie, de l'infection, de tout.

Voici en quelques mots l'opération, délivrée des entraves, des préjugés par lesquels j'ai passé comme tout le monde.

Il faut très peu d'instruments : un bistouri, quelques pinces hémostatiques, quatre ou cinq « longuettes de seize » et les deux grandes « pinces de Richelot », dont je ne me sers jamais dans l'hystérectomie vaginale, mais qui ont ici de sérieux avantages : elles sont courbes sur le champ et s'accommodent à la forme de l'excavation; elles ont la longueur suffisante pour saisir la totalité du ligament large, ce qui est très utile et très facile dans cette opération, je le montrerai tout à l'heure; elles ont beaucoup de bande, c'est-à-dire que leur extrémité mord très bien le bord supérieur du ligament et ne le laisse pas déraper.

Il est de rigueur de se placer entre les jambes. La désinfection vaginale doit être absolue, ce qui, d'ailleurs, ne présente aucune difficulté.

L'incision abdominale étant faite, l'utérus est attiré hors de la plaie. La ligature élastique provisoire n'a pas de raison d'être. La masse utérine est couchée sur l'abdomen, tirée par les pinces à traction, et aide à fermer l'angle supérieur de la plaie.

Tant mieux si le fibrôme est tout entier dans le corps. S'il est développé dans le segment inférieur, ou s'y prolonge et remplit l'excavation, il faut faire ce que je faisais naguère pour obtenir dans tous les cas un pédicule mince : fendre verticalement l'utérus, énucléer la tumeur en bloc ou par morcellement, placer quelques pinces hémostatiques, fermer la grande loge utérine avec les pinces à traction. L'utérus, flasque et aminci, vous laisse toute liberté pour agir sur ses parties latérales.

Taillez un lambeau de péritoine, par une incision transversale, sur la face antérieure de l'utérus, d'un ligament large à l'autre, en coupant les ligaments ronds. Décollez et refoulez ce lambeau dans le petit bassin, pour éloigner la vessie et l'uretère.

L'index et le médius de la main gauche introduits profondément dans le vagin, en avant du col, rasez l'utérus avec les ciseaux, à la rencontre de vos doigts, et perforez le cul-de-sac antérieur. Je n'ai pas besoin de le bourrer de gaze ou de le faire saillir avec un instrument métallique.

Quittez le vagin, mettez l'index par en haut dans la perforation, et sur ce conducteur coupez avec les ciseaux l'insertion du vagin au ras du col jusqu'à la base d'un ligament large; coupez même sur le côté

---

l'écrivain, ni l'artiste ne se maintiennent alors au niveau de leur intelligence normale. Leurs facultés se rabaissent, s'éclipsent et, pour eux comme pour le vulgaire, sont entièrement dominées par les instincts, les sentiments et les impulsions. Selon la nature de ces mobiles ou l'objet auquel ils s'appliquent, les actes des multitudes peuvent être héroïques ou criminels. De là, dans la moralité des foules, des variations presque incroyables, des oppositions véritables, des contradictions stupéfiantes en apparence, qui n'en relèvent pas moins d'une loi unique : la simplicité et l'exagération des sentiments.

Les mêmes hommes de Septembre qui se ruaient au meurtre des victimes avec des férocités inassouvies de fauves, rapportaient intégralement au tribunal révolutionnaire les bijoux et les sommes trouvés sur les morts. Le torrent humain qui envahit les Tuileries en 1848, traversa le palais sans emporter un seul des objets, d'une inestimable valeur, à côté desquels il coula sa mugissante fureur.

Dans l'un et l'autre cas, cet étrange respect de la propriété en de pareilles circonstances, ne correspondait à aucun effort fait par ces hordes pour dominer leurs instincts : les impulsions qui les mouvaient n'avaient pas le vol et le lucre pour objet; rien de plus. Pour des raisons identiques, tel acte d'héroïsme accompli par des foules ne comporte pas un plus grand mérite et n'est pas plus digne d'admiration. Quelle que soit la nature des excès qu'elles commettent, leur irresponsabilité reste la même. La phrase célèbre de Napoléon III : « Quand on marche à la tête des idées d'un peuple, elles vous suivent; quand on les suit, elles vous entraînent; quand on leur résiste, elles vous renversent! », peut fort bien s'appliquer aux foules, sous cette seule restriction que celles-ci ont une tout autre mobilité que les idées. Ce dernier caractère est une conséquence naturelle de l'impulsivité. Eminemment impressionnable, puisqu'elle est soumise au presque seul empire du sentiment, la multitude peut être suggestionnée en peu d'instants de façons tout à fait opposées, contradictoires. Elle subira ces suggestions inverses avec la brusquerie, la rapidité et l'irrésistibilité d'un sujet bien prédisposé et bien entraîné. La moindre chose, un mot, un cri, un bruit suffiront pour lui épargner un crime ou le lui faire commettre. Authentique ou non, on peut dire qu'elle est vraie

du col, au-dessous du ligament. Rien ne saigne, pas plus que ne saigne l'incision circulaire au début de l'hystérectomie vaginale.

C'est le moment de placer la grande pince, pendant que l'utérus est encore là et vous présente son ligament dans son attitude normale. Je suis arrivé en dernière analyse à cette manière de faire, qui est la plus simple et de beaucoup la plus sûre. Inutile, par conséquent, d'appliquer des pinces abdominales provisoires pour y substituer les vaginales définitives; inutile de recourir à la pince très ingénieuse de Jacobs, dont les branches mobiles se démontent, sont enlevées de l'abdomen et replacées par l'autre voie.

Procédez de la manière suivante : embrassez le ligament large avec toute la main gauche, le pouce en avant, les doigts en arrière; appuyez la pointe mousse des ciseaux dans le point où vous venez d'arrêter la désinsertion vaginale, au-dessous de l'utérine; perforez le feuillet postérieur du ligament, retirez les ciseaux en les ouvrant pour agrandir l'orifice, et placez dans cet orifice l'index ou le médius de la même main. Puis introduisez la pince vaginale, présentez son mors postérieur au susdit orifice, et poussez-la de bas en haut, — en dehors de la trompe et de l'ovaire, bien entendu, — pendant que votre aide laisse descendre un peu l'utérus et que vous engagez à fond le bord supérieur du ligament large, avant de serrer fortement. Cette application de la pince est d'une facilité extrême, inattendue.

Reprenez, de l'autre côté, la désinsertion du vagin et pincez le second ligament de la même façon.

Coupez rapidement, sur les bords de l'utérus, et la masse ne tient plus que par le cul-de-sac postérieur. Notez que vous ne l'avez pas ouvert tout de suite après l'antérieur; il aurait fallu soulever la masse utérine, la rabattre en avant, c'était plus long et bien inutile. Au point où nous sommes arrivés, tout est fini en deux ou trois coups de ciseaux.

La tumeur enlevée, il faut reprendre, avec des « longuettes de seize » introduites par en bas, les points saignants de la section postérieure. Puis une lanière de gaze iodoformée, introduite par en haut, est pelotonnée dans le fond du vagin, et l'opération est terminée. Pourquoi tenir à fermer le péritoine, puisqu'il reste ouvert dans l'hystérectomie vaginale?

Et pourquoi laisser un drain, comme le font quelques-uns, voire même un tamponnement de Mickulicz dans la plaie de l'abdomen, au risque d'avoir une guérison moins rapide, et plus tard une éventration? Où sont les causes d'infection, les risques d'hémorragie? Avec les pinces des ligaments, l'hémostase complémentaire, l'absence de toute ligature et la brèche du péritoine occupée par la gaze, on a la copie identique d'une hystérectomie vaginale.

Sur les trois opérations que j'ai faites par ce procédé, j'ai mis, dans le premier cas, deux pinces droites en étage au lieu de la pince unique; aussi l'opération a-t-elle duré trois quarts d'heure. Mais les deux dernières m'ont demandé trente-cinq minutes et une demi-heure, y compris la suture abdominale; et dans les trois cas, par une singulière coïncidence, j'ai dû perdre quelques minutes à faire l'énucléation du fibrôme. Je parle de la durée vraie, totale, et je ne m'arrête pas, comme certains auteurs, à l'ablation de l'utérus, oubliant la demi-heure qu'il leur faut encore pour lier, suturer, faire la toilette et fermer le ventre. Je ne crois pas qu'il soit bien facile d'aller plus vite, ni de faire une hystérectomie plus simplement.

Mes trois malades ont guéri; ce n'est pas une statistique, mais c'est une expérience suffisante, après

---

l'histoire de l'aristocrate qu'on allait pendre à la corde d'un réverbère et qui sauva sa vie en criant à la populace : « Y verrez-vous plus clair après? »

Les meneurs, les chefs de foules, ceux qui dirigent les mouvements populaires, ceux qui en font un moyen de fortune, ont, à défaut de la connaissance scientifique et raisonnée de ces lois psycho-physiologiques, une intuition très sûre de leur existence. Mais les rapports exacts entre les effets et les causes échappent encore trop souvent au calcul pour que la roche Tarpéïenne ait cessé d'être près du Capitole. La religiosité, un des caractères les plus nets, les plus constants, les plus profondément gravés dans l'histoire des foules, n'échappe pas à la mobilité décevante dont je parlais. S'il est facile de leur devenir un Dieu, le Dieu cesse promptement d'être l'objet de leur culte.

Mais de tous les traits de leur physionomie, le plus intéressant peut-être et celui qui soulève dans l'esprit du penseur le plus de réflexion, c'est, à mon avis, leur crédulité. Cette faculté est portée chez elle à un degré presque incroyable. Il permet de comprendre avec quelle promptitude et quelle puissance se forment les légendes les moins acceptables et comment les siècles accumulés arrivent avec tant de peine à les détruire.

C'est une des bases généralement admises et regardées comme très solides de nos connaissances que le témoignage unanime d'un grand nombre d'hommes. Des adages ayant force de vérités démontrées l'affirment et l'attestent depuis l'antiquité. Or, la crédulité, résultat des suggestions que les foules acceptent si facilement, vient ébranler maintenant ce pilier fondamental de l'édifice de notre certitude. Que devient l'histoire, s'il en est vraiment ainsi, et s'il faut croire que tout évènement auquel ont assisté un grand nombre de personnes est nécessairement rapporté par elles d'une façon erronée?

Si frappants que soient les exemples apportés par M. Lebon à l'appui de cette partie de sa thèse, je crois qu'il est sage de ne pas admettre toutes les déductions qu'il en fait découler. Un phénomène bien connu des physiologistes et des physiciens, — l'illusion d'optique — dont l'individu isolé peut être le jouet tout autant que l'agglomération des individus, intervient ici pour une grande part; le négliger est une grave erreur de méthode.

les tâtonnements antérieurs, pour fixer ma pratique. Mes dernières séries, avec ou sans pédicule, ont été heureuses ; j'étais déjà fort satisfait des résultats que me donnaient les pinces à demeure, alors que je les substituais à des pinces abdominales provisoires, et que je n'allais pas encore droit au but comme aujourd'hui. Mais je n'en veux plus tirer d'arguments ; tout ce qui était progrès il y a quelques semaines disparaît devant la pince vaginale d'emblée, avec suppression totale du lien élastique, des ligatures variées et de l'occlusion du péritoine.

LA CHIRURGIE DU CERVEAU & DU CORPS THYROÏDE

Au XXIVe Congrès de la Société allemande de Chirurgie

Du 17 au 20 avril, s'est tenu à Berlin le vingt-quatrième Congrès de chirurgie allemande. Nous allons analyser les communications qui ont eu lieu sur les sujets intéressants et d'actualité, et nous commencerons par la *chirurgie du cerveau*.

M. Bergmann a d'abord pris la parole et a traité la question d'une façon générale. Il a insisté sur la difficulté du diagnostic des tumeurs cérébrales, et sur ce fait que les statistiques démontrent, que seulement 29 % de celles-ci sont opérables, et, abordant la technique opératoire, il a présenté une scie circulaire mue par un moteur électrique, qui permet de circonscrire rapidement un lambeau osseux étendu.

Étudiant ensuite les affections cérébrales en particulier, il a commencé par établir que la trépanation pour l'épilepsie ne paraît donner de succès que lorsque cette épilepsie est due à une lésion des centres moteurs de l'écorce, et encore, a-t-il ajouté, les succès sont plus apparents que réels, car la guérison qu'on croit obtenue n'est souvent que passagère, et les crises peuvent revenir au bout de peu de temps. En tous les cas, ne faut-il enlever que des parties malades et ne jamais extirper une portion saine de l'écorce cérébrale, sous prétexte qu'elle peut être le point de départ de l'épilepsie. C'est là sagement raisonner, et on ne saurait trop approuver le chirurgien de Berlin.

Passant aux *abcès cérébraux*, M. Bergmann constate que là se sont surtout manifestés les progrès de la chirurgie. Ces abcès ont la plupart du temps pour point de départ une suppuration de l'oreille moyenne, et peuvent être sous-duraux, intra-duraux ou en pleine substance. Comme on le voit, ce sont les idées dernièrement soutenues à la Société de Chirurgie ; mais nous sommes étonné de ne pas voir signalée, pour aller à leur recherche, la voie intra-mastoïdienne. Il est vrai que M. Bergmann a un procédé sus-auriculaire qui consiste à aborder les collections purulentes en enlevant un lambeau quadrangulaire juste au-dessus du conduit auditif externe.

La thrombose des sinus, traitée par leur ouverture après ligature de la jugulaire interne, a donné de très bons resultats. L'orateur cite, en effet, vingt-sept observations de thromboses ainsi opérées et guéries. Dans quatorze de ces cas le sinus baignait dans le pus. Il recommande d'ouvrir largement le sinus, et vante dans ce cas la voie intra-mastoïdienne de préférence à celle qui consiste à arriver sur la face supérieure du rocher. La statistique personnelle de ce chirurgien est de treize cas d'ouverture du sinus avec six guérisons.

M. Bergmann termine sa communication par l'étude des opérations entreprises pour abaisser la pression intra-crânienne. On a ouvert le crâne dans la méningite séreuse aiguë, dans l'hydrocéphalie interne,

---

J'insiste sur ce point parce que les conséquences de l'erreur me paraissent sérieuses. Parmi les faits invoqués dans le travail de M. G. Lebon, il en est deux, les plus saisissants, dont l'interprétation est évidemment inexacte ou du moins incomplète.

Tel est celui de la frégate *la Belle-Poule*, recherchant en mer le brick *le Berceau*, qu'une tempête en avait séparé. Ce n'est point parce qu'ils constituaient une petite foule que l'équipage et l'état major de la frégate crurent fermement reconnaitre le brick dans je ne sais plus quel amas informe de bois flottant, de branchages ou d'algues qui tachait un point de l'horizon.

Tous les marins connaissent ces décevantes illusions, faciles à expliquer d'ailleurs. Ce n'est point pour cela non plus qu'un groupe d'hommes éclairés, parmi lesquels, entre autres illustres savants, se trouvait Wallace, furent complètement induits en erreur par les expériences de M. Davey, au point de certifier en toute bonne foi que les choses vues par eux ne pouvaient pas avoir été produites par des causes naturelles, alors qu'au contraire les moyens dont s'était servi l'expérimentateur pour les illusionner étaient d'une simplicité enfantine. Il est bien probable que chacun de ces hommes, rendu isolément témoin des mêmes faits surprenants et cherchant à les expliquer par des procédés très compliqués et très difficiles, n'eût pas découvert davantage les trucs très simples et d'autant plus habiles, imaginés pour le dépister. A vouloir trop forcer les analogies, on risque de compromettre les meilleurs raisonnements.

A propos de cette crédulité des hommes groupés en plus ou moins grand nombre, je voudrais raconter, en terminant, une aventure certainement inédite qui laissera peut-être l'impression qu'en fait sa crédulité ; je n'ai rien à reprocher à personne. Elle me fut narrée par plusieurs de ceux qui en furent témoins, et je ne puis mettre en doute ni leur valeur intellectuelle ni leur rigoureuse bonne foi. L'un d'eux, un de mes très bons amis, commandait, il y a plusieurs années, un bâtiment qui se rendait dans l'Océan Pacifique par le détroit de Magellan. Le navire naviguait dans ces merveilleux « canaux latéraux » qui déroulent à l'extrémité perdue de la terre américaine le dédale de leurs îles, de leurs baies, de leurs bras de mer et de leurs

dans la méningite tuberculeuse, et, pour sa part, il est intervenu trois fois dans cette affection avec une amélioration considérable, mais cela n'empêche pas les enfants de succomber. La ponction du liquide céphalo-rachidien par la voie lombaire, ou opération de Quinke, ne donne pas de meilleurs résultats, mais l'intérêt pratique de cette ponction est l'examen du liquide, qui permet très souvent de déceler la présence de bacilles.

Plusieurs communications suivent, mais qui ont trait à des observations séparées. Telle celle d'un *kyste du cerveau,* opéré par M. Grazer (d'Erlangen), et dont le diagnostic fut fait à la suite de troubles de la mobilité dans la main. L'extirpation de la poche fut impossible; elle dut être tamponnée. Le malade mourut, et on trouva un second kyste dû, comme le premier, à la présence d'une tumeur maligne. Très curieux aussi le cas cité par M. Ledderhose (de Strasbourg), où un hématome sous dure-mèrien, dû à un traumatisme, fut trouvé à l'autopsie du même côté que la paralysie. La trépanation avait été naturellement faite du côté opposé.

Il s'est ensuite engagé une discussion sur le *traitement des pertes de substance du crâne.* C'est von Eiselsberg (de Vienne), qui, le premier, a pris la parole, et a divisé en deux classes les moyens à la disposition du chirurgien : l'autoplastie et l'hétéroplastie. Sur huit cas, cinq fois il a employé la première méthode, et trois fois la seconde, qui consiste dans l'occlusion de la brèche par une plaque de celluloïde. Ce dernier procédé a la supériorité d'être applicable dans les pertes de substance considérables, mais a l'inconvénient de ne pas être toujours toléré; ce à quoi répond Fränkel (de Vienne), en disant qu'évidemment, pour que l'hétéroplastie réussisse, il faut une asepsie parfaite de toutes les parties, et, de plus, un contact intime de la plaque prothétique avec les tissus qui l'entourent. Trois fois ce chirurgien a eu recours à cette méthode, et notamment dans un cas où l'orifice était grand comme la paume de la main : il s'agissait d'un tuberculeux qui mourut ultérieurement, et chez lequel on put voir à l'autopsie que la plaque rapportée faisait corps avec les tissus.

Czerny (de Heidelberg), lui, n'est pas partisan de l'hétéroplastie, qui ne lui a pas réussi; en revanche, il cite un beau succès à l'aide d'un lambeau ostéopériosté taillé avec la scie sur la face interne du tibia, et Barth (de Marbourg) insiste sur l'avantage qu'il y a de se servir de plaques osseuses, à cause des sels calcaires qu'elles contiennent et qui sont utilisés dans la formation de la nouvelle masse osseuse qui va combler la brèche.

Terminons cette partie du Congrès sur la chirurgie cérébrale par la *résection intra-crânienne du ganglion de Gasser.* M. Krause (d'Altona) étudie les procédés opératoires et préconise celui qui consiste à pénétrer dans le crâne par une résection ostéoplastique au niveau de l'écaille du temporal. On doit lier la méningée moyenne, ce qui est parfois très difficile, et ne pas ouvrir le sinus caverneux, ce qui peut arriver. Il a pratiqué huit fois cette opération avec une mort, et il présente une malade guérie depuis deux ans. Jamais il n'a constaté, contrairement à ce que disent les physiologistes, de troubles trophiques de la cornée. La partie de la face est insensible; les muscles masticateurs sont paralysés, mais cela n'a pas d'inconvénients. M. Kœnig a employé ce procédé, mais son malade a succombé à une hémorragie de la méningée moyenne, qu'il ne put parvenir à lier.

Le traitement chirurgical du goître a donné lieu à deux très intéressantes communications. Citons

---

rochers, dans une richesse de paysages, dans une splendeur de panoramas qu'on ne trouve que là.

Un soir, pendant que le petit *steamer* était à l'ancre dans une crique, presque à toucher la falaise entièrement accore, le commandant, les officiers et l'équipage virent cette chose inouïe. Une troupe de phoques affolés battaient la mer avec fureur, essayant d'échapper à la poursuite d'un animal monstrueux. C'était un cou très long, terminé par une tête énorme, au museau très allongé.

Un peu en arrière de ce cou émergeait une sorte de carapace oblongue, pareille au dos d'un cétacé. La bête formidable resserrait peu à peu les cercles qu'elle décrivait autour de la proie convoitée. Mon ami et quelques officiers, montés dans une baleinière, essayaient de se rapprocher prudemment pour s'assurer qu'ils n'étaient pas le jouet d'un cauchemar. On avait emporté des armes, mais il avait été expressément défendu de tirer autrement que sur l'ordre du commandant : une imprudence pouvait les mettre tous en un danger terrible. L'imprudence fut commise cependant. Un coup de feu retentit. Le monstre (fût-il touché?) plongea pour ne plus reparaître.

« A ce coup de fusil, me racontait mon ami, je me suis senti pâlir de frayeur jusqu'à l'évanouissement, responsable que j'étais de la vie de mes compagnons. Nous revînmes à bord à force de rames, et je mis aux arrêts l'officier qui avait tiré. Notre conviction absolue à tous est que nous nous sommes trouvés en présence d'un plésiosaure (*sic*). Je n'ai jamais voulu faire la relation officielle de cet incident; on nous eût tous traités de « *blagueurs.* » (1).

Si ce fut de leur part de la suggestion et de la crédulité, elle fut au moins raisonnée, discutée; ils luttèrent contre elle. S'ils avaient publié ce récit, on l'eut classé un jour au nombre des légendes et expliqué comme le fait de la *Belle-Poule*, et il y aurait eu un serpent de mer ou un kraken de plus.

Collège de France. — M. le professeur Ranvier est autorisé à se faire remplacer par le M. le Dr Suchard.

(1) Cette abstention et la circonstance qu'un autre officier du même bâtiment me fit, à plusieurs années d'intervalle, le même récit avec les mêmes détails, exclut toute idée d'une mystification convenue. Elle n'aurait pas été prolongée à ce point.

d'abord celle de M. Kocher (de Berne), qui parle en s'appuyant sur un total de mille excisions de cette tumeur. On ne s'étonne plus qu'avec une pareille compétence il réclame la priorité de l'étude de la cachexie strumiprive. Cette terrible conséquence de l'extirpation de la glande thyroïde a du reste disparu depuis qu'il prend la précaution de laisser, autant que possible, des parties de la glande saine. Si malgré cela il y a des troubles ultérieurs, c'est que la glande qu'on croyait saine est atrophiée, ou qu'il s'agissait d'une tumeur maligne.

Comme mortalité, en mettant de côté les cas de cancer, au nombre de trente dans la dernière série de neuf cents que Kocher présente, il n'y a eu que onze morts sur huit cent soixante-dix opérés, et encore, sur ces onze décès, y avait-il trois cas de *maladie de Basedow*. L'extirpation du goître donne donc des insuccès dans cette maladie, et Kocher préfère la ligature des artères thyroïdiennes, mais il ne lie pas les quatre, car, dans un cas où il a suivi cette pratique, il a vu survenir des symptômes de cachexie. Il ne lie donc que trois de ces vaisseaux, ce qui est suffisant pour déterminer l'atrophie.

Kocher aborde ensuite la question de l'ingestion du suc thyroïdien. Il en a obtenu de bons effets dans certains cas; mais il faut savoir qu'il existe des exemples dans dans lesquels ce mode de traitement amène une atrophie complète des parties saines de la glande. Des expériences entreprises sous sa direction ont montré l'importance de la glande thyroïde dans les phénomènes de nutrition; mais, chose curieuse, le traitement par le phosphate de soude lui a paru avoir une heureuse influence sur les symptômes de la maladie de Basedow.

C'est de cette dernière affection que s'occupe aussi Mickulicz (de Breslau). Pour lui, le traitement chirurgical devient de plus en plus en faveur. L'opération est-elle dangereuse? Non, si on consulte la statistique, puisque sur onze cas, il n'a eu aucun décès, et pourtant neuf fois il a pratiqué la thyroïdectomie et deux fois seulement la ligature des artères.

La deuxième question que se pose l'orateur est de savoir si l'intervention a une heureuse influence sur la maladie. Oui, répond-il, puisqu'une seule fois le bénefice a été presque nul, et encore n'avait-il lié les artères thyroïdiennes que d'un seul côté. Dans les autres cas, six opérés ont guéri complètement et quatre ont été considérablement améliorés. Les troubles circulatoires, la tachychardie mettent quelque temps à disparaître, mais le terme le plus éloigné de ses observations est une année et les troubles oculaires sont encore plus longs à s'en aller et exigent quelquefois deux ou trois ans. Quoi qu'il en soit, les malades sont toujours contents et reconnaissants.

En terminant, Mickulicz aborde la question de la *pathogénie du goître exophthalmique*. La théorie de la compression n'est pas soutenable, puisque les mêmes symptômes ne se montrent pas avec d'autres tumeurs de la glande thyroïde. La théorie, basée sur l'existence de fibres du nerf grand sympathique dans la capsule du goître, n'est pas non plus très très sérieuse; reste l'hypothèse d'une auto-intoxication par les produits de sécrétion de la glande hypertrophiée. La conviction de l'orateur est que la maladie de Basedow est une névrose primitive que favorise le goître, d'où suit l'auto-intoxication, et l'intervention chirurgicale guérit la maladie, ou, en tous les cas, l'améliore.

Dans le goître exophthalmique, Kronlein (de Zurich) donne la préférence à la résection de la glande, qu'il a pratiquée huit fois avec succès. Trendelenburg préfère la ligature, il lie les quatre thyroïdiennes en deux fois, et il n'a jamais observé de cachexie à la suite de de cette opération. Il en est de même de Rydigier qui, vingt-deux fois, a fait la ligature des quatre thyroïdiennes.

Comme on le voit, cette question du goître exophthalmique est très étudiée par les chirurgiens allemands, et c'est à l'acte opératoire qu'ils semblent donner la préférence sur le traitement par l'ingestion de sucs thyroïdiens. E. R.

GUÉRISON DE DEUX CAS DE CANCER

Par la Sérothérapie

Nous avons déjà parlé dans ce journal du traitement du cancer par des injections de toxine; aujourd'hui, c'est la méthode nouvelle de la sérothérapie qui vient de faire l'objet d'une intéressante communication à l'Académie des Sciences, de la part de MM. Richet et Héricourt, qui font remarquer que cette méthode peut s'appliquer non seulement aux maladies dont le microbe est connu, mais encore à des affections dont on n'a pas encore découvert le microbe, comme le cancer, par exemple.

MM. Richet et Héricourt ont utilisé un ostéosarcome de la jambe : cette tumeur fut broyée, puis additionnée d'un peu d'eau. Le liquide, filtré sur toile, fut injecté à un âne et à deux chiens. Cette injection ne fut suivie d'aucune réaction, et cinq, sept et quinze jours après, le sang de ces animaux fut pris pour en recueillir le sérum, lequel a servi à pratiquer des injections chez deux malades. Voici le résultat de cette thérapeutique nouvelle :

Dans le premier cas, dû à M. Terrier, il s'agissait d'une femme qui avait été opérée en octobre 1894 d'une tumeur qui présentait l'aspect d'un fibro-sarcome du volume d'une orange, datant de huit mois, adhérente aux sixième, septième et huitième côtes,

sans envahissement des téguments. En février 1895, la tumeur rédicivée offrait le volume d'une noisette, et un mois plus tard celui d'une petite orange. Le traitement sérothérapique fut commencé le 12 mars; les injections, faites autour de la tumeur dans le tissu cellulaire, à la dose de 3 c.c. de sérum, furent continuées pendant quarante jours, ce qui représente une dose totale de 120 c.c. de sérum. A partir du 25 mars, la tumeur commença à diminuer manifestement, et cette diminution s'accentua de plus en plus. Actuellement, on ne trouve plus à sa place qu'une plaque d'induration, dont les contours sont difficiles à délimiter et dont le volume, dans son ensemble, n'atteint pas le tiers du volume de la tumeur primitive. De plus, l'état général s'est sensiblement amélioré et la malade a engraissé d'une façon appréciable.

En résumé, une tumeur de nature certainement cancéreuse (puisqu'elle a récidivé sur la cicatrice), a non seulement été améliorée, mais *guérie* par les injections de sérum alors que tout traitement autre que l'ablation par l'instrument tranchant eût été, en parfaite certitude, absolument impuissant.

La seconde observation, quoique curieuse, est moins probante, elle est due à M. Reclus; c'est celle d'un individu de quarante-quatre ans, entré à la Pitié le 27 mars dernier pour une tumeur de la région épigastrique inférieure, du volume d'une grosse orange, diagnostiquée cancer de l'estomac. Toute intervention chirurgicale ayant été considérée comme probablement inefficace, le traitement sérothérapique fut décidé et commencé le 6 avril par une première injection de 4 c.c. de sérum. De cette date au 24 du même mois, on injecta la dose relativement considérable de 64 c.c. Une amélioration dans l'état général survint promptement. Le poids du malade qui, le 10 avril, était de 57 kilogrammes, était le 16 de 58 et le 23 de 60 kilogrammes. Dès le 10 avril également, la tumeur avait diminué de volume, et cette diminution s'accentuait assez rapidement pour que le 20 du même mois elle ne fût plus sentie comme tumeur isolée, saillante. La palpation de la région épigastrique ne donnait plus que la sensation d'un plan résistant, d'une sorte d'empâtement profond, très vague, difficile à limiter.

Dans ce second cas comme dans le premier, l'amélioration a donc été rapide, éclatante et incontestable. Tout au plus pourrions-nous demander — par un excès de prudence — s'il n'y a pas eu là, en raison de ce succès extraordinaire, une erreur de diagnostic.

Toutefois, l'observation de M. Terrier n'en persisterait pas moins dans toute sa force : il demeure acquis, d'après les auteurs, que le sérum anticancéreux a guéri un cas de cancer.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

Session annuelle de 1895

SUITE ET FIN (1)

M. Du Castel a donné ses soins à une malade atteinte de lymphangiectasie de la muqueuse buccale.

Cette femme, âgée de vingt ans, est depuis l'âge de seize ans sujette à des érysipèles à répétition avec production de bulles sur la figure, chaque crise se prolongeant pendant plusieurs semaines. Depuis le deuxième érysipèle, la face est toujours restée bouffie; il y avait en dehors des grandes poussées érysipélateuses des accès de bouffissures de la face, sans fièvre, sans changement de coloration de la peau. A chaque érysipèle, il se faisait une poussée éruptive du côté de la muqueuse buccale.

La constitution générale de la malade est bonne, la menstruation régulière; il n'y a pas de tare morbide dans la famille.

La muqueuse buccale présente, dans son ensemble, une coloration normale. Sur la muqueuse de la lèvre supérieure, il existe de petites saillies grosses comme des grains de millet légèrement acuminés; elles sont recouvertes d'un épithélium normal. Sur les joues, au niveau des espaces interdentaires, il y a des lésions analogues. Sur la joue droite, il existe un placard allongé blanc nacré, à surface irrégulière. Des grains nouveaux se forment à chaque poussée érysipélateuse; quelques-uns disparaissent spontanément, d'autres persistent. Le facies, dans son ensemble, est celui d'un lymphatique; à la partie inférieure de la joue, on sent un ganglion lymphatique tuméfié et mobile, et il y a des cicatrices d'abcès tuberculeux.

— M. Louis Wickham a présenté une jeune fille de dix-huit ans, atteinte à la joue droite, depuis cinq mois, d'une ulcération ayant l'aspect d'un chancre; mais il n'y a pas de ganglions, et l'histologie a prouvé qu'il s'agissait d'une toute autre maladie. Cette lésion, en effet, absolument chancriforme, serait un cas de lymphadénie cutanée à évolution rapide, avec tumeur d'emblée.

— Un malade, présenté par M. Gastou, est un laveur de carreaux qui, depuis deux ans, a des troubles trophiques des extrémités, simulant aux doigts des panaris, aux orteils, des maux perforants.

Au début, le malade présentait le syndrôme typique de la syringomyélie; il s'y ajoutait en outre de l'atrophie musculaire, du myosis, et, fait particulier, un retard considérable de la sensibilité. Aujourd'hui, s'il reste encore une certaine difficulté à distinguer le froid et le chaud, la dissociation syringomyélique a fait place à une hypéresthésie à la chaleur et à la douleur, surtout marquée aux extrémités.

Ce malade est tuberculeux; il a toujours été sujet aux engelures et au refroidissement des extrémités. L'affection actuelle a débuté nettement avec le froid. Quoique les lésions qu'il présente soient peu douloureuses et simulent le panaris analgésique, quoiqu'il y ait du myosis, de l'atrophie musculaire et qu'il y ait eu à un moment de la dissociation de la sensibilité, il est plus logique d'admettre que ces lésions sont la conséquence du froid, ayant déterminé chez un tuberculeux des névrites périphériques, plutôt que d'une syringomyélie, dont l'évolution est moins rapide et moins mobile.

— M. Abadie a étudié les modifications à apporter au traitement général de la syphilis. Un grand nombre de

(1) Voir le numéro précédent.

médecins attendent l'apparition des accidents secondaires pour instituer le traitement général de la syphilis. M. Jullien a cependant préconisé l'emploi de la médication spécifique dès que le diagnostic de chancre est établi, et il semble avoir obtenu l'atténuation des manifestations secondaires. M. Abadie est favorable à cette pratique, mais, malgré cela, il reproche à M. Jullien de ne faire qu'un traitement insuffisant. Comme la plupart des praticiens, en effet, il se borne à prescrire des pilules de protoiodure, de faibles doses d'iodure de potassium, et obtient ainsi qu'eux la disparition des manifestations secondaires dans la grande majorité des cas. Ce traitement bénin, dirigé contre des accidents bénins eux-mêmes, est appliqué un certain nombre de fois si les accidents récidivent, puis il ne fait plus rien. Les malades sont cependant loin d'être guéris, car, plus tard, les neuropathologistes, les ophtalmologistes ont à soigner des accidents graves qui ne se seraient pas produits si le traitement avait été plus sérieux, si la syphilis avait été moins bénigne dans ses premières manifestations. Il est à remarquer, en effet, que ce sont surtout les syphilis légères qui sont ultérieurement suivies de complications tardives graves; on en comprendra facilement la raison, si l'on songe que ces syphilis ne sont traitées que d'une façon presque toujours insuffisante. Il faudrait, dès que le diagnostic de chancre est posé, employer une médication très active, des injections sous-cutanées de sels solubles. Ces injections guérissent des choroïdo-rétinites graves, des localisations redoutables : on devra y avoir recours dès le début de la maladie. Les accidents tardifs du côté de l'appareil oculaire sont un pronostic fort mauvais, et on ne peut pour ainsi dire rien contre l'atrophie des nerfs optiques avec ou sans tabes. Dans quelques cas de chorio-rétinites tenaces, M. Abadie a eu recours aux injections intra-veineuses de sels mercuriels préconisées par Baccelli. Ces injections se font facilement, sauf chez les personnes dont les veines sont situées trop profondément; elles ne sont pas dangereuses si on réalise une asepsie complète. On peut employer les solutions de sublimé, de cyanure, de peptonate, qui servent pour les injections hypodermiques.

— M. Gastou a présenté une malade atteinte de kératose pilaire congénitale, chez laquelle une syphilide secondaire a augmenté considérablement l'extension de l'affection primitive.

L'examen histologique, fait dans ce cas et dans un cas analogue, a montré qu'il existait des lésions d'épaississement du derme, lésions déjà décrites par M. Lemoine dans la kératose pilaire simple des membres.

On trouve, en outre, une infiltration embryonnaire excessive de la couche papillaire, des follicules et préfollicules sébacées, et sudoripares aboutissant à la destruction de ces glandes et des follicules pileux.

Cette kératose syphilitique simule donc histologiquement l'acné pilaire, et cliniquement elle se rapproche des syphilides lichénoïdes et acnéiformes.

Le traitement spécifique a une heureuse influence sur elle.

— M. Feulard a communiqué l'histoire d'un petit garçon de trois ans atteint depuis trois semaines d'impétigo localisé, surtout au pourtour de la face, qui fut pris de phénomènes graves avec fièvre, mauvais état général, albuminurie assez abondante, selles fétides, en même temps qu'apparaissait sur la muqueuse de la bouche et des lèvres, des exulcérations avec exsudats blanchâtres diphtéroïdes. Les ganglions du cou furent gonflés et il y eut du côté droit un véritable adénophlegmon qu'il fallut inciser. L'enfant avait été contagionné par sa bonne qui avait eu un coryza avec écoulement purulent et excoriations des narines et de la sous-cloison. La stomatite impétigineuse est déjà assez rare, étant donné la grande fréquence de l'impétigo; mais il est exceptionnel qu'elle révèle un caractère semblable de gravité et entraine une véritable infection générale de l'économie.

M. Balzer a traité un myœdémateux sans crétinisme par le corps thyroïde frais du mouton. Le malade en prenait deux par semaine. Son poids diminua rapidement, car en peu plus de deux mois il tomba de 42 kilogrammes 300 à 38 kilogrammes. Bientôt, comme il se produisait un peu d'anémie, on ne donna plus qu'un corps thyroïde par semaine. Le malade est sorti de l'hôpital extrêmement amélioré. M. Balzer a vu le corps thyroïde échouer dans le psoriasis.

— MM. Hallopeau et Salmon ont constaté que, chez un sujet qui a porté pendant son enfance un bandage inguinal, il s'est développé au niveau des points comprimés et exclusivement dans ces parties des plaques de vitiligo, les poils y ont poussé blancs; sans doute la compression prolongée a déterminé un trouble permanent de la nutrition dans les cellules du corps muqueux de Malpighi, ainsi que dans celles de la racine du poil, à une époque où elles étaient en pleine activité de développement; il faut admettre en outre une prédisposition, car autrement tous les enfants qui portent un bandage auraient ultérieurement du vitiligo.

— M. Dubreuilh a exposé le résultat de ses recherches sur les verrues plantaires.

Les verrues de la plante du pied sont assez fréquentes, elles sont quelquefois multiples et peuvent occuper les parties de la face plantaire du pied ou des orteils, mais en général elles sont uniques ou peu nombreuses, et occupent de préférence les régions soumises à des pressions répétées, telles que la tête du premier, du troisième et du cinquième métatarsien, ou la face inférieure du talon.

La verrue plantaire ne fait aucune saillie, se présente à première vue comme un large durillon troué quelquefois en son centre d'une perforation au fond de laquelle se trouve une partie plus molle. Quand on abrase ce durillon avec un couteau, on trouve la périphérie formée d'un tissu corné analogue à celui qui constitue les cors, mais la partie centrale présente un tissu blanchâtre, laiteux, mou et tenace, se laissant mal couper. Tandis que l'anneau corné périphérique offre une structure stratifiée, la partie centrale paraît formée de colonnettes verticales aglutinées. On y distingue souvent de petits points noirs hémorragiques, ou si l'on poursuit l'abrasion, on voit sourdre du sang par une foule de petits orifices capillaires. La verrue diffère donc complètement du cor. La verrue plantaire est extrêmement douloureuse à la pression, plus que le cor, et la douleur n'est nullement diminuée par l'abrasion.

Quand on cherche à faire pénétrer une curette dans une verrue plantaire, on éprouve d'abord une assez grande difficulté à cause de la résistance molle et élastique du tissu qui en occupe le centre; mais une fois qu'on y a fait une brèche, on vide facilement une cavité arrondie, plus large au fond qu'à l'orifice, et qui s'enfonce à un ou deux centimètres à la plante du pied. Le tissu extrait par la curette se présente sous forme de cylindres mous, blanchâtres, agglutinés parallèlement en faisceaux et dirigés du fond de la cavité vers son orifice. La cavité ainsi évacuée par le curettage, saigne abondamment d'abord, mais l'hémostasie se fait sans difficulté.

La verrue plantaire diffère donc surtout de la verrue des mains, en ce que la tumeur ne pouvant faire saillie à cause des pressions, se creuse une loge dans le derme; il

se fait à son pourtour une zône d'hyperthératose cornée, qui complète l'inclusion de la verrue, et qui peut arriver à la recouvrir.

Le traitement consiste : soit dans le curettage qui est le moyen le plus rapide et le plus radical, soit dans des cautérisations répétées par l'acide azotique. La guérison est en somme plus difficile à obtenir que celle des cors, mais une fois qu'on l'a obtenue, elle est définitive.

L'examen microscopique d'un certain nombre de verrues, tant du pied que de la main, a montré des lésions très particulières. La couche cornée de l'épiderme, qui constitue la plus grande partie de la verrue, n'est plus formée, comme d'habitude, de cellules lamelleuses aplaties, dépourvues de noyau ou avec un noyau à peine visible; elle présente ici un aspect spongieux, et sur la coupe on voit un réseau fin, constitué par les membranes cellulaires circonscrivant des mailles claires sur lesquelles se trouvent des noyaux cellulaires très volumineux, ronds, bien limités et fortement colorés. Cette altération vasculaire de cellules, avec hypertrophie et persistance du noyau, débute à un niveau variable de l'épiderme, mais dans les cas bien accusés, qui sont les plus nombreux, elle débute dès les parties les plus inférieures de la couche épineuse où elle atteint souvent la majorité des cellules. Mais à ce niveau elle est masquée par la présence d'une grande quantité de kératohyaline en gros blocs irréguliers, qui prennent énergiquement la plupart des matières colorantes et rend très difficile l'interprétation des lésions.

— D'après M. Balzer, le salycilate de soude donne quelquefois des succès dans le rhumatisme blennorrhagique, mais il échoue souvent comme l'antipyrine. M. Balzer a obtenu d'excellents résultats en combinant l'immobilisation avec l'emploi des bains térébenthinés. Il se sert d'un mélange de 100 grammes de térébenthine avec 200 grammes de savon noir. La quantité à ajouter par bain varie selon la susceptibilité de la peau des malades. Beaucoup, après quelques jours, arrivent à tolérer jusqu'à 500 grammes du liquide. La révulsion produite est énergique.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 avril 1895

Aux deux formes classiques de tuberculose bucco-pharyngée, l'une aiguë, caractérisée par des granulations, l'autre chronique, ulcéreuse, M. Dieulafoy croit pouvoir ajouter une troisième variété, extrêmement fréquente, mais qui a passé inaperçue parce qu'elle est bénigne et insidieuse. Cette variété, que M. Dieulafoy désigne sous le nom de *tuberculose larvée des trois amygdales*, se présente comme une hypertrophie simple des amygdales et du tissu adénoïde naso-pharyngien.

On comprend toute l'importance d'une détermination exacte de la nature de ces hypertrophies amygdaliennes, de ces végétations adénoïdes, qui peuvent être tuberculeuses, ainsi que les expérienoes de M. Dieulafoy le démontrent. En effet, ayant fait pratiquer à des cobayes l'inoculation de fragments d'amygdales ou de végétations adénoïdes enlevées par divers chirurgiens, il vit dans un certain nombre de cas les animaux devenir tuberculeux et mourir. Ainsi, sur 61 inoculations pratiquées avec des parcelles de végétations adénoïdes, 7 fois les animaux devinrent tuberculeux. Donc, 12 fois sur 100 les hypertrophies amygdaliennes sont de nature tuberculeuse, et la proportion s'élève à 20 % pour les végétations adénoïdes.

Quelle est la pathogénie de cette tuberculose locale primitive? Elle se trouve expliquée, d'une part, par le fait signalé par M. Straus, de la présence du bacille de Koch dans les fosses nasales d'individus indemnes de tuberculose, et d'autre part, par le fait, bien mis en lumière par M. Cornil, que le bacille peut traverser l'épithélium muqueux et qu'il n'a nullement besoin d'effraction pour pénétrer dans les tissus sous-jacents. Ainsi, les animaux nourris avec des viandes tuberculeuses contractent souvent une tuberculose pharyngée.

Les recherches de M. Dieulafoy donnent une explication très claire de ces faits si nombreux d'adénites tuberculeuses chez des enfants ou des adultes qui ont été porteurs de grosses amygdales ou de végétations adénoïdes. Elles montrent aussi que la tuberculose pulmonaire n'est pas toujours primitive, mais qu'elle peut succéder à ces tuberculoses bucco-pharyngées si insidieuses.

En effet, si dans quelques cas les amygdales et le tissu adénoïde sont seuls atteints, et si le bacille tuberculeux qui les avait envahis finit par être vaincu et disparaître, dans d'autres, ce bacille passe dans le réseau lymphatique et va provoquer la formation d'une adénopathie tuberculeuse. Il peut ne pas aller plus loin; mais d'autres fois, et surtout à la faveur d'une maladie intercurrente, telle que la rougeole, la grippe, il descend par les gros troncs lymphatiques jusque dans le système veineux, et le cœur droit le lance dans le poumon.

On voit quelle importance il faut attribuer à la tuberculose lavée des amygdales et du tissu adénoïde. M. Dieulafoy a tiré de tous ces faits des conclusions thérapeutiques qu'il exposera à l'Académie dans une séance ultérieure.

L'infection tuberculeuse bucco-pharyngée peut être produite chez les bovidés, ainsi que l'ont démontré les expériences déjà anciennes de M. Chauveau; chez ces animaux, qui n'ont pas d'amygdales, la porte d'entrée du bacille était au niveau du tissu adénoïde de la base de la langue; dans l'espèce porcine, l'infection par les amygdales sans lésion apparente était assez fréquente. Chez les veaux, et ce détail est remarquable, la généralisation de la tuberculose est très rapide lorsque l'infection s'est faite par la voie digestive, tandis qu'elle ne se produit pas à la suite d'inoculations sous-cutanées.

La théorie de M. Dieulafoy trouve donc un appui précieux dans les expériences de M. Chauveau.

— Les tumeurs gazeuses de la région crânienne sont extrêmement rares, puisqu'on n'en possède encore qu'une dizaine de cas. Après avoir rappelé les causes de l'affection, ses différents sièges, son mécanisme, M. Le Dentu communique un fait remarquable de pneumatocèle crânienne. Un jeune homme eut un enfoncement au pariétal avec bosse sanguine énorme, à la suite d'une chute sur la tête. Quinze jours après, l'épanchement sanguin était en voie de résorption lorsque, le malade s'étant mouché violemment, une tumeur gazeuse apparut brusquement au même niveau. Le gaz provenait évidemment de la cavité crânienne; il fallut donc supposer que le sinus frontal avait été fracturé. M. Le Dentu se contenta d'abord de faire de la compression sur la tumeur gazeuse, mais le malade ayant eu de la fièvre, il pensa que le trajet intra-cérébral s'était infecté et qu'il était urgent d'intervenir. Il pratiqua donc une large brèche osseuse au niveau de l'enfoncement pariétal et trouva, en effet, un foyer en voie de suppuration. Le résultat immédiat de l'opération a été bon, mais il n'est pas encore possible de dire ce que seront les résultats ultérieurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

C'est l'hystérectomie vaginale, tant dans le traitement de ses complications que dans l'étude de ses procédés opératoires, qui a occupé presque toute la séance de mercredi dernier.

Les *fistules uretérales* consécutives à l'ablation de l'utérus, font d'abord dire à M. Ricard, qui a étudié anatomiquement ces rapports, que ce ne doit pas être dans le placement méthodique de la pince que ce conduit doit être blessé, mais quand une hémorragie ou toute autre cause vous force à faire un pincement secondaire. Quant au diagnostic de la fistule uretérale, il n'est appuyé que sur le signe classique de l'injection colorée faite dans la vessie; si le liquide coloré apparaît dans le vagin la fistule est vésicale, s'il n'apparaît pas elle est uretérale. Mais M. Ricard nous dit que quand la fistule vésicale est petite et qu'elle a un certain siège, l'injection colorée ne la traverse pas, et il en cite plusieurs exemples dont un lui est personnel. Dans ce cas, c'est seulement pendant le sommeil chloroformique que le liquide coloré passa; toutes les tentatives antérieures avaient échoué. Il faut donc penser que les fistules uretérales sont très rares, et que de petites fistulettes vésicales peuvent donner le change.

Cette discussion se termine par l'intervention de M. Tuffier, qui en a été le promoteur et qui vient, bien entendu, soutenir ses conclusions. Il a dit que dans l'hystérectomie vaginale, l'uretère était en danger. Il le maintient, s'appuyant sur ce fait qu'il a colligé quarante observations de fistules uretérales consécutives à cette intervention.

Il a dit que c'était le côté droit qui était presque toujours atteint; il le maintient, s'appuyant sur les chiffres suivants. Dans trente-cinq observations où les côtés sont notés, vingt-huit fois la fistule était à droite. Quant au mécanisme qui place la fistule de ce côté, M. Tuffier n'y insiste pas; mais il faut bien croire qu'il y a une cause dans le manuel opératoire, puisqu'on ne la trouve pas ailleurs.

Il a divisé les fistules en complètes et incomplètes, division, faite du reste par Sweifel. Ces dernières guéissent spontanément; la chose est prouvée par l'uretérotomie sans suture. Quant aux fistules complètes, il est sûr que dans ses deux cas elles siégeaient sur l'uretère et non sur la vessie, puisque dans un cas il a lié un uretère avec du catgut, et que l'urine ne s'est remontrée qu'au bout de huit jours, temps nécessaire pour la résorbtion du fil; dans l'autre cas, il a cathétérisé le conduit et a pu y introduire la sonde sur une longueur considérable, ce qui prouvait bien qu'il était dans l'uretère. Il y a du reste un moyen facile de s'assurer que c'est bien l'uretère qui est blessé, c'est de faire la cystoscopie et le cathétérisme rétrograde de l'uretère.

Le rétrécissement existe entre la plaie et la vessie, et comme il peut amener l'atrophie secondaire du rein, il est de toute nécessité de l'enlever.

M. Tuffier préfère l'abouchement par le vagin, et qu'on n'aille pas combattre cette voie par les arguments de la difficulté d'opérer dans les profondeurs du vagin avec un éclairage imparfait, car ce sont les mêmes que ceux donnés pour l'hystérectomie et ils n'ont pas empêché cette dernière de s'imposer. Que si on ne peut pas abaisser l'uretère on adopte la voie abdominale, mais dans ce seul cas. Quant à l'abouchement dans l'intestin, préconisé par M. Chaput, on peut le faire; mais c'est une dernière ressource et, auparavant, M. Tuffier emploierait même le procédé de Rydigier, qui consiste à faire un lambeau aux dépens de la paroi supérieure de la vessie pour reconstituer ce qui manque d'uretère.

M. Bazy ajoute quelques mots pour défendre la voie abdominale qui, pour lui, est d'une technique opératoire beaucoup plus facile. Elle lui a donné deux excellents résultats, et pourtant dans ces deux cas les voies supérieures étaient infectées, ce qui n'a cependant pas empêché les sutures de tenir.

— On se souvient de la communication de M. Richelot sur l'*hystérectomie abdominale*, sans ligatures, avec pinces vaginales sur les ligaments larges. C'est à propos de cette communication que M. Reynier prend la parole. Il commence par comparer ce procédé à un procédé analogue dû à un américain, décrit dans le *Medical Record* et dans les *Annales de Gynécologie*. Il admet cependant qu'il existe une différence : c'est que le chirurgien américain commence par lier séparément les annexes, ce qui a pour M. Reynier un avantage : celui de diminuer la hauteur des ligaments larges et de permettre de placer plus facilement les pinces, ce qui semble impossible à M. Reynier, lorsqu'on a affaire à un énorme fibrôme qui, en se développant, a augmenté la hauteur des ligaments larges.

De plus, ajoute l'orateur, M. Richelot, en plaçant ses pinces est forcé de les faire diverger, afin de comprendre les annexes dans leur préhension, et il vient à l'encontre de ce qu'il disait dans la dernière séance, que pour éviter l'uretère, il faut raser le tissu utérin.

M. Reynier préfère à ce procédé celui qui est adopté par M. Bouilly, et qui consiste à faire une ligature sur la base du fibrôme, à enlever ce fibrôme, et à se débarrasser ensuite du moignon formé, en l'extirpant, par le vagin.

— La séance prend fin avec une communication de M. Villar (de Bordeaux), sur la prothèse métallique dans les restaurations du nez. Il y a eu recours avec succès, chez un syphilitique qui avait eu une ostéite de l'auvent nasal osseux. M. Villar fait passer des photographies qui montrent la réussite de sa prothèse. E. R.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 avril 1895

Le pavillon de « douteux » qui existe à l'hôpital Trousseau rend, il est inutile de le dire, de très grands services; mais il est insuffisant. M. Comby réclame la création de chambres d'isolement pour les enfants chez lesquels le diagnostic de rougeole ne peut être porté d'une façon affirmative et que l'on ne sait cependant où placer, si ce n'est dans le pavillon des rougeoleux. Récemment, deux enfants ont ainsi contracté la rougeole à l'hôpital, et l'un d'eux est mort.

M. Comby réclame, en outre, une augmentation du nombre des externes.

Protestation des Médecins des Hôpitaux

A la suite d'un comité secret, la Société a voté la protestation suivante contre les nouvelles réformes hospitalières :

« Sans avoir prévenu le corps médical des hôpitaux et malgré l'avis formel du Conseil de surveillance, l'Administration de l'Assistance publique s'apprête à appliquer deux mesures qui modifient complètement l'organisation des consultations hospitalières. Elle a décidé la division de la Ville de Paris en une série de circonscriptions, dont les habitants devront s'adresser à la consultation d'hôpitaux déterminés, et être reçus dans ces hôpitaux à l'exclusion

des autres. Elle a décidé, en outre, contrairement au règlement voté par le Conseil de surveillance, que les chefs de service ne feraient plus, dorénavant, les consultations hospitalières.

« Ces deux mesures constituent une dérogation aux usages établis qui nous paraît absolument fâcheuse.

« Nous estimons que les pauvres ont le droit, non seulement d'être soignés gratuitement dans les hôpitaux, mais de choisir le médecin qui leur convient, et non celui que l'Administration leur impose. Un grand nombre de malades, dans le public qui fréquente les hôpitaux, viennent sciemment consulter tel ou tel d'entre nous, que ses travaux ont spécialisé, de préférence, dans certaines branches de la médecine : il est injuste et antidémocratique de les priver des conseils dont ils apprécient journellement la valeur. La mesure proposée par l'Administration porte donc atteinte à la liberté des pauvres.

« La décision qui enlève aux chefs de service le droit de faire la consultation dans les hôpitaux ne nous paraît pas mieux justifiée.

« On croit, en provoquant cette mesure, assurer le fonctionnement plus régulier des admissions des malades : il est facile de démontrer que ce résultat sera moins sûrement obtenu qu'avec le système actuel.

« Nul n'est mieux placé pour faire le triage des malades qui se présentent à la consultation que le chef de service qui est appelé à les soigner. L'objection qu'il donne la préférence aux malades qui l'intéressent tombe devant la constatation de ce fait que, dans tous les services hospitaliers, quels qu'ils soient, les deux tiers des lits sont occupés par des malades atteints d'affections chroniques plus ou moins incurables, qui seraient bien plutôt justiciables de l'hospice que de l'hôpital.

« La mesure nouvelle n'empêchera pas l'encombrement des services qui sont notoirement insuffisants : après, comme avant, certains malades chroniques seront obligés d'attendre plus ou moins longtemps leur tour d'admission, le devoir strict de tout médecin étant de donner la préférence aux fiévreux, atteints de maladies aiguës qui menacent plus immédiatement leur existence.

« La consultation proprement dite des hôpitaux, en dehors de l'admission des malades, est assurément susceptible de perfectionnements. Nous avons été les premiers à le reconnaître puisque, dès 1892, dans la discussion des réformes hospitalières, nous demandions que ceux des chefs de service que leurs occupations empêchent d'assister régulièrement à la consultation, puissent se faire assister de nos collègues du Bureau central. Mais s'il y a des inexactitudes et des défaillances individuelles, c'était à l'Administration qu'il appartenait de les signaler; c'était elle qui devait avertir et au besoin, frapper personnellement ceux qui manquaient à leur devoir : jamais elle ne l'a fait. Aujourd'hui, elle enveloppe dans un blâme commun et exclut en bloc tout le corps médical, mesure injuste et irrationnelle, puisque l'Administration se prive ainsi des secours de médecins expérimentés qui, pour la plupart, n'ont jamais donné lieu à un blâme, qui ont rempli scrupuleusement leur tâche, et dont les malades peuvent apprécier chaque jour les bons conseils.

« Nous réclamons donc formellement le maintien des dispositions relatives aux consultations, telles qu'elles ont été votées, en février 1894, par le Conseil de surveillance, et nous nous associons sans réserve à la protestation unanime de nos collègues les chirurgiens. Comme eux, nous tenons à rejeter toute part de responsabilité dans l'adoption de ces mesures, qui rendront plus difficile aux pauvres l'accès des consultations hospitalières, sans en assurer le fonctionnement d'une manière efficace. »

Cette pétition sera remise à M. le ministre de l'Intérieur par MM. Potain et Hayem, qui ont reçu de la Société la mission de se joindre, à cet effet, à MM. Millard et Lannelongue.

LES LIVRES NOUVEAUX

Les ophtalmies du nouveau-né, par E. Valude. Paris 1895. Rueff, éditeur.

S'il est un sujet qui intéresse le praticien, c'est bien celui choisi comme sujet de son livre de la Bibliothèque Charcot-Debove par notre ami Valude. Aussi bien connaissions-nous sa pratique en ces sortes de choses, car il a déjà publié des travaux sur cette affection dans l'*Union médicale*.

Dans la première partie de son ouvrage, l'auteur étudie les différentes formes de l'ophtalmie, d'abord au point de vue de l'anatomie de la bactériologie et des symptômes qu'elles peuvent présenter, et traite longuement la question du traitement. Il s'occupe principalement des deux ophtalmies les plus redoutables chez le nouveau-né : la purulente, pour laquelle il conseille la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent et l'ophtalmie à fausses membranes, qui contre-indique les cautérisations et pour laquelle il préconise les solutions aussi chaudes que possible.

Dans la deuxième partie du livre, l'auteur étudie les suites des ophtalmies et, notamment, les complications cornéennes, les lésions conjonctivales et les difformités des paupières. Toutes ces questions sont traitées, surtout au point de vue de l'intervention, avec la compétence que donne à Valude la grande pratique de son service des Quinze-Vingts. Nous en avons dit assez pour recommander ce joli petit volume à nos lecteurs.

La mort et la mort subite, par P. Brouardel. — 1 volume, chez Baillière et Fils, éditeurs.

Ce volume est le résumé des leçons sur la mort et la mort subite, au point de vue médico-légal, qui ont été faites, pendant l'année 1894, par l'éminent professeur de médecine légale de la Faculté de médecine. Un auditeur du cours, le Dr Reuss, frappé du grand intérêt de ces leçons, n'a pas voulu que les étudiants de la Faculté soient seuls à en profiter : il a eu l'heureuse idée, dont nous devons le remercier, de les recueillir et de les publier sous la direction du professeur.

Peu d'ouvrages d'ensemble ont été publiés sur la mort; moins encore sur la mort subite. Le livre du professeur Brouardel comblera une lacune de la bibliographie médicale et permettra aux médecins d'acquérir un grand nombre de notions qui leur sont généralement peu familières, car elles sont surtout du domaine de la médecine légale.

La première partie du volume est consacrée à l'étude de la mort, particulièrement aux signes de la mort et aux phénomènes qui la suivent (rigidité cadavérique, putréfaction, etc., etc.). L'auteur passe en revue tous les signes qui ont été donnés comme caractéristiques de la mort réelle et met en évidence ceux de ces signes qui, ayant une valeur absolue, doivent être connus et constatés, si on veut se mettre en garde contre les inhumations prématurées qui hantent encore l'esprit de tant de personnes. Les observations d'inhumations prématurées sont discutées avec le sens critique bien connu de l'auteur.

Les autenthiques sont exceptionnelles. La lecture du livre de notre Maitre est tout à fait rassurante pour ceux qui craignent d'être enterrés vivants.

La plus grande partie du volume est consacrée à la mort subite et constitue une monographie de ce genre de mort, dont on chercherait vainement ailleurs une étude aussi complète des causes et du mécanisme. Grâce à son immense pratique des autopsies médico-légales, M. Brouardel s'est convaincu de la fréquence de la mort subite. Il a pu établir qu'il n'était pour ainsi dire d'affection organique, de maladie, qui ne puisse être la cause de la mort subite. Il démontre, avec observations à l'appui, qu'en dehors des affections des centres nerveux, du cœur, des artères et des poumons, les lésions des reins, des organes génitaux et du tube digestif, du foie, le diabète, l'alcoolisme, les infections, les traumatismes superficiels de certaines régions (larynx creux épigastrique), etc., peuvent amener la mort d'une manière subite. Tous les chapitres de cette partie du livre seraient à citer, car tous ils renferment des aperçus originaux et des faits imprévus. Nous ne pouvons mieux faire que d'engager à les lire. Les lecteurs y trouveront, en effet, bien des choses qui échappent forcément à l'analyse. Ils verront qu'une connaissance approfondie de tous les problèmes médico-légaux soulevés par la mort subite n'exclue pas un talent d'écrivain qui rend la lecture de ce livre aussi intéressante qu'instructive.

ÉCHOS ET NOUVELLES

A propos des réformes hospitalières. — La Société des Chirurgiens des hôpitaux s'est encore réunie hier pour s'opposer à l'adoption du projet de M. Peyron, qui lèse tant les intérêts des malades, et il a été décidé que la Commission nommée par les chirurgiens se joindrait à celle désignée par les médecins des hôpitaux. Cette réorganisation, qui pourrait bien n'être qu'une désorganisation, a, du reste, un retard singulier. Elle devait être mise en vigueur le 1er mai; ceci avait été annoncé, et le directeur de l'Assistance publique l'avait dit maintes et maintes fois, et voilà qu'elle est reculée, et pourquoi? Est-ce manque de fonds? indifférence? ou faiblesse d'administration?

Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle. — Ce concours s'ouvrira le 20 mai 1895, à Paris. Voici la composition du jury : M. Mathias-Duval, président; membres : MM. Perrier, de l'Académie des sciences, Farabeuf (de Paris); Bouchard (de Bordeaux); Morat (de Lyon); Granel (de Montpellier); Prenant (de Nancy; Poirier et Gley, agrégés de Paris.

Concours des hôpitaux. — Un nouveau concours pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central sera ouvert le samedi, 8 juin 1895, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, nº 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 6 mai 1895, et sera clos définitivement le lundi 20 du même mois, à trois heures.

— Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 25 juillet 1895, à l'hospice général de cette ville.

Le registre d'inscription sera clos le 9 juillet.

Nominations. — *Au grade de médecin-inspecteur général:* M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la Guerre, en remplacement de M. le médecin-inspecteur général Colin, placé dans la section de réserve.

Au grade de médecin-inspecteur: M. le médecin principal de première classe Dieu, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz, promu au grade de médecin-inspecteur général. — Le médecin-inspecteur Dieu est nommé directeur de la direction du service de santé au ministère de la Guerre, en remplacement de M. le médecin inspecteur Dujardin-Beaumetz.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés:

Officier de la Légion d'honneur : M. Panas, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Chevalier de la Légion d'honneur: M. Testut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Officiers de l'Instruction publique : MM. Arnozan, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont; Cerné, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen; Chapoy, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon; Charbonnier, professeur à l'Ecole de médecine de Caen; Granel et Hamelin, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier; Herrmann, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; Macé, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Malosse, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger; Ménier, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes; Poirault, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers; Queirel et Villeneuve, professeurs à l'Ecole de médecine de Marseille; Tarnier, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon; Richaud, médecin adjoint au lycée Michelet.

Prix du baron Larrey. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de ladite Académie, aux clauses et conditions imposées, la donation qui lui a été faite par le baron Larrey (Hippolyte), d'une rente de 3 % sur l'État français, de cinq cents francs (500 fr.), destinée à récompenser annuellement l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Cette rente de 500 francs sera immatriculée au nom de l'Académie de Médecine, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

Le prix en question portera le nom de « Prix du baron Larrey ».

Poste médical. — On demande un médecin dans une localité située à deux heures et demie de Paris. S'adresser, pour les renseignements, à M. le Dr Richelot.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. L. Thérèse : Sérum anti-streptococcique.
II. La chirurgie de l'estomac et le traitement de la luxation congénitale de la hanche au XXIVe Congrès de la Société allemande de Chirurgie.
III. La guérison du cancer par le sérum anti-érysipélateux.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Société de Chirurgie ; 3° Société médicale des Hôpitaux ; 4° Revue de la Société de Biologie.
V. Les livres nouveaux.
VI. Échos et nouvelles.

SÉRUM ANTI-STREPTOCOCCIQUE

En tant que théorie de l'immunisation, l'histoire du sérum anti-streptococcique se rattache à l'histoire de la sero-thérapie en général, et son apparition dans le domaine de la thérapeutique humaine est encore trop récente pour pouvoir faire autre chose maintenant que noter les étapes par lesquelles a passé sa découverte, le but vers lequel ont tendu les recherches et les premiers résultats obtenus.

En face, ou plus exactement à côté de la théorie phagocytaire de la défense de l'organisme, a pris place une autre théorie attribuant un rôle considérable au pouvoir bactéricide des humeurs.

L'action de présence des microbes s'est amoindrie devant l'importance des toxines, les variations fonctionnelles des cellules de l'organisme suivant le milieu dans lequel elles vivent ont été mieux étudiées.

Pour mettre en relief ces diverses données, de nombreuses espèces microbiennes ont été soumises à l'expérimentation ; nous ne nous occuperons ici que des expériences où le streptocoque a été employé.

Envisagée au point de vue du sérum curateur, l'histoire du streptocoque a parcouru successivement trois étapes.

Dans une première série de recherches, les auteurs se sont efforcés de déterminer ce qu'après une première infection devenait l'animal guéri vis-à-vis d'inoculations nouvelles ; en un mot les conditions propres à lui assurer l'immunité.

Les procédés de vaccination trouvés, l'animal étant devenu réfractaire, la question s'est posée de savoir quelles entraves le sérum de tels animaux était susceptible d'apporter au développement du streptocoque ; quelles modifications présentaient les cultures faites *in vitro* sur un tel milieu.

Enfin, une troisième période, constituée par des travaux tout récents qui promettent d'être féconds en résultats, a porté dans la pratique les données acquises : l'action du sérum réfractaire a été suivie, non plus *in vitro*, moins dans l'organisme chez l'animal d'abord et enfin chez l'homme.

Le professeur Jaccoud (cliniques 85-86) avait fait remarquer que chez les malades sujets aux érysipèles à répétition, les premières atteintes étaient les plus sévères, puis que les récidives allaient en s'atténuant à mesure que le nombre en augmentait. Ce fait implique en lui-même une sorte d'immunité relative acquise par l'individu, immunité qui doit être complète pendant un certain temps, puisque, comme le fait remarquer Roger (*Revue de Médecine* 1892, p. 943) « la guérison d'une maladie infectieuse ne se « comprend guère qu'en admettant une modification « de l'organisme qui en fait un mauvais milieu de « culture pour l'agent pathogène ».

Bon nombre d'expérimentateurs ont tenté avec des succès divers, de réaliser cette immunité chez l'animal.

Lingelsheim (*Zeitschr. f. Hyg.* BD. X. 1891) a essayé en vain de rendre des souris réfractaires au streptocoque par deux procédés différents : chez les unes, il chercha à obtenir la vaccination par le procédé de Fränkel en leur injectant des cultures vieillies et chauffées, chez les autres il employa le procédé de Behring, et injecta des cultures atténuées par le trichlorure d'iode. Sur douze souris, dix succombèrent lorsqu'on éprouva leur immunité par l'injection d'une culture virulente.

De Paolis fut plus heureux et obtint l'immunité chez les animaux en leur injectant des cultures atténuées dans le système veineux.

Au cours de recherches poursuivies depuis 1889, M. Roger, en étudiant les produits solubles sécrétés par le streptocoque, arriva à un procédé d'immunisation plus sûr (Société de Biologie, 1er juillet 1891). De ses recherches, il résulte que les produits solubles des cultures de streptocoque ont une double action : les lapins qui reçoivent la culture simplement filtrée, puis une inoculation virulente, succombent plus rapidement que les lapins témoins ayant reçu simplement le virus ; mais si le produit de filtration est soumis à une température de 104° et injecté à la dose de 30 c. c., loin de prédisposer à l'infection, il confère l'immunité. Ce résultat a été obtenu par le même auteur avec un procédé différent (*Revue de Médecine.*, déc. 92). Un lapin ayant reçu sous la peau de l'oreille douze gouttes d'une culture de streptocoque dans le sérum, fut amputé au thermocautère de l'oreille érysipélateuse lorsque l'état général devint trop menaçant, guérit et resta réfractaire.

M. Mironoff (*Arch. de Méd. expér.*, juillet 1893) n'ayant pas obtenu par les procédés de Roger de résultats qui le satisfassent, a réalisé l'immunité chez les lapins en pratiquant des vaccinations successives : 1° avec des cultures chauffées pendant une heure à 70-100°; 2° avec des cultures chauffées pendant une heure à 60°; 3° avec des cultures virulentes à dose progressivement croissante. Les intervalles à laisser entre chaque injection doivent être de quinze jours environ.

C'est à M. Roger surtout que sont dues les recherches des modifications des cultures du streptocoque, lorsqu'il est ensemencé sur du sérum provenant d'animaux immunisés. Déjà Charrin et lui avaient fait connaître (Acad. des Sciences, novembre 1889; Société de Biologie, id.) que le bacille pyocyanique présentait de notables différences biologiques lorsqu'il était cultivé comparativement sur le sérum d'un animal immunisé contre ce microbe et sur le sérum d'un animal exempt d'inoculations antérieures. Zasslein, Behring et Nissen avaient signalé des faits analogues pour d'autres espèces microbiques (Zasslein, vibrion cholérique; Behring et Nissen, vibrion de Metchnikoff).

Dans ses recherches sur ce sujet, M. Roger (Soc. de Biol., 22 octobre 1890; *Revue de Médecine*, 1892, p. 950, 951) a constaté que les cultures faites sur sérum normal ou sur sérum immunisé poussaient, comme abondance et comme morphologie, d'une façon indentique : les chaînettes développées sur le sérum d'animal immunisé étaient cependant un peu plus longues, mais il existe une différence capitale dans la virulence des deux cultures : la culture sur sérum immunisé a perdu sa virulence en grande partie. « La virulence du microbe subit des modifications « identiques dans le corps de l'animal vacciné et « dans le sérum de ce même animal, en dehors de « l'organisme. » Tout autres sont, à ce point de vue, les conclusions de Mironoff (*Loc. cit.*, p. 458, § II, et p. 467, conclusion 7) : « Le streptocoque se déve- « loppe bien sur le sérum des animaux immunisés « et, transporté de là, après quatre jours, dans le « bouillon, le micro-organisme y pousse très bien.

« Quant à la *virulence* des cultures développées « sur le sérum des animaux immunisés, elle ne sem- « ble différer en rien de la virulence des cultures « développées dans le bouillon ou sur le sérum ordi- « naire. »

Il y a là, entre les résultats expérimentaux des deux auteurs, une contradiction catégorique.

Cependant, malgré ces conclusions opposées, tous deux, à des époques différentes et sur des sujets d'expérience variables, sont arrivés à des résultats comparables : tous deux ont reconnu que, quelle que soit son action *in vitro*, le sérum des animaux immunisés avait une action préservatrice et curative pour les sujets neufs soumis à des inoculations de cultures virulentes de streptocoques. En effet, malgré que les cultures sur sérum immunisé se fussent montrées, dans ses expériences propres, aussi virulentes que sur d'autres milieux, Mironoff n'en chercha pas moins à étudier l'action vaccinante du sérum. Les recherches antérieures de Behring et Kitasato, de Tizzoni et Catani, de Vaillard, avaient montré que l'immunité et la guérison de la diphtérie et du tétanos pouvaient être obtenues par l'emploi du sérum d'animaux rendus réfractaires à ces maladies. Dès 1892, Roger admet implicitement la possibilité des résultats pour le streptocoque, puisqu'à propos de l'atténuation des cultures sur sérum immunisé, il fait remarquer (*Rev. de Méd.*, 1892, p. 952) que la quantité de sérum injecté en même temps que la culture est trop minime pour qu'on puisse lui attribuer le peu de réaction des animaux inoculés.

Les recherches de Mironoff portent sur les propriétés vaccinantes et curatives du sérum des animaux immunisés contre le streptocoque par sa méthode, que nous avons mentionnée plus haut. Quatre lapins furent mis en expérience, dont trois reçurent du sérum d'animaux immunisés, le quatrième fut laissé comme témoin. La dose de sérum varia de 2 c. c. 1/2 à 5 c. c., injectée en une ou deux fois, et les quatre animaux reçurent, à des dates différentes, deux ou trois injections virulentes de 1 à 3,5 c. c.; les trois animaux vaccinés non seulement résistèrent, mais ne présentèrent même presque aucune réaction, sauf des élévations transitoires de la température à l'occasion des inoculations virulentes, sans que dans aucun cas l'injection préventive de sérum ait amené une réaction quelconque; le lapin témoin succomba quarante-huit jours après la première injection. D'autres séries d'expériences, dont il ne donne pas le détail, amènent M. Mironoff à la conclusion suivante : « L'immunité conférée par l'introduction du sérum « des animaux immunisés contre le streptocoque « ne diffère en rien de l'immunité conférée par « n'importe quel aure procédé : tout en préservant « contre la septicémie aiguë, il n'empêche pas les « phénomènes septiques locaux, ce qui peut être « considéré comme cause prochaine de l'issue fatale « survenant pendant les injections ultérieures des « cultures virulentes à dose élevée. »

Les premières tentatives d'emploi curatif du sérum d'animaux immunisés ne furent pas heureuses, et leur échec paraît pouvoir être attribué à deux causes: la quantité trop faible de sérum injecté, l'immunisation insuffisante des animaux qui l'avaient fourni. Une seconde série d'animaux inoculés à doses plus élevées, avec le sérum d'un lapin assez fortement immunisé pour supporter 10 c. c. de culture viru-

lente sans réaction, donna des résultats plus satisfaisants. Les trois animaux guérirent, tandis que le témoin succombait; mais pour arriver à ce résultat, il a fallu injecter aux animaux, pendant plusieurs jours de suite, 2 à 3 c. c. par kilog. d'animal, et comme pour les vaccinations préventives, M. Mironoff arriva à conclure que le sérum, efficace contre l'envahissement général, « ne s'oppose pas au développement des processus septiques locaux, quoiqu'il rende l'animal apte à lutter pendant un temps assez notable, et recule l'issue fatale pour un laps de temps plus ou moins considérable ».

Quelles que soient les espérances que donne pour le traitement des affections à streptocoques la méthode du sérum anti-toxique, il y a dans les recherches de M. Mironoff un point qui doit être soigneusement retenu; c'est l'inefficacité relative du sérum sur tout processus local, sur tout foyer limité; c'est assez dire que l'emploi du sérum ne devra pas autoriser l'inactivité et l'expectation trop prolongée. Pour avoir mis l'individu à l'abri d'une septicémie généralisée et avoir amélioré ses conditions de résistance, il n'en faut pas moins saisir et suivre les indications antiseptiques ou chirurgicales qui résultent des phénomènes locaux ou de la connaissance de la porte d'entrée.

L'une des conditions qu'il importe de remplir pour obtenir l'efficacité du sérum anti-toxique, c'est d'immuniser fortement les animaux; c'est à quoi s'est d'abord attaché M. Marmoreck. Le détail de ses expériences n'est pas encore publié, et le résultat seulement en a été annoncé à deux séances de la Société de Biologie. Dans sa première communication (23 février 1895), M. Marmoreck a fait connaître que pour obtenir un sérum anti-toxique actif, il s'était d'abord efforcé d'obtenir un streptocoque d'une virulence considérable, qu'avec la toxine bien plus active, il avait immunisé des animaux dont le sérum avait un pouvoir préventif et curatif; que les lapins injectés avec ce sérum, soit avant, soit après inoculation avec le streptocoque le plus virulent, survivent; qu'à bref délai, il ferait connaître le résultat de ce sérum chez l'homme.

Cette communication en provoqua immédiatement une autre (même séance, 23 février), de MM. Charrin et Roger qui, à cette époque, avaient déjà mis en œuvre vis-à-vis de l'espèce humaine, le sérum anti-streptococcique provenant d'équidés immunisés.

A la séance du 30 mars 1895 de la Société de Biologie, nouvelles communications simultanées de MM. Charrin et Roger et de M. Marmoreck. M. Marmoreck ayant cette fois procédé sur l'homme avec le sérum de grands animaux. Les observations encore peu nombreuses de ces auteurs se décomposent ainsi. M. Marmoreck : 46 cas d'érysipèle traités, une seule mort par pneumonie. MM. Charrin et Roger : 2 cas de fièvre puerpérale à forme septicémique sans localisation péritonéale, 1 cas d'érysipèle chez une enfant de quinze jours, 1 cas d'angine à streptocoque grave chez une jeune femme accouchée depuis vingt jours; ces quatre cas ont donné quatre guérisons. Les doses de sérum employées par M. Marmoreck ont varié de 5 à 20 c. c. MM. Charrin et Roger ont dû employer des quantités beaucoup plus considérables : chez la première malade traitée, des doses de 8 c. c. n'amenèrent aucune amélioration, et la température ne subit un abaissement notable qu'avec une dose de 25 c. c. La deuxième malade reçut en deux fois 46 c. c. le premier jour, 40 c. c. le second jour, 10 c. c. le troisième jour, en tout 96 c. c. L'enfant reçut 5 c. c. en une fois, et la malade atteinte d'angine fut soumise à trois injections de 30 c. c., réparties sur deux jours. La dose moyenne employée par MM. Charrin et Roger varie donc de 20 à 30 c. c. pour chaque injection, à raison de deux injections par jour.

Chez tous ces malades l'effet du sérum se traduisit par la chute de la température, un sentiment de bien-être suivant de quelques heures l'injection, et la rapidité de la convalescence. Ces mêmes phénomènes sont notés dans la communication de M. Marmoreck, et de plus, sous l'influence du traitement l'albumine aurait toujours disparu des urines lorsqu'elle existait; les phénomènes inflammatoires locaux se sont atténués rapidement et jamais il ne s'est produit d'abcès.

Dans l'état actuel des choses, toute conclusion est impossible. L'érysipèle est une maladie qui donne une mortalité minime, 1 % d'après les statistiques de M. Catrin, 5 à 6 % au maximum lorsqu'il s'agit d'individus d'âges divers, et qui n'ont pas subi la sélection du service militaire.

L'infection puerpérale, toute grave qu'elle soit, permet bien des guérisons, même dans les cas en apparence les plus graves. On peut donc dire encore, comme MM. Charrin et Roger le disaient à la fin de leur première communication, que ces tentatives ne valent encore que comme preuves de l'innocuité du traitement.

Dr L. Thérèse.

Souscription du Sou pour la délivrance gratuite du sérum antidiphérique. — M. Goujon, principal du collège d'Avranches, qui est président de l'Œuvre du Sou des enfants pour la guérison du croup, vient de déposer entre les mains du ministre de l'Intérieur une somme de 55,000 francs, montant du premier versement sur le produit de la souscription ouverte pour faciliter la délivrance gratuite du serum antidiphtériqne,

Cette souscription a été faite à raison d'un sou par enfant.

LA CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

ET LE

TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Au XXIVe Congrès de la Société allemande de Chirurgie

Tenu à Berlin du 17 au 20 avril 1895.

Plusieurs chirurgiens ont pris part à la discussion de la *Chirurgie de l'estomac*. Tout d'abord, c'est Mikulicz (de Breslau), qui arrive avec 103 opérations, et qui fait remarquer que, comme dans beaucoup d'autres interventions, du reste, les résultats s'améliorent avec l'application d'une meilleure technique. Ainsi, tandis que Billroth annonçait une mortalité de 47 %, le chirurgien de Breslau, dans une première série de 35 interventions, a eu 37 % de décès, et dans une dernière série de 68 interventions, une mortalité de 15 % seulement.

Il est bien entendu que la nature de la maladie influe considérablement sur la léthalité, et les chiffres de Mikulicz le montrent; c'est ainsi que pour les affections non cancéreuses il n'a eu que 2 morts sur 24 cas, tandis que dans les cancers de l'estomac il trouve 73 opérés avec 16 morts, et enfin pour les affections non classées, 5 morts sur 6 interventions.

Les causes de la mort sont notées par Mikulicz : elle a été la conséquence du collapsus, de la pneumonie hypostatique, de l'inanition, de l'infection, causes banales; mais, ce qu'il y a d'intéressant à noter, c'est que les deux tiers des décès n'ont pas été la conséquence de l'opération, mais dus simplement à la cachexie présentée par les malades. Il faut donc prendre en considération l'état général, et au besoin même, pratiquer une injection abondante de sérum la veille de l'opération.

Nous n'entrerons pas dans de longs détails sur la technique opératoire qui, d'après le dire de l'orateur, est à peu près parfaite; mais nous signalerons que Mikulicz préconise la laparotomie exploratrice dans le seul but d'assurer le diagnostic, et l'incision sera faite de la plus petite dimension possible.

Il est intéressant de connaître les résultats définitifs. La survie dans les cancers de l'œsophage a été en moyenne de huit à neuf mois; dans les cancers du pylore, elle s'est étendue en moyenne jusqu'à quinze mois. Ce sont là des effets assurément très brillants; mais, ce qu'il faut considérer, c'est l'amélioration dans l'état des malades : elle est considérable. Les souffrances intolérables cessent, et c'est là un fait capital.

Mikulicz termine en insistant sur la préférence à donner dans les cas de cancer du pylore à la gastro-entérostomie sur la résection de l'estomac, et aussi sur ce fait qu'il est très important que les cancéreux soient adressés au chirurgien avant que la cachexie ne les ait atteints.

La discussion s'engage et porte principalement sur la discussion des procédés opératoires. Von Eiselsberg (d'Utrecht) a pratiqué pour sa part 25 gastro-entérostomies avec 6 morts, tantôt par le procédé de von Hacker, tantôt par le procédé de Wölfler. Comme il avait remarqué que la suppression des douleurs ne suivait pas toujours la gastro-entérostomie, il a eu l'idée de supprimer la continuité de l'intestin grêle en sectionnant le duodénum bien au delà des limites du mal et en suturant les deux bouts sectionnés après invagination. La gastro-entérostomie faite avec ce complément opératoire lui a donné chez deux malades des résultats immédiats et très satisfaisants.

M. Kocher (de Berne), qui prend ensuite la parole, s'est très bien trouvé de son incision transversale de l'anse jéjunale. Sur 14 gastro-entérostomies faites ainsi, il n'a eu que 2 morts. Quant à Wölfler (de Prague), c'est à la gastrostomie antérieure qu'il donne la préférence, mais encore faut-il prendre certaines précautions. Pour éviter les tiraillements ou les déchirures, il ne faut pas faire la bouche duodénale près de l'estomac, mais se porter sur une anse jéjunale à 75 centimètres du duodénum. Il faut, de plus, faire passer cette anse à travers le grand épiploon. Pour éviter la régurgitation, accident si commun, il a tenté de déterminer une valvule, mais il n'y a pas réussi, et, à l'heure actuelle, il place l'anse dans une position verticale sur l'estomac.

C'est avec une statistique de 40 opérations que M. Hahn (de Berlin), prend la parole, et ces 40 cas ne sont que ceux de sa dernière série. Il a aussi fait 27 gastro-entérostomies, 7 résections stomacales, 3 gastrostomies et 3 interventions où il n'a eu qu'à rompre des adhérences. Sur ces 40 interventions, il n'a eu que 5 morts opératoires et une mort à brève échéance (trois semaines après l'intervention), l'une par hémorragie, l'autre par embolie pulmonaire. La suture a toujours bien tenu, et jamais il n'y a eu de péritonite. C'est à la face antérieure de l'estomac qu'il pratique la bouche, et il a soin que l'intestin ne soit pas pris trop court. L'orateur ne se montre pas partisan de la résection de l'estomac. Le duodénum se prête, en effet, peu à une suture avec l'estomac réséqué. Aussi a-t-il adopté comme méthode générale de fermer la plaie de la résection stomacale par une suture et de pratiquer ensuite la gastro-entérostomie.

M. Kronlein, pour sa part, n'a pratiqué que 12 résections du pylore, atteint de cancer, avec 3 morts, et pourtant il a eu en traitement 55 malades atteints de cancer de l'estomac. Il estime qu'avant d'opérer il faut faire un choix, et la discussion se termine par une communication de M. Kœnig, qui cite sa sta-

tistique de 30 gastro-enterostomies. Il n'a, chose curieuse, jamais observé le reflux du contenu intestinal dans l'estomac.

Une intéressante discussion s'est engagée sur le *traitement de la luxation congénitale de la hanche*, discussion à laquelle ont pris part les chirurgiens, orthopédistes les plus en vue de l'Allemagne.

C'est M. Hoffa (de Wurtzbourg), créateur, comme on le sait, d'un procédé qui porte son nom, qui prend le premier la parole, et il semble qu'il soit un peu revenu du premier enthousiasme sur les succès de la réduction sanglante. C'est ainsi qu'il appuie sur ce fait, c'est que l'acte opératoire n'est pas tout, et que pour obtenir un bon résultat fonctionnel, il est indispensable d'imposer à l'opéré un traitement consécutif par le massage et la gymnastique. La réduction opératoire détermine, en effet, une position vicieuse du membre qui se trouve placé en *coxa vara*, et cela à cause de la brièveté du col du fémur et à cause aussi de son incurvation. Le membre opéré présente toujours un léger raccourcissement, le grand trochanter est toujours placé un peu au-dessus de la ligne Roser-Nélaton. Enfin, comme il existe toujours de l'atrophie des muscles fessiers, atrophie qui serait la cause de la claudication, d'après Trendelenburg, c'est sur ces muscles que doivent porter les manœuvres du massage, qui doivent être continuées longtemps.

M. Hoffa a pratiqué 112 opérations de ce genre, et, à l'heure actuelle, il a adopté l'incision de Lorenz, incision antérieure, qui a l'avantage de ne pas toucher aux muscles abducteurs.

C'est pour insister dans ce sens que M. Lorenz (de Vienne) prend ensuite la parole. Il ne faut plus sectionner les muscles comme il le faisait autrefois, ou du moins ne le faire que dans le cas d'extrême nécessité. Les myotomies et les ténotomies sont dangereuses à cause de l'impotence fonctionnelle qu'elles peuvent déterminer, et surtout au creux poplité, car le nerf sciatique n'étant plus défendu par la contraction des muscles, peut être lésé dans les manœuvres de réduction brusque. Sept fois il a constaté cette paralysie, et c'est pour cela qu'il a renoncé aux ténotomies multiples.

Actuellement, il pratique la réduction lente et graduelle au moyen d'un appareil à extension qui ramène doucement la tête fémorale en face de la cavité cotyloïde. Toujours dans le même but, Lorenz pratique son incision en avant du grand trochanter, entre le moyen fessier et le tenseur du fascia lata. On arrive facilement par cette voie sur la capsule articulaire, et cela sans section musculaire appréciable. Cette incision permet aussi de reconstituer facilement la cavité cotyloïde.

L'âge a une importance capitale, et, quoiqu'il ait eu des succès chez des sujets de vingt ans, le chirurgien de Vienne recommande d'opérer les luxations congénitales chez des enfants de quatre à sept ans. Il est bien entendu que pour lui comme pour Hoffa, le traitement consécutif par le massage a une grande importance. Enfin, dans les cas de luxation bilatérale, il faut n'agir d'abord que sur un seul côté.

Tel est l'avis des interventionnistes; mais, à côté d'eux nous trouvons M. Heusner qui, tout en reconnaissant qu'il n'est pas opposé en principe à l'opération, estime toutefois que celle-ci n'est pas sans danger, et que, de plus, elle ne donne pas toujours de bons résultats, ce qui est absolument vrai. Il défend donc jusqu'à sept ans le traitement orthopédique pur. C'est aussi l'avis de M. Schede (de Hambourg), qui présente des appareils avec lesquels il a obtenu de bons résultats, même chez des enfants âgés de huit à dix ans. Enfin Mikulicz convient aussi que les résultats de la méthode sanglante sont loin d'être parfaits, que dans la plupart des cas les mouvements obtenus sont très limités. Il connaît un malade opéré par M. Lorenz, chez lequel l'articulation est restée douloureuse, et enfin il est des cas où l'acte chirurgical peut aggraver la situation déjà fort pénible du malade. Il faut donc y regarder de très près avant d'opérer.

Enfin, en terminant, M. Trendelenburg fait remarquer à M. Hoffa que ce n'est pas l'atrophie des muscles fessiers qui cause la claudication, mais bien la direction vicieuse d'insertion de ces muscles, direction vicieuse qui est due à la position anormale de la tête.

Citons encore, dans les communications intéressantes du Congrès, un travail de Koenig sur la *tuberculose du genou*. Ce chirurgien, qui a fait l'examen d'environ 300 pièces provenant soit de résection, soit d'amputation, n'adopte pas le début osseux de l'affection; bien au contraire, il est convaincu que l'ostéo-arthrite fémoro-tibiale bacillaire débute toujours par une synovite. Celle-ci revêt la forme séro-fibrineuse, et la fibrine se dépose de préférence d'abord sur les parties latérales des condyles fémoraux, peu à peu envahissant ces condyles dans leurs parties en rapport avec le tibia. Sur cet os, c'est autour des ménisques et entre eux et le plateau tibial que se fait l'exsudation séro-fibrineuse.

Celle-ci ne tarde pas à se transformer, à déterminer une résorption des cartilages, et l'os se trouve ainsi de proche en proche attaqué.

Suit une intéressante statistique de cas traités pendant dix-huit ans à la clinique de Gœttingue, et qui arrive au chiffre respectable de 727 : 615 malades ont pu seulement être traités, et 410 vivent encore; 33 % ont donc succombé.

Le traitement a varié ; sur 191 cas traités par les procédés conservateurs, c'est-à-dire l'immobilité, les appareils plâtrés, etc., 63 ont guéri et 40 ont conservé les mouvements du genou. Les injections intra-articulaires ont donné 36 guérisons sur 63 cas, tandis que les injections iodoformées n'ont amené que 13 succès sur 40 malades traités. L'acide phénique paraîtrait donc meilleur que l'iodoforme. Enfin l'arthrotomie a été pratiquée 150 fois. Sur les 133 opérés retrouvés, 106 étaient tout à fait guéris, et 11 étaient encore atteints d'ostéoarthrites ; par conséquent, 22 étaient morts de tuberculose. Enfin, la résection, pratiquée 296 fois, a donné 186 guérisons, toutes avec ankylose.

A rapprocher de la communication de Koenig celle de Rincheval (de Cologne), sur la résection de la hanche. Pour ce chirurgien, ce serait le squelette qui serait le point de départ de la tuberculose articulaire, et, de plus, le squelette pelvien. Il faut donc enlever avec soin toutes les parties de l'acétabulum qu'on croit malade. Quand la tête est en bon état, on n'y touche bien entendu pas, et au moyen d'un appareil extenseur, on l'amène en présence de la cavité réséquée. Schede (d'Hambourg) suit la même pratique en réséquant l'acétabulum et même ses alentours, et quand la tête est saine, il la conserve.

Ce sont là, comme on le voit, des chiffres intéressants, et qui prouvent par leurs détails que les chirurgiens allemands opèrent de bonne heure et réèquent dès que l'amélioration par les moyens simples n'a pas été obtenue.

L'hystérectomie vaginale est loin, comme on le sait, d'avoir en Allemagne le succès qu'elle a en France, pays de son origine ; cependant quelques chirurgiens l'ont adoptée, et, entre autres, M. Landau (de Berlin), qui, au Congrès dont nous rendons compte, est venu exposer les avantages de cette méthode et donner sa statistique. Dans les sept dernières années, il a fait 110 extirpations de l'utérus pour tumeurs et n'a eu que 8 morts opératoires ; ces tumeurs étaient des carcinômes et des sarcômes.

Pour les fibrômes, sur 47 opérés trois seulement sont morts, et enfin, fait à noter, pour toutes les opérations pratiquées sur les annexes après hystérectomie vaginale, il n'a eu aucun décès, et le chiffre des interventions de ce genre est pourtant assez respectable, puisqu'il s'élève à 105.

M. Landau fait remarquer qu'il n'a jamais suturé dans ces cas le péritoine, ce qui, suivant lui, pour certains chirurgiens, serait nécessaire au succès de l'opération. En France, on pense tout autrement, et il n'y a pas un chirurgien à fermer la plaie péritonale après une hystérectomie.

E. R.

LA GUÉRISON DU CANCER

Par le Sérum anti-érysipélateux

Nous avons, dans notre dernier numéro, parlé des recherches de MM. Richet et Héricourt sur la sérothéraphie appliquée au traitement du cancer ; en Allemagne, c'est à l'aide des toxines microbiennes que sont poursuivies les recherches.

MM. Emmerich et Scholl, dans le *Deutch Méd. Woch.*, viennent de publier un travail où ils rappellent les travaux antérieurs de Fehleisen et de Neisser, et, en Amérique, ceux de W.-B. Coley.

Comme on le sait, toutes ces recherches sont faites avec des cultures de coccus érysipélateux.

Leurs premières études, faites sur des animaux dès 1866, ont démontré à M. Emmerich que l'érysipèle ne guérit pas seulement le cancer, mais encore le charbon ; que, d'autre part, ce n'est pas le coccus érysipélateux lui-même, mais les modifications apportées au sang par ce coccus qui détruisent la bactéridie charbonneuse. De là il fut facile de tirer cette conclusion vérifiée par l'expérience, que le sérum d'un animal infecté par l'érysipèle peut guérir le charbon. C'est là le principe de la sérothérapie que Behring et Kitasato ont développé depuis.

Il restait à examiner si, pour le cancer aussi, c'était non le coccus lui-même, mais les modifications qu'il provoque dans le sérum qui détruisait les parasites cancéreux. Pour expérimenter sur l'homme, MM. Emmerich et Scholl ont employé le sérum de mouton de préférence à tout autre. La préparation de ce sérum anticancéreux est assez délicate ; elle demande beaucoup de précautions ; certaines races de moutons doivent être choisies de préférence. Le mouton est d'abord infecté par une culture d'érysipèle, puis saigné. Son sang, recueilli dans des vases stérilisés, est, au bout d'un certain temps, filtré au filtre Chamberland ou d'Arsonval. Ainsi stérilisé à froid, on le met dans des flacons de 10 centimètres cubes, que l'on garde à l'abri de la lumière et des changements de température.

Pendant les six derniers mois, ce sérum a été employé au traitement d'un certain nombre de cancers et de sarcômes. Il n'a été sans effet que dans deux cas, dans lesquels il existait déjà une infection cancéreuse secondaire et une destruction étendue et purulente des tissus, accidents que l'on pourrait, à l'avenir, prévenir par un traitement plus précoce.

Suit le résumé de sept observations, dans lesquelles on trouve certes des améliorations ; mais y-a-t-il bien là une guérison véritable ?

Ce seraient les sarcômes qui seraient le mieux influencés.

Pour les petites tumeurs, la dose employée peut être chaque jour de 1 à 4 centimètres cubes; pour les grosses, on peut injecter sans crainte, en divers points, jusqu'à 25 centimètres cubes.

Jusqu'à 5 centimètres cubes, les injections ne sont pas douloureuses; les injections plus considérables, surtout dans les tumeurs dures, provoquent des douleurs qui persistent quelques heures. En général, il n'y a pas de fièvre, et quand elle s'est montrée, celle-ci n'a été que passagère et n'a jamais atteint 39°. Les malades n'ont accusé aucune céphalalgie et aucune diminution de l'appétit. L'état général s'est, au contraire, amélioré.

Localement, même à la suite des injections à doses faibles, on voit se produire un pseudo-érysipèle, un érysipèle aseptique, consistant en une tuméfaction plus ou moins marquée et accompagnée d'un peu de rougeur. Ce pseudo-érysipèle ne s'étend pas et disparaît au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Plus il est accentué, meilleurs sont les effets.

Le traitement par le sérum ne doit pas faire renoncer au traitement chirurgical, qui reste le meilleur moyen de débarrasser l'économie d'un néoplasme. Il est appelé à compléter l'opération et à assurer ses effets en mettant le malade à l'abri de la récidive, en détruisant les foyers inaperçus et le parasite en voie de dissémination. La chirurgie et la médecine se prêteront ainsi un mutuel appui.

Ce nouveau traitement n'en est qu'à ses débuts. Il faut chercher à augmenter l'activité du sérum, étudier ses meilleurs modes d'emploi, et en isoler le principe actif pour pouvoir le doser.

Il est curieux de rapprocher de cette communication l'opinion émise au XXIVe Congrès de Chirurgie allemande par les chirurgiens qui ont sssayé la méthode.

M. Friedrich (de Leipzig) a essayé de traiter par les injections de toxines 14 carcinomateux et 3 sarcomateux de la clinique de Thiersch. Les résultats furent absolument nuls chez les carcinomateux. Parmi les sarcomateux, un seul parut tirer un bénéfice du traitement: la tumeur, un lymphosarcome du cou, est restée stationnaire, mais l'état général du malade s'est sensiblement amélioré.

M. Lauenstein (Hambourg) a essayé sans le moindre succès les injections de toxines chez une femme atteinte d'un cancer inopérable de l'utérus.

M. Kocher, qui a traité par les toxines un cancer inopérable du bassin, a vu le néoplasme diminuer pendant quelque temps de volume, pour augmenter ensuite et amener la mort de la malade.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le Dr Lyonnet.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1895

M. Dieulafoy vient de compléter son importante communication sur la *tuberculose larvée des trois amygdales* (1) en donnant les règles de la prophylaxie et du traitement de l'affection.

Les enfants lymphatiques sont un excellent terrain pour la tuberculose, de par leur tempérament et souvent aussi de leur hérédité. Il faut donc les exposer le moins possible aux causes de la contagion; ils peuvent s'infecter par les voies respiratoires, et ce premier mode est fréquent lorsqu'il y a dans la famille de ces enfants des phtisiques avec lesquels ils sont en contact journalier. Le bacille de Kock, que l'on trouve dans les fosses nasales des personnes saines, ne restera pas chez eux inoffensif, mais envahira rapidement l'amygdale pharyngée. Il faut donc éloigner les enfants de ces milieux où la contagion est si fréquente, ou, si cela est impossible, imposer aux parents toutes les précautions nécessaires pour éviter la dissémination des bacilles; en outre, on recommandera de pratiquer aux enfants de grands lavages antiseptiques des fosses nasales.

La contamination par l'alimentation est très fréquente, elle aussi. Le lait cru, surtout lorsqu'il provient de vaches atteintes de tuberculose mammaire, les fromages, les viandes salées, etc., peuvent contenir le bacille de Koch. Tous les aliments des enfants devront donc être cuits de façon à détruire les bacilles qui s'y trouvent.

Quand l'affection existe, les enfants doivent être considérés comme des tuberculeux et traités comme tels. M. Dieulafoy conseille la médication par les substances grasses ou huileuses, l'huile de foie de morue à fortes doses, les graisses, le beurre, le caviar, le thon mariné, les sardines à l'huile, etc.; l'iode et les iodures, les bains salés, les stations maritimes, les stations d'eaux salines agissent très favorablement.

Dans certains cas, le traitement chirurgical donnera de bons résultats: ablation des amygdales, curettage, ignipuncture, électropuncture. Il sera toujours utile d'employer, avant et après les interventions, le traitement médical tel que l'indique M. Dieulafoy.

L'importante communication de M. Dieulafoy vient confirmer les faits énoncés déjà l'année dernière, par M. Lermoyez, sur la présence du bacille de Koch dans certaines végétations adénoïdes, ainsi que le rappelle M. Lancereaux. Le bacille avait été trouvé, en outre, il y a longtemps, en Allemagne, dans les amygdales de phtisiques; il s'agissait alors d'infections secondaires. M. Dieulafoy a démontré expérimentalement l'existence de la tuberculose primitive des amygdales et des végétations adénoïdes.

Il n'est pas nécessaire, d'ailleurs, que les amygdales soient hypertrophiées pour laisser passer le bacille et pour que l'adénopathie cervicale se produise. M. Péan, qui attire l'attention sur cette pathogénie particulière de l'adénopathie, ajoute que dans la forme ulcéreuse, très tenace, de l'amygdalite tuberculeuse, l'adénopathie est bien moins prononcée.

Il faut enfin remarquer, avec M. Javal, que l'ophtalmie phlycténulaire s'accompagne toujours d'adénopathie cervicale.

(1) *Union médicale* du 4 mai.

— Aux trois faits d'encéphalopathie grippale que MM. Cornil et Durante ont, au commencement de cette année, communiqués à l'Académie, il faut ajouter une quatrième observation que ces auteurs rapportent aujourd'hui, et qui a trait à un cas d'encéphalopathie terminé par la mort.

A l'autopsie, on trouva la pie-mère épaissie et infiltrée par un liquide jaunâtre; les ventricules dilatés par le liquide; de petits foyers hémorragiques corticaux du côté droit.

L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'une méningo-encéphalite superficielle ; l'examen bactériologique n'a révélé la présence d'aucun micro-organisme.

— M. Lagrange, de Bordeaux, a employé l'*électrolyse dans le traitement du rétrécissement des voies lacrymales*. Les résultats fournis par ce procédé thérapeutique peuvent être excellents à condition ne n'employer que de faibles courants (3 à 5 milliampères) et d'avoir une technique et un outillage parfaits.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Nous avons eu, mercredi dernier, une intéressante communication de M. Michaux, sur la *chirurgie du canal cholédoque*. C'est avec huit laparotomies, pratiquées pour accidents de lithiase liliaire, que ce chirurgien monte à la tribune. Deux fois, il a trouvé les calculs dans le cholédoque, deux fois dans la vésicule ou le canal cystique ; une autre fois, c'était un cancer de la tête du pancréas qui avait déterminé l'obstruction biliaire ; enfin, chez les trois autres malades, c'était le foie lui-même, atteint de néoplasme, qui était en question.

M. Michaux commence par traiter un point d'anatomie, celui des rapports du canal cholédoque, et le divise en deux parties : l'une, *sus-duodénale*, ayant deux ou trois centimètres et facilement abordable ; l'autre, *juxta* ou *retro duodénale*, qui présente un centimètre à un centimètre et demi de longueur, avant de s'engager dans le pancréas, où elle se creuse un canal; elle a cinq ou six centimètres de trajet, n'est, pour ainsi dire, pas abordable, même en la décollant du tissu pancréatique. Il faut donc, si on veut enlever un calcul qui y est contenu, le faire remonter dans la portion sus-duodénale qui est la partie chirurgicale du conduit excréteur et l'enlever par là, à moins de faire une duodénostomie.

L'orateur énumère ensuite les règles données par Courvoisier, Terrier et Quenu pour l'*exploration* du canal cholédoque. Cette exploration est souvent facilitée par ce fait que la présence d'un calcul dans le cholédoque s'accompagne, le plus souvent, d'une lithiase vésiculaire.

Dans ce cas, on agit premièrement sur la vésicule en la décollant, et celle-ci décollée peut servir à faire des tractions qui remontent le cholédoque et permettent au doigt placé dans l'hiatus de Winslow de l'explorer plus facilement. C'est le toucher qui renseigne seul l'observateur, car la présence des vaisseaux sanguins empêche de voir le canal, à ce point que lorsqu'il existe un calcul, c'est encore par le toucher qu'on arrive seulemement à amener le cholédoque sur le relief formé par le calcul, et cette section est facilitée par l'altération des parois du canal; car lorsque celui-ci est normal, il est presque impossible d'agir avec sécurité sur sa paroi.

Passant aux symptômes, M. Michaux rappelle ceux déjà donnés par les auteurs et cite deux exemples dans lesquels la vésicule rétractée coïncidait avec la présence d'un calcul cholédoquien, mais ce signe, donné par Courvoisier, manque de constance. Aussi, dans tous les cas de rétention biliaire qui continue, faut-il faire la laparotomie exploratrice. Il est bien entendu, qu'au préalable, le malade aura été traité par les eaux de Vichy et examiné soigneusement au point de vue du diagnostic, car il n'est pas indifférent de faire une laparotomie exploratrice chez des malades atteints de cancer du foie.

M. Michaux a pratiqué deux fois la cholédocotomie et ces deux fois il a été obligé d'enlever, en même temps, la vésicule biliaire. Dans un cas, il a pratiqué six points de suture pour boucher la plaie faite au canal; mais, comme on le sait, cela n'est pas nécessaire. Ici se pose la question de savoir s'il faut pratiquer cette intervention en deux temps ou en un temps. M. Michaux préfère intervenir en une seule séance, car, en somme, il existe des accidents qui peuvent être menaçants et, de plus, il est inutile de faire deux opérations au lieu d'une.

La médecine opératoire a une certaine importance, et contrairement à M. Quenu, M. Michaux n'emploie pas l'incision sur la ligne médiane, mais sur le bord externe du muscle droit. On arrive ainsi plus facilement sur la vésicule qui vous guide, et on se trouve plus près aussi du canal cholédoque. Quant à l'extraction du calcul, elle se fait facilement quand il se trouve dans la portion sus-duodénale, il n'en est pas de même quand il s'est fixé dans la partie pancréatique du conduit, il faut alors le remonter ou essayer de le broyer. Cette cholédocothrypsie n'est pas facile, et M. Michaux n'a jamais pu la pratiquer avec la simple pression des doigts ; d'un autre côté, le procédé de la pince est aveugle ; cinq fois sur dix-sept, le calcul était juxtaduodénal, c'est dans ce cas que la duodénostomie peut être discutée. Le cathétérisme complémentaire des voies biliaires est nécessaire, et M. Michaux préfère la sonde métallique à la sonde en gomme.

Il termine en insistant sur la fréquence de l'écoulement biliaire qui se fait le second jour, et cela malgré la suture du canal cystique (dans les cas d'extraction de la vésicule ; cette suture a-t-elle été faite même avec le placement de deux fils, dont un de soie et l'autre de catgut. Aussi faut-il avoir la précaution d'établir un bon drainage abdominal.

— Suit une courte communication de M. Kirmisson sur un cas de *peritonite à pneumocoques*. Il a eu à intervenir dernièrement dans ces conditions chez un petit garçon de dix ans qui avait présenté auparavant une suppuration du pied droit, ce qui pouvait faire penser à la tuberculose ; mais la forme régulière de la tumeur, l'absence de bosselures, de nodosités, de frottements, la fluctuation parfaitement nette permettaient de songer à une autre forme de péritonite. La démonstration en fut faite par l'incision qui laissa écouler un flot de pus visqueux, gluant, vert, parfaitement lié et dans lequel l'examen bactoléríogique démontra la présence du pneumocoque.

L'enfant guérit du reste parfaitement.

— Comme chacun sait, Lyon semble l'emporter sur Paris, car depuis quelque temps, dans nombre de services de la capitale, on emploie *l'éther comme anesthésique*. Nous attendions donc d'un moment à l'autre la mise de cette question en discussion ; c'est ce que vient de faire M. Chaput qui a été assez aimable pour nous donner ses conclusions qui sont les suivantes :

« L'anesthésie par l'éther, présente sur l'anesthésie chloroformique les avantages suivants :

« 1° L'éther est beaucoup moins dangereux que le chloroforme.

« D'après Gurlt, le chloroforme présente une mortalité de 1 sur 2,000, tandis que celle de l'éther est de 1 sur 13,000.

« 2° L'anesthésie par l'éther s'obtient en quatre ou six minutes; elle est donc beaucoup plus rapide qu'avec le chloroforme.

« 3° L'administration de l'éther est très facile, elle peut être confiée même à quelqu'un de très ignorant; au contraire, les bons chloroformisateurs sont très rares.

« 4° L'éther renforce les pulsations cardiaques et n'expose pas au shock. Le chloroforme a des effets inverses.

« On n'a pas besoin avec l'éther de surveiller le pouls, la respiration et la cyanose sont seuls à considérer. Or, précisément, la respiration est très bruyante, et son arrêt se remarque immédiatement. Quant à la cyanose, elle n'est dangereuse que quand elle vire au noir foncé.

« 5° L'éther altère beaucoup moins les reins (albuminurie), que le chloroforme.

« 6° L'éther ne provoque des vomissements que d'une manière très exceptionnelle.

« 7° Les malades éthérisés se réveillent très facilement et très vite; ils sont beaucoup moins abattus que les sujets chloroformisés.

Contre-indications de l'éther. — L'éther est contre-indiqué :

« 1° Avec une affection aiguë ou chronique de l'appareil respiratoire.

« 2° Dans les opérations sur la face et dans celles qui nécessitent la trachéotomie.

« 3° Dans les opérations de chirurgie cérébrale.

« *Avantages du masque de Wanscher.* — Le masque de Wanscher présente sur celui de Julliard les avantages suivants :

« 1° Il est moins volumineux et moins embarrassant.

« 2° Il permet l'injection de la face et des yeux.

« 3° Il permet, grâce aux dimensions restreintes de son pavillon, de graduer facilement l'arrivée de l'air.

« Au contraire, avec le masque de Julliard, le moindre soulèvement de l'appareil provoque un apport d'air considérable et gênant.

« 4° On n'a pas besoin, avec le masque de Vanscher, de verser de nouvelles doses d'éther dans l'appareil, on y introduit au début 250 grammes d'éther, qui pourraient suffire pour une anesthésie de deux ou trois heures. »

M. Ollier (de Lyon), présent à la séance, ne pouvait pas ne pas exprimer son opinion, et il a abondé dans le sens de M. Chaput. C'est certainement dans plus de quarante mille opérations qu'il a employé l'éther, sans un seul cas de mort. On a accusé cet agent anesthésique de réclamer un appareil, mais cet appareil est simple : c'est un simple masque, et à la campagne il s'est servi d'une vessie de cochon, et même d'un cornet de papier.

Ce qui fait la supériorité de l'éther, c'est qu'il annonce lui-même l'arrivée des accidents. C'est ainsi que le stertor montre qu'on est arrivé à saturation, et que la teinte cyanosée de la face prouve qu'on a été trop vite. Et qu'on n'aille pas accuser l'éther d'endormir lentement. L'anesthésie est aussi rapide que par la chloroformisation, quand celle-ci est conduite avec prudence.

Les vomissements sont certainement plus rares; mais il ne faut cependant pas les nier. Enfin il y a la question de l'embrasement. Il existe malheureusement des exemples dans lesquels le fer rouge a enflammé l'éther; mais il suffit de connaître ce danger pour l'éviter.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mai 1895

L'observation que communique M. Catrin a trait à un fait de *névrite périphérique traumatique*.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans qui, en 1891, eut une fracture compliquée de la jambe droite par coup de pied de cheval. On constate chez lui actuellement une atrophie du pied droit, avec diminution de la température de ce pied (2 c. de moins que le pied gauche); le réflexe plantaire est aboli, le réflexe rotulien, au contraire, exagéré; il existe, en outre, à la partie inférieure de la jambe et au pied des zones d'anesthésie et deux zones bien limitées d'hyperesthésie. On ne trouve, chez ce malade, aucun stigmate d'hystérie.

Il s'agit ici d'une névrite périphérique traumatique qui se rapproche à plusieurs points de vue du fait de névrite paludéenne rapporté récemment par M. Catrin.

— On sait que M. Rendu a employé le naphtol camphré en injections intra-péritonéales dans la péritonite tuberculeuse. Au mois de mars dernier, M. Catrin avait, dans son service du Val-de-Grâce, trois cas de péritonite tuberculeuse. Dans l'un de ces cas il y avait, avec un épanchement ascitique considérable, des lésions pulmonaires surtout marquées au sommet gauche; le malade avait de la fièvre et des sueurs nocturnes. L'épanchement péritonéal et le météorisme étaient assez considérables pour provoquer une dyspnée intense. M. Catrin pratiqua une première ponction qui lui permit de retirer 4 litres 200 d'un liquide citrin; l'inoculation intra-péritonéale de ce liquide à un cobaye détermina une tuberculose généralisée chez cet animal.

Quinze jours après, une nouvelle ponction était nécessaire. M. Catrin retira 4 litres 100 de liquide, puis injecta dans le liquide restant 10 à 12 grammes de naphtol camphré.

La réaction fut assez vive, mais elle ne dura guère que huit jours. Actuellement, on sent au niveau de la fosse iliaque gauche, où avait été faite l'injection, une sorte de masse, de gâteau; le liquide ne s'est pas reproduit; on assiste à la formation d'une péritonite adhésive qui semble bien être le but à atteindre dans de tels cas.

Ce qui est surtout intéressant de savoir, c'est ce que deviennent plus tard les malades ainsi traités. Leur péritonite semble guérir complètement; en quelques mois, la masse adhésive disparaît, le ventre redevient souple. C'est ce que M. Rendu a pu observer chez la malade dont il avait communiqué l'observation l'année dernière à la Société. Cette femme présentait, au bout d'un certain temps un état général assez satisfaisant pour pouvoir reprendre son travail. Mais bientôt après elle eut une carie du sternum, se cachectisa et mourut. A l'autopsie, M. Rendu constata une tuberculose pulmonaire et une stéatose viscérale généralisée. Le péritoine était gris ardoise, épaissi, et présentait l'aspect des vieilles péritonites; mais on n'y trouvait pas une seule granulation tuberculeuse.

— M. Rendu présente ensuite des pièces anatomiques provenant d'un malade ayant succombé à une syphilis cardiaque. Le malade était entré à l'hôpital en état d'asystolie. Mais ce qui attirait surtout l'attention, c'était un pouls lent permanent. Le cœur était volumineux et l'on percevait à l'auscultation un souffle systolique, ayant son maximum d'intensité à la partie moyenne de la région ventriculaire. On crut à une insuffisance mitrale. La digitale et le régime lacté, puis la caféine, donnèrent d'excellents résultats au point de vue de l'arythmie et de la

diurèse ; mais le pouls, s'il était devenu régulier, restait toujours à 30 ou 35.

A l'autopsie, on trouva une hypertrophie considérable du cœur gauche, et, en ouvrant le ventricule de ce côté, une énorme plaque jaune, épaisse, formant saillie dans la cavité et correspondant à une gomme volumineuse du myocarde. Il y avait, en outre, de la sclérose rénale.

Le fait particulier de cette observation et qui la distingue des cas de syphilis cardiaque rapportés jusqu'à ce jour, est l'existence du phénomène du pouls lent permanent. Ce que l'on observe ordinairement, c'est de l'arythmie et de la tachycardie (Lancereaux, Lang, etc.). Aussi M. Rendu est-il tenté d'attribuer aux lésions rénales et non aux lésions cardiaques la production du phénomène.

Il faut ajouter que la protubérance et le buble, soigneusement examinés, ne présentaient aucune lésion.

— Une femme ayant subi, dix-huit mois auparavant, une hystérectomie vaginale, entre dans le service de M. Mathieu avec le diagnostic de cancer de l'estomac. Elle présentait, en effet, depuis quinze mois environ, des troubles dyspeptiques, du dégoût pour les aliments, surtout pour la viande, des vomissements qui étaient devenus de plus en plus fréquents et qui avaient pris une couleur noire ; elle était extrêmement affaiblie et avait beaucoup maigri. La constipation était opiniâtre.

Le cinquième jour de son entrée à l'hôpital, elle présenta deux phénomènes qui attirèrent l'attention de M. Mathieu et lui firent modifier le diagnostic porté.

C'était un développement considérable des anses intestinales, que l'on voyait nettement se dessiner sous la peau, et l'aspect fécaloïde des vomissements. M. Mathieu comprit qu'il s'agissait d'une occlusion intestinale, et il allait faire passer sa malade en chirurgie, mais le lendemain elle mourait.

L'autopsie révéla la cause de cette occlusion: à 10 cm. de la valvule iléo-cœcale, une petite anse intestinale s'était engagée dans les tissus de cicatrice de l'hystérectomie vaginale et avait subi une atrophie considérable à ce niveau; au-dessus, l'intestin avait subi une demi-torsion qui contribuait encore à augmenter la difficulté du passage des matières fécales ; ces obstacles avaient donc provoqué des accidents d'occlusion chronique.

En dehors de la pathogénie assez extraordinaire de ces accidents dans ce cas, il est à remarquer que l'occlusion intestinale s'accompagnait ici de vomissements noirs, dus non pas à une lésion gastrique, — l'estomac était sain, — mais à une transsudation sanguine au niveau de l'intestin grêle qui était fortement congestionné.

H. Richardière et Fournier.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Dans une des dernières séances de la Société, MM. Bénon et Sergent ont rapporté les résultats de l'autopsie d'un gaveur de pigeons, qui avait été atteint de tuberculose aspergillaire.

L'homme est mort non cachectique, par suite d'accidents d'asphyxie rapide. Les poumons sont fixés à la paroi thoracique par de nombreuses adhérences et, à gauche, la plèvre est très épaisse. A la coupe, on trouve des deux côtés une multitude de petites granulations d'apparence tuberculeuse, sur toute la hauteur des poumons, plus nombreuses au sommet et noyées dans un tissu anthocosique noirâtre; à gauche, il existe deux petites cavernes. Le reste du parenchyme est très congestionné; enfin, à la surface des poumons, il y a des bandes fibreuses entrecroisées. Histologiquement, il s'agit d'une pneumonie chronique ; de petites granulations, d'apparence tuberculeuse, ne présentent aucun des caractères des lésions tuberculeuses ; elles ne représentent qu'une partie du tissu pulmonaire, condensée, comprimée, étouffée par la sclérose. Ces faux tubercules sont composés de cellules, la plupart cubiques, rappelant l'aspect de l'épithélium du poumon fœtal et laissant encore, par places, trace des capillaires alvéolaires. Dans quelques parties du parenchyme, il reste encore des parties conifiées, avec quelques cellules géantes extrêmement rares. La recherche des parasites a été négative.

Dans ces lésions de pneumonie chronique et de sclérose pulmonaire à point de départ bronchique, chez un malade dont les crachats contenaient, il y a trois ans, de l'aspergillus fumigatus et des bacilles de Koch, l'absence de parasites ne peut s'expliquer que par un processus intense de régression, ayant déterminé, sous l'influence de poussées congestives, une insuffisance telle de l'hématose que le malade y a succombé. Depuis un an, son expectoration ne présentait plus trace de champignons.

Dans des cas bien déterminés de contagion (gaveur de pigeons), l'aspergillus peut envahir primitivement l'appareil bronchique, ouvrant la porte à la tuberculose de Koch, et disparaître après avoir joué son rôle, en donnant à cette tuberculose une lenteur d'ailleurs spéciale et une tendance marquée à l'évolution scléreuse, avec disparition des bacilles, comme on l'observe dans certaines tuberculoses pulmonaires simples.

LES LIVRES NOUVEAUX

Traité de Médecine et de Thérapeutique, publié sous la direction de MM. Brouardel, Gilbert et Girode.

Les magnifiques progrès réalisés sous l'influence des doctrines pastoriennes ont tranformé en quelques années les sciences médicales. Ce travail de transformation auquel assiste notre génération médicale, avec admiration et aussi avec surprise, se poursuit chaque jour. Pour se tenir au courant de la science, il devient indispensable aux médecins de lire une quantité considérable de travaux et de compte rendus de Sociétés savantes. Malgré toute leur bonne volonté, le temps matériel fait souvent défaut à de nombreux praticiens, qui ne voudraient pas rester ignorants des progrès qui s'accomplissent à côté d'eux.

Pour favoriser la vulgarisation des doctrines nouvelles, de nombreuses publications ont paru, dont certaines sont de véritables monuments élevés à la science médicale. Mais la marche des doctrines et des idées nouvelles a été si rapide que tel ouvrage de vulgarisation, paru récemment, est bientôt devenu incomplet sur certains points, sujet à revision sur d'autres. Il en résulte que des traités didactiques de médecine peuvent, à notre époque, se succéder à de courts intervalles, sans qu'on puisse leur faire le reproche de faire double emploi. Les traités se succèdent ainsi, se complétant l'un par l'autre, au grand avantage du public médical.

Pour ces raisons, nous annonçons, avec une réelle, satisfaction, à nos lecteurs, le premier volume d'un nouveau Traité de médecine et de thérapeutique, publié sous la direction de MM. Brouardel, Gilbert et Girode. Ce traité comprendra dix volumes, qui devront paraître à intervalles rapprochés. La publication devra être terminée dans l'espace de deux années.

Le premier volume débute par un excellent chapitre de

pathologie générale, dans lequel M. Girode a résumé l'ensemble de nos connaissances actuelles sur les microbes, étudié dans leurs rapports avec la pathologie humaine. Ce chapitre, qui ne néglige rien de ce qu'il est utile de savoir au sujet du rôle joué par les microbes pathogènes dans l'étiologie, l'anatomie et la physiologie pathologiques et la séméiologie des maladies infectieuses, sert d'introduction aux maladies microbiennes, dont l'histoire remplit le premier volume du nouveau Traité. La classification adoptée par MM. Brouardel, Gilbert et Girode est nouvelle sur certains points et a permis aux collaborateurs d'apporter une note vraiment personnelle.

Pour la première fois, des chapitres spéciaux ont été consacrés à certaines affections causées par des microbes déterminés.

Jusqu'à présent, les déterminations organiques de quelques microbes pathogènes (streptocoque, pneumocoque, staphylocoque, colibacille) étaient décrites avec les malad es des organes intéressés particulièrement par ces microbes. Le nouveau traité rompt avec ces errements. Il a paru aux Directeurs de la publication que le moment était venu de décrire à part ces infections microbiennes et de faire de ces microorganismes, la base d'une nouvelle classification no o'ogique. Pour écrire ces nouveaux chapitres de pathologie, ils se sont adressés à des auteurs bien connus par leurs travaux antérieurs sur ces questions. Ils ont confié la description de la streptococcie à M. Fernand Widal ; celle de la staphylococcie à M. Courmont. M. Landouzy s'est chargé de la pneumococcie, et M. Gilbert de la colibacillos.

Grâce à cet heureux choix, ces quatre chapitres de pathologie générale microbienne constituent des monographies complètes, dont on chercherait vainement ailleurs l'équivalent.

Parmi les autres chapitres, nous recommanderons particulièrement aux lecteurs la diphtérie, par MM. Gronche et Boulloche, avec l'exposé complet de la sérothérapie ; la suette miliaire (Thoinot) et la grippe (Netter), que la compétence toute spéciale des auteurs désignait particulièrement pour cette étude.

Le premier volume est terminé par une remarquable monographie de la fièvre typhoïde (Brouardel et Thoinot. Sans négliger la seméiotique sur la thérapeutique, MM. Brouardel et Thoinot ont exposé complètement les travaux récents sur l'étiologie et la bactériologie de la fièvre typhoïde.

MM. Brouardel et Thoinot étaient tout naturellement désignés par leurs travaux antérieurs pour écrire une histoire complète et définitive de la fièvre typhoïde.

Tel qu'il est, ce premier volume du *Traité de Médecine et de Thérapeutique* sera, nous en sommes sûrs, accueilli favorablement par le public médical, si comme nous l'espérons, les suivants ne lui sont pas inférieurs, personne ne regrettera de voir un troisième Traité succéder à un si court intervalle à ses deux aînés.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Toujours la question des réformes hospitalières. — La commission constituée par MM. Potain, Guyon, Périer, Terrier, Millard, a été reçue par M. le ministre de l'Intérieur, qui, bien entendu, a fort bien reçu les délégués, mais a dit que cette question n'était pas de sa compétence ; mais était du ressort de M. le préfet de la Seine. Cependant, il a dit à nos maîtres de rédiger une note, qui lui a été remise et qui fixe la réclamation motivée du corps des hôpitaux.

Cette affaire ne s'arrêtera pas là. On parle d'une interpellation faite au Sénat par M. Labbé, pour prendre la défense des malades malheureux.

Concours d'agrégation de chirurgie et d'accouchements. — Admissibilité aux épreuves définitives :

CHIRURGIE. — *Paris :* Broca, Chaput, Hartmann, Legueu, Rochard, Walther.
Lyon : Albertin, Curtillet, Dor, Nové, Josserand, Vallas.
Bordeaux : Binaud, Braquehaye, Gaudier, Lagoutte.
Montpellier : Gandier, Gervais de Rouville, Lasalle.
Nancy : Adam, Frœlich, Lagoutte.
Toulouse : Aldibert, Bauby, Lasalle.

ACCOUCHEMENTS. — *Paris :* Bonnaire, Lepage, Potocki.
Lille : Bué, Oni, Vallois.
Montpellier : Lomergue, Puech, Vallois.
Nancy : Schull, Vallois.

Concours du Bureau central (Médecine). — Le concours pour trois places de médecin du Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. Vequez, Launois et Wurtz. Le jury pour le prochain concours du Bureau central (médecine) doit s'ouvrir le 20 mai, est ainsi constitué provisoirement : MM. Cuffer, Audhoui, Grancher, Rendu, Fournier et Balzer et Nélaton.

Distinctions honorifiques.— La médaille d'honneur des épidémies a été décernée à MM. Mangin-Boquet, interne des hôpitaux de Paris (épidémie cholérique de 1892) ; Jouves, interne des hôpitaux, et Carrière, externe des hôpitaux (épidémie de diphtérie de Toulouse, 1894-1895).

Sont nommés :

Officiers d'Académie : MM. Benet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille ; Chabrié, préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; Colleville, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Reims ; Denucé et Dubreuilh, agrégés à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Fournier, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Clermont ; Gangolphe, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon ; Gascard, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen ; Gros, chef des travaux pratiques à l'Ecole de médecine de Clermont ; Jouteau, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Poitiers ; Leudet, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen : Meyer, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Moitessier, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier ; Moussous, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Ollive, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes ; Parizot, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon ; Perrin de la Touche, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes ; Pozzi, professeur à l'Ecole de médecine de Reims ; Rauzier, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier ; Roland, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon ; Surmont, agrégé à la Faculté de médecine de Lille ; Vuillemin, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy.

Chevaliers du Mérite agricole : MM. Chauveau, membre de l'Académie des sciences, inspecteur général des Ecoles vétérinaires ; Duclos, membre de l'Académie des sciences, professeur à l'Institut national agronomique ; Trasbot, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort ; Nocard, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'École nationale vétérinaire d'Alfort.

Collège de France. — M. le Dr Charrin est nommé préparateur de la chaire de médecine du Collège de France.

Concours. — Un concours s'ouvrira, le 11 novembre 1895, devant l'École de Médecine de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— Un concours s'ouvrira, le 25 novembre 1895, devant la Faculté de Médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de Médecine de Tours.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Gerbaud, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchements.

— Il vient d'être créé près la Faculté de médecine de Montpellier une chaire d'histologie.

M. Vialleton, agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

École de Médecine de Tours. — M. Thierry, suppléant, est nommé professeur de clinique obstétricale.

Attentat contre un médecin militaire. — On écrit de Constantine que Mme Servelle, veuve d'un médecin militaire, poursuivait M. Charvot, médecin principal, chef de l'hôpital militaire de Constantine, prétendant que M. Charvot lui avait promis le mariage. Dernièrement, elle se livrait à des voies de fait. La justice fut saisie de l'affaire à la demande de l'autorité militaire, et Mme Servelle devait passer prochainement en correctionnelle. Furieuse de cette décision, elle résolut de tuer M. Charvot. Aussi, il y a quelques jours, pendant que M. Charvot se promenait avec le directeur du service de santé de la division, Mme Servelle le suivit et tira sur lui deux coups de revolver qui le blessèrent assez sérieusement. Mme Servelle, arrêtée, paraît ne pas avoir conscience de ses actes. *(Progrès médical).*

L'Exposition du travail s'ouvrira en juillet prochain, au Palais de l'Industrie, à Paris.

Toutes les sections y auront leur physionomie spéciale. La branche de l'hygiène, si sacrifiée dans toutes les expositions, y sera l'objet de dispositions particulières absolument nouvelles.

Un comité spécial pour ce groupe de l'hygiène a été constitué et nous y relevons les noms si autorisés de M. Berthelot, de l'Institut, ancien ministre de l'Instruction publique; M. Pasteur; M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine; M. le Dr Roux, auteur de la vaccine du croup; M. d'Arsonval, directeur du Laboratoire de Physique au Collège de France; M. Bouquet de la Grye, de l'Institut; M. le Dr E. Bourgoin, professeur à l'École de Pharmacie, député; M. Ch. Buchet, directeur de la Pharmacie centrale de France; MM. de Bonnard, Chassaing, Chevrier; M. le Dr J.-A. Martin, Inspecteur général de l'assainissement; M. Metchnikoff, de l'Institut Pasteur, etc., etc.

Don de M. Guzman. — Un M. Guzman a eu l'idée de léguer à l'Assistance publique une somme de 50,000 francs dont les intérêts doivent servir à payer une musique qui jouera le dimanche, à tour de rôle, dans les trois hospices de vieillards d'Ivry, des Petits-Ménages et de Sainte-Périne.

Congrès international de chirurgie. — A l'ouverture du dernier Congrès allemand de chirurgie, le président, M. Gussenbauer, a annoncé qu'un groupe de chirurgiens américains avaient proposé d'organiser un congrès international de Chirurgie, lequel se réunirait tous les cinq ans et dont le siège changerait chaque fois La Société allemande de Chirurgie a promis son adhésion à de certaines conditions.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique de maladies syphilitiques et cutanées :* Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 10 mai, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Hôpital Necker. — M. le Dr Henri Huchard commencera les conférences de clinique et thérapeutique médicales, le samedi 11 mai 1895, à dix heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre des cours.

Mercredi et samedi, à 9 heures, visite des malades nouveaux (salles Chauffard et Delpech).

Lundi, à 9 heures, conférences cliniques par les candidats au concours du bureau central des hôpitaux (pavillon de la salle Delpech).

Jeudi, à 10 heures, conférences de sémiologie et d'anatomie pathologique, par MM. le chef de clinique et l'interne du service (pavillon de la salle Delpech).

Dimanche, de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2, travaux pratiques au laboratoire de thérapeutique et de bactériologie.

Conférences de gynécologie. — Le Dr Auvard a commencé à sa clinique, 15, rue Malebranche, le mardi, 23 avril, à deux heures, une nouvelle série d'entretiens cliniques sur la gynécologie, et les continuera les samedis et mardis, à la même heure. *(Cours gratuits.)*

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, a repris à sa clinique, 21, rue Guénégaud, son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 30 avril, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis, à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de trois heures et demie.

On s'inscrit pour les exercices pratiques les mêmes jours, de trois à cinq heures.

Poste médical. — On demande un médecin dans une localité située à deux heures et demie de Paris. S'adresser, pour les renseignements, à M. le Dr Richelot.

Nécrologie. — MM. les Drs L. Boutin (de Paris); sir George Buchman, ancien médecin en chef du Local Government Board, à Londres; G. Jacquemelle (de Frévent); Maestréten (de Destelbergen); Émile Martin (de Bruxelles); Mercier (de Grez-Doizeau); Vogt, membre correspondant de l'Académie des sciences; M. Pittion, moniteur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon; d'Azambuja (de Montrouge); Clarot (de Vetheuil); Foubert, ancien chef de clinique à la Charité; Lebon (de Fourmies); Schaffier (de Paris); Fano, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris; Thiersch (de Leipzig), professeur; Varry (de Paris).

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 20. L'UNION MÉDICALE 18 Mai 1895.

SOMMAIRE

I. Les nouveaux hypnotiques.
II. Feuilleton.
III. Revue critique de la Presse étrangère : Chirurgie.
IV. Académie et Sociétés savantes :
1° Académie de Médecine ;
2° Société de Chirurgie ;
3° Société médicale des Hôpitaux ;
4° Revue de la Société de Dermatologie.
V. Les réformes hospitalières.
VI. Échos et nouvelles.

LES NOUVEAUX HYPNOTIQUES

I

Il est évident que le traitement des insomnies, pour être rationnel, devrait être basé sur la physiologie du sommeil. Malheureusement, le mécanisme de cet acte physiologique nous est encore inconnu, et, dire avec Mathias Duval, qu'il consiste dans la cessation du contact entre les prolongements des cellules nerveuses, n'est que reculer le problème sans le résoudre.

Nous ignorons de même, presque complètement, le mode intime d'action de la plupart des hypnotiques, et nous en sommes réduits à les étudier empiriquement, l'expérience seule permettant d'établir leurs indications et leurs contre-indications.

Un hypnotique est un médicament qui, en dehors de toute autre action, produit directement le sommeil. Les nervins et les narcotiques ne l'entrainent qu'indirectement et ont d'abord une action toute autre. C'est dire que la première chose à faire, lorsque l'on veut traiter une insomnie, est d'établir la cause de cette dernière. Dans l'insomnie douloureuse, dans celle due à la dyspepsie hyperchlorhydrique, à l'abus du thé, du café, de l'alcool, dans celle de l'urémie, les hypnotiques vrais n'ont souvent qu'une action secondaire, tandis qu'au contraire on doit y avoir immédiatement recours dans l'insomnie de la neurasthénie et des névroses, où ils constituent la médication essentielle. Enfin, leur emploi est souvent utile, bien que les effets obtenus soient inconstants, dans les insomnies des fièvres, des affections du cœur, etc.

Les thérapeutes ont vainement découvert un certain nombre de nouveaux hypnotiques. Aucun d'eux, hâtons-nous de le dire, n'est l'hypnotique idéal, c'est-à-dire celui qui pourrait procurer au malade un sommeil profond et prolongé sans laisser de trace au réveil. Cependant plusieurs de ces médicaments, assez bien supportés par l'organisme, constituent une ressource précieuse, et c'est sur eux que nous allons surtout insister.

Bardet a rangé les hypnotiques en cinq grands groupes, sous les titres suivants : éthers gras, dérivés de l'aldéhyde, narcotiques minéraux et végétaux. Nous suivrons cette classification, qui a le grand avantage de rapprocher des corps analogues, mais n'entreprendons pas l'étude des bromures (hypnotiques minéraux) et des narcotiques (hypnotiques végétaux), qui ne sont pas des hypnotiques vrais.

II

Le groupe des hynotiques aromatiques comprend l'hypnone et la phenyluréthane.

FEUILLETON

Juliette
ou
la Fille du chimpanzé.

C'est une chose dont je sens que je ne me consolerai jamais. J'ai l'âme endeuillée pour toujours, et le chagrin qui me brise rien ne l'atténuera, car personne peut-être ne partagera ma douleur, personne peut-être ne la comprendra. Je porterai seul le poids de ma peine et je le porterai sans cesse et sans fin, éternellement. Quel coup ça été et comment peut-on survivre à une telle angoisse? Juliette est morte!

Je ne sais s'il est trop tard pour parler d'elle encore ; mais que son trépas date de quelques jours, de quelques semaines ou de plusieurs mois, il me paraît tout récent à moi qui l'appris hier seulement. Aimée des dieux, oh! combien cruels, elle a été fauchée en sa fleur, que dis-je, en son bourgeon ; trop jeune pour avoir eu même l'amère joie, non pas d'avoir aimé, mais seulement d'avoir vu Roméo.

Elle avait trois ans à peine, et déjà les espérances qu'elle avait eu le temps de faire concevoir étaient immenses. Tout cela s'est évanoui en un instant, ne laissant plus d'elle que ce je ne sais quoi qui n'a de nom dans aucune langue. Ses grands beaux yeux mobiles et clairs où rayonnait sa chère âme d'enfant, où étincelait sa fine intelligence, sont clos, éteints sous les paupières abaissées qui ne se relèveront plus. Ses jolis gestes brefs, rapides, souples et câlins sont désormais figés dans l'affreuse immobilité du cercueil. Plus jamais, au réveil, elle n'ira se blottir d'un seul bond dans le grand lit où elle savait si gentiment se faire une place entre ses parents adoptifs ; plus jamais ils n'auront la joie de la voir ou de l'entendre (je ne sais au juste lequel) demander à faire son petit pipi ; oh! non plus jamais, *never, never more!*

Car cela, elle savait le demander ; c'était une enfant très propre, infiniment supérieure en cela à Marguerite, à Antoine et à Nicolas — les sales! — qu'on n'a jamais pu

L'hypnone a été étudiée par Bardet, Dujardin-Beaumetz, Huchard, Constantin Paul. Elle donne de très bons résultats chez les sujets nerveux, les aliénés et les alcooliques. L'effet produit est très énergique, et le médicament n'entrave pas l'action des émonctoires. Pour Bardet, chez les agités, l'hypnone est très préférable aux narcotiques. Elle s'emploie en capsules qui renferment 0,10 dissous dans l'huile ; la dose pour un jour ne doit pas dépasser 0,50. Il faut l'administrer en une fois.

La phényluréthane n'a qu'une action hypnotique très secondaire. C'est surtout un antithermique et un analgésique (Bardet).

III

Bardet a insisté sur l'effet hypnotique de beaucoup d'éthers. D'après lui, les hypnotiques éthérés de la série grasse ont une action assez rapide, mais fugitive; ils donnent le branle au sommeil, pour ainsi dire, produisant une sédation marquée sur l'organisme, et le sommeil continue ensuite, et rien ne vient ensuite l'interrompre.

Leurs effets sont insuffisants en cas d'excitation vive ; il faut alors aller à des doses fortes qui conduisent à l'anesthésie. L'acétate, l'azotate, le tartrate d'éthyle, le valérianate d'amyle ont une action hypnotique très nette en inhalations. L'uréthane est aussi un éther gras; ses effets sont peu marqués et il faut l'employer à doses fortes (Huchard).

Le sulfonal, dont l'absence d'action sur l'appareil cardio-vasculaire est le grand avantage, va nous retenir plus longtemps. C'est un des hypnotiques les plus utiles dans l'insomnie des aliénés ; il réussit, d'après Marret, aussi bien dans les insomnies liées aux troubles fonctionnels du cerveau que dans celles qui tiennent à des lésions organiques. Roubinowitch a administré 275 fois le sulfonal à des aliénés ; le sommeil s'est produit 263 fois. Bosc considère ce médicament comme l'hypnotique par excellence dans les cas d'aliénation mentale sans agitation.

Cependant Carlyle Johnstone le recommande surtout dans les cas récents avec excitation vive.

Le médicament est contre-indiqué dans la folie avec dépression (Hay), et Knoblanch l'a vu augmenter les hallucinations. Marandon de Montyel l'accuse de produire des troubles graves chez les aliénés : ataxie des mouvements, abrutissement mental, perte de l'appétit.

Le sulfonal est très utile dans la neurasthénie, l'insomnie nerveuse, celle des intellectuels.

Tandis que Cros l'a vu procurer le sommeil à des ataxiques, Matthes a eu un échec dans cette maladie.

Pour G. Sée, il est inefficace dans l'insomnie des fièvres, mais réussit souvent dans l'insomnie des urinaires, celle du théïsme et de l'alcoolisme, celle due à de mauvaises digestions. Knox Bond l'a vu procurer le sommeil à des typhiques délirants, tandis que son action, entre les mains de Matthes, a été nulle dans les cas de ce genre.

Pour Huchard, il convient bien dans l'insomnie de l'aortite chronique, et Matthes le recommande dans l'insomnie des cardiaques. Il est contre-indiqué dans l'angine de poitrine, l'arterio-sclérose chez les anévrysmatiques (Huchard, Schwey. S. Sée).

Huchard l'a administré dans des insomnies dues à la toux, à des névralgies, etc. Il a eu 5 insuccès sur 14 cas.

Schwalbe ne l'a vu que diminuer, l'insomnie des phtisiques, des cardiaques, des cancéreux.

Le sulfonal n'agit qu'une heure ou deux après son administration. Son action continue souvent jusqu'au

---

empêcher de se souiller affreusement. Juliette, en outre, mangeait seule, chose que les trois autres ne savent point faire; et si les cheveux chez elle s'implantaient assez près des sourcils pour se confondre avec eux, tandis que nos trois malpropres peuvent se prévaloir d'un semblant de front, elle avait du moins, comme eux, un pouce entièrement opposable. Tout ceci est d'une absolue vérité, malgré la fantaisie bouffonne, en apparence, d'une pareille assertion. Les doutes qui pourraient vous rester à cet égard se dissiperont d'eux-mêmes quand je vous aurai dit que Juliette est l'enfant d'un chimpanzé, et les autres les petits d'un homme. C'est ainsi qu'on doit dire pour rester dans la saine orthodoxie des doctrines évolutionnistes, lesquelles ne me paraissent pas de nature à relever beaucoup la condition morale de notre espèce. L'orgueil n'est vraiment pas le défaut capital de ceux qui embrassent et défendent ces doctrines. Ils sont d'une humilité que je trouve excessive. Pour parler franc, c'est de la naïveté ou de l'aberration.

Je sais bien qu'il n'aurait pas suffi d'une simple boutade de savant et d'écrivain pour faire accepter et pour transformer en une sorte d'article de foi scientifique que « l'homme est un singe perfectionné », si l'étude minutieuse et parfois impartiale de l'anatomie comparée, de l'embryogénie, de la paléontologie n'avaient apporté, à l'appui de cette idée, des arguments de quelque valeur. Mais je sais aussi que la thèse opposée se défend par des raisons très puissantes et, qu'en dehors des preuves et des raisonnements, elle est en meilleure harmonie avec le sens intime que nous avons de notre condition d'hommes. Et je dis qu'au moment où des savants du plus haut mérite ne sont pas d'accord sur la question de savoir si les races humaines descendent d'une seule ou de plusieurs souches originelles, où l'on est obligé, pour soutenir l'une et l'autre théorie, de se livrer à des prodiges d'imagination, à des débauches d'hypothèses, il y a une exagération manifeste à considérer comme démontrée, d'ores et déjà, la communauté d'origine de l'homme et du singe, et qu'il y a quelque chose de choquant, quelque chose qui révolte, à voir écrits ces mots : « Juliette, *enfant* chimpanzé », sous la photographie d'une femelle d'antropomorphe, parce qu'il y perce comme un parti pris d'imposer, à titre de vérité acquise, une opinion qui n'est encore qu'éminemment

lendemain ou au surlendemain; cela tient à ce qu'il s'accumule facilement.

A la suite de l'absorption d'une trop forte dose ou par suite d'une grande susceptibilité individuelle, il peut se produire des accidents secondaires très fâcheux : palpitations, ataxie des membres inférieurs, hypothermie, éruptions.

Marie considère assez souvent même le médicament comme dangereux. Il survient de la diarrhée et des vomissements chez les malades qui prennent habituellement du sulfonal. Les petites doses, longtemps continuées, entraînent une intoxication chronique avec troubles nerveux ataxiques, vomissements, constipations, somnolences, faiblesse physique et intellectuelle, souvent l'intoxication est annoncée par de la constipation, de l'oligurie et enfin la couleur rouge de l'urine, qui se charge d'hémato-porphyrine et devient très acide. L'apparition de cette couleur, de douleurs gastriques, de vomissements, doit faire suspendre le médicament. Le bicarbonate de soude est le meilleur remède de l'intoxication chronique (Muller).

On ne doit employer le sulfonal que lorsqu'il n'a ni odeur ni saveur. La dose maxima quotidienne est de 2 grammes. Il vaut mieux n'en donner que 1 gramme à 1 gr. 50 et seulement un jour sur deux.

Mairet a cependant donné jusqu'à 5 grammes le premier jour, ne prescrivant ensuite que 1 gramme. Or, n'oublions pas que le malade reste souvent somnolent, hébété, la journée qui suit l'administration du médicament. D'après Bardet, on ne saurait mieux comparer l'effet qu'à celui qui suit le réveil de l'homme qui a ingéré une grande quantité d'alcool.

Chez l'enfant 50 c. sont largement suffisants.

On peut donner le médicament en cachets ou en suspension dans l'eau; il est bon de prescrire en même temps une boisson chaude.

Le trional et le tétronal rentrent dans la même classe que le sulfonal. Le premier de ces corps, à peu près seul employé, est le diéthylsulfoneméthyléthylméthane, qui renferme un groupe éthyle de plus que le sulfonal et a une action plus intense que lui, les propriétés hypnotiques des sulfones augmentant en raison directe du nombre des groupes d'éthyle qu'ils contiennent (Kost et Baumann).

D'après Bakoffen, le sommeil, avec le trional, dure en moyenne une heure de plus qu'après une dose correspondante de sulfonal et il survient plus rapidement. On l'a vu se produire de vingt à vingt-cinq minutes après l'administration du médicament, et Khmelewsky, deux à cinq heures, chez des malades excités, il est vrai.

Nos lecteurs ont vu récemment, dans le compte rendu de la Société médicale des hôpitaux, les résultats des recherches de Gailliard, qui a prescrit le trional chez quarante malades atteints d'insomnie, à la dose de 1 gramme en une seule prise. Il s'agissait d'affections très diverses : maladies aiguës, bronchite chronique, phtisie, néphrite, neurasthénie, etc. Chez sept malades seulement le médicament a échoué; il n'a jamais produit d'accidents sérieux.

Dans l'aliénation mentale, le trional est très utile. Il calme l'insomnie avec agitation, l'excitation maniaque et le *delirium tremens;* cette action sur le délire alcoolique est importante, car le sulfonal ne la possède que peu ou pas.

Le médicament est contre-indiqué chez les mélancoliques et les hypochondriaques.

Il ne faut pas le donner aux neurasthéniques cérébraux.

Pour Claus (de Gand), le trional est un excellent

---

discutable. Cela me semble, de la part des évolutionnistes, un signe de faiblesse plutôt qu'un signe de force.

Je n'ai pas besoin, après cette profession de foi, de dire que j'ai été peu séduit par l'interprétation des cas d'hydrocéphalie, présentés non plus comme des faits assez obscurs d'arrêt de développement, mais comme de véritables phénomènes d'atavisme, comme un retour quasi normal à l'état ancestral. Ce serait un rude atavisme et qui aurait franchi une bien étonnante série de générations. Une conception de ce genre est de celles qui ne paraissent point appeler une discussion sérieuse. Et cependant, qui sait si son étrangeté même ne fera pas sa fortune. Il est, en tous cas, des faits aujourd'hui bien connus et déjà nombreux où l'on pourrait aisément lui trouver une réfutation solide. Je fais allusion à cette étonnante intervention chirurgicale dont la première idée émise au Canada, il y a un quart de siècle, reprise vingt ans plus tard par M. Guéniot, fut utilisée pratiquement par le professeur Lannelongue en 1890. La craniectomie destinée à faciliter l'expansion du cerveau, et à assurer le développement intellectuel des arriérés et des idiots, n'aurait germé dans l'esprit de personne, si la microcéphalie avait été regardée alors comme relevant de l'atavisme. La théorie de l'arrêt de développement ou de la synostose prématurée, rend au contraire cette opération parfaitement logique, très admissible et très légitime.

Si l'hypothèse qui lui a donné naissance était controuvée, les résultats de l'acte chirurgical auraient été forcément nuls. Or, il s'en faut qu'il n'ait rien produit.

Une thèse fort intéressante de Masson, et un remarquable livre de Chipault, publiés l'un et l'autre il y a peu de mois, permettent de conclure que la craniectomie a des effets très réels. Que l'étendue de ces effets n'ait pas entièrement répondu à l'attente, il n'importe. Le point capital, c'est qu'on en ait obtenu quelque chose. Cela suffit à étayer solidement l'idée doctrinale d'où elle est issue. La craniectomie eût probablement amélioré le triste état où végètent les trois malheureux microcéphales dont je vous ai dit les noms; elle n'eût certainement rien ajouté à la valeur intellectuelle de la chimpanzette que pleure à chaudes larmes le monde savant.

La science marche à pas de géant, c'est une chose convenue contre laquelle il est spirituel et de bon goût de ne

remède de l'insomnie résultant, chez les enfants, de diverses causes nerveuses (chorée, terreurs nocturnes, etc.), ainsi que de certaines affections des organes respiratoires ou digestifs. Les doses varient de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 entre un mois et un an, de 0 gr. 40 à 0 gr. 80 entre un et deux ans, de 0 gr. 80 à 1 gr. 20 entre deux et six ans, de 1 gr. 20 à 1 gr. 50 entre six et dix ans. On doit donner l'hypnotique quinze à vingt minutes avant le coucher, dans du lait chaud ou du miel; le sommeil se produirait au bout de dix à quinze minutes.

Chez l'adulte, Khmelewsky donne le trional à la dose de 2 grammes à des intervalles de deux jours. Galliard ne dépasse pas 1 gramme.

D'après Goldmann, il ne faut jamais dépasser la dose de 2 grammes, et quand l'insomnie n'est pas causée par des douleurs, 1 gr. 50 suffisent; chez les neurasthéniques, on obtient le sommeil avec une dose de 1 gramme.

Le trional donne lieu, après le réveil, aux mêmes troubles que le sulfonal, mais il ne produit aucun accident du côté des appareils circulatoire, respiratoire ou digestif, même quand on prolonge longtemps l'administration.

Cependant l'accumulation du médicament peut certainement donner lieu à des troubles graves (E. Schultze, Huker) que l'on pourrait éviter en espaçant les doses, comme le fait Khmelewsky. Le mieux est de suspendre de temps en temps l'administration du trional.

Le médicament doit être donné une demi-heure avant le coucher, en suspension, dans une boisson chaude; immédiatement après, on prendra encore environ 200 grammes de thé ou de soupe.

Les malades doivent, pendant tout le temps qu'ils font usage du médicament, prendre de l'eau de seltz, de l'eau d'apollinaris, de la limonade tartrique, afin d'augmenter l'alcalinité du sang et d'éviter l'hématoporphyrurie. Il faut combattre la constipation dès qu'elle survient.

IV

Il nous faut étudier maintenant les hypnotiques dérivés de l'aldéhyde.

En tête se place la paraldéhyde, qui réussit très bien dans les insomnies des alcooliques, des cardiaques, dans les insomnies nerveuses (Dujardin-Beaumetz).

Hay vante la paraldéhyde contre l'insomnie des aliénés.

Le médicament est à peu près abandonné aujourd'hui. Bardet le regarde comme très infidèle. Il communique à l'haleine une odeur très désagréable et peut déterminer des effets secondaires fâcheux sur le tube digestif.

Le méthylal est peu employé en France. Pour Bardet, ce serait l'hypnotique qui se rapprocherait le plus du type idéal. Il le recommande dans l'insomnie essentielle des travailleurs de bureau. Kreft-Ebing en vante l'emploi dans le *delirium tremens;* Mairet, dans la période d'état de la folie, dans l'insomnie de la démence simple, dans celle qui dépend de l'athérôme ou de la paralysie générale.

Le méthylal s'élimine vite et l'accoutumance le produit rapidement. Chez les aliénés, on a été jusqu'à 3 à 8 grammes; 1 à 2 grammes dans une potion suffisent dans l'insomnie essentielle. Il n'y a pas de troubles au réveil, mais le médicament est irritant.

Nous n'avons pas à étudier ici les indications et contre-indications du chloral, connues depuis si longtemps, mais il importe de faire ressortir que, d'après Bardet, tous les nouveaux hynoptiques dont

---

pas s'élever. Il me sera cependant permis de dire que le terrain qu'elle arpente avec ses bottes de sept lieues n'est pas toujours bien solide, et que parfois elle s'y embourbe pour vouloir aller trop vite. Ce serait un succès trop facile et dont je ne voudrais pas me prévaloir, que de rappeler, en ce qui concerne la chimie, par exemple, que cette branche prétentieuse de nos connaissances, qui a eu l'ambition de tout envahir, la médecine et la biologie comme le reste, en est réduite à se donner aujourd'hui un sanglant démenti. Que deviennent en effet, ses formules, ses théories, si la simplicité des corps dont l'étude en constituait la base n'existe plus ? L'azote n'est plus l'azote, l'oxygène n'est plus l'oxygène ; que devient alors la combustion, que deviennent les fermentations, à quel inconnu courons-nous ?

S'il en est ainsi d'une science qui passait pour exacte presque à l'égal des mathématiques, que penser des autres et comment jugera-t-on dans deux cents ans la génération d'emballés que nous sommes, celle qui au nom de l'induction et de l'expérience, au nom de la saine méthode et de la raison souveraine, s'attendrit sur les qualités de Juliette, et ne voit entre le singe et l'homme qu'une seule différence nettement tranchée : c'est que le singe fait des enfants qui montent vers l'homme, et que l'homme fait des petits qui descendent vers le singe.

La science moderne est en voie de se tuer par trop d'orgueil et par l'excessive impatience qu'elle a d'arriver à l'absolu. Les hommes même que sert un magnifique génie et qui ont le don plus rare encore de résister aux entraînements hâtifs, à la manie de la priorité, à la folie de l'infaillibilité, voient se transformer chaque jour, jusqu'à devenir méconnaissables, les découvertes qui leur ont justement valu l'admiration du monde. Entre la streptococcie, la pneumococcie, la colibacillose du traité de médecine de Brouardel, Gilbert et Girode, et les premières notions de bactériologie, qu'on croyait pourtant si bien assises il y a dix ans, quelle distance et quel abîme !

Il y a ceci encore : chacun brûle aujourd'hui d'attacher son nom à quoi que ce soit, fût-ce une erreur, *malœ rei quam nullius duces esse volunt*. Et les explications se succèdent, et les théories se bousculent, et les généralisations roulent les unes sur les autres, et s'effacent, comme les

il nous reste à parler et qui rentrent dans la classe des chlorals, n'agissent que par la dose réelle de chloral qu'ils renferment. Les effets hypnotiques sont, en effet, les mêmes qu'avec ce médicament seul. De plus, les doses pour l'insomnie essentielle, par exemple, sont celles qui renferment 50 centigrammes de chloral, c'est-à-dire la quantité de ce corps qui est nécessaire et suffisante dans ce cas.

Les chlorals composés sont cependant préférables dans beaucoup de cas au chloral hydraté, parce que la plupart d'entre eux ne sont pas irritants, que beaucoup ne sont pas désagréables au goût, ou qu'enfin on peut avec eux faire agir dans certains cas plusieurs médicaments, comme lorsque l'on prescrit le chloral antipyrine ou hypnal.

Le chloral microformiamide ou chloralamide a été expérimenté par beaucoup d'auteurs; mais, tandis que les uns, comme Kny, ne lui reconnaissent aucune action fâcheuse sur l'appareil circulatoire, et par conséquent le prescrivent dans toutes les insomnies, d'autres, à l'exemple de Longaud, soutiennent qu'il abaisse la pression sanguine et le regardent comme contre-indiqué chez les cardiaques.

Gordon est très enthousiaste; il regarde le chloralamide comme le meilleur hypnotiqne (!) et le prescrit avec succès dans les insomnies des cardiaques, des vieillards, des neurasthéniques. Patterson, Eybert, Halaiz, Billault ont obtenu aussi de bons effets dans les cardiopathies. Hagen et Hufler ont vu la dyspnée cardiaque disparaître sous l'influence du chloralamide et Wood a fait la même constatation; Wood et Cerna l'ordonnent même comme hypnotique de choix, chez les malades qui ont le cœur faible.

Les résultats des essais faits dans l'aliénation mentale sont contradictoires, et certains auteurs, tels que Bosc, B. Chopin, se posent comme des adversaires du médicament et en proscrivent l'emploi.

En résumé, ni les physiologistes ni les thérapeutistes ne sont d'accord sur les effets du chloralamide, et il importe d'attendre de nouvelles recherches avant de se prononcer.

Le chloralamide est fort mal connu. Il mériterait cependant d'être étudié, car poids égal il donne, en se dédoublant, plus de chloroforme que le chloralamide.

La chloralose nous arrêtera plus longtemps. Elle a été très expérimentée en France depuis les travaux de Hauriot et Richet, et on peut dire que, d'une manière générale, elle réussit bien dans les insomnies nerveuses, les excitations cérébrales chez les hypochondriaques, les mélancoliques, dans les psychoses dépressives. Chez les cardiopathes, le médicament serait très utile, car il ne modifie ni le fonctionnement du cœur ni la pression sanguine ; enfin comme l'estomac et l'intestin le tolèrent bien, il donnerait les meilleurs résultats dans l'insomnie due à une affection des voies digestives. Mais à côté de ces avantages, qui sont eux-mêmes discutés, que d'inconvénients ! En premier lieu, il est bien prouvé maintenant que l'administration de la chloralose, même à dose faible, peut être suivie d'accidents très graves. Si parfois il ne se produit que quelques troubles mentaux, de l'excitation, du délire, du tremblement, dans d'autres cas il survient des convulsions généralisées; enfin le collapsus cardiaque peut survenir et entraîner la mort (Muselier). Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que les phénomènes les plus graves peuvent apparaître chez des malades à système nerveux intact à la suite de l'emploi de doses faibles; 20 centigrammes ont déterminé la mort

---

vagues s'affaissent et se creusent sous la poussée du flot qui les suit. N'a-t-on pas encore, tout dernièrement, écrit de longues pages pour expliquer le crime par le même phénomène d'atavisme qu'on veut nous donner comme la clef de certaines malformations congénitales. Et vous allez voir combien c'est simple. Le crime n'est qu'un retour ébauché vers le cannibalisme, vers l'*homeophagie* (le mot n'est pas de moi). L'homeophagie résulte d'une sorte de loi de la nature en vertu de laquelle nulle nourriture n'est meilleure à un animal que la substance de son espèce — cela est en contradiction flagrante avec la presque universalité des faits observés, mais passons. L'homme poussé par les nécessités spéciales que son instinct de sociabilité lui a créées, s'est entendu avec ses semblables pour ne point se manger réciproquement. Il observe religieusement cette convention, et les sévérités de la sanction qu'il lui a donnée empêche que personne ne la transgresse ouvertement. Mais il est des êtres que la férocité ancestrale domine et qui, ne pouvant l'assouvir, à la manière des anciens Canaques, autour d'un feu de broche, trompent leurs impulsions masticatoires par le vol, le viol et le meurtre.

En fait d'impulsions inassouvies, il en est une : notre inextinguible soif de connaître et de savoir, que nous trompons à plaisir en la gavant d'hypothèses à défaut de réalités, comme des affamés apaisent leur faim par les substances les plus imprévues. L'inanition est au bout cependant pour les estomacs et pour les intelligences.

Cherchons, accumulons des faits, entassons-les, préparons des matériaux, mais, par grâce, ne promulguons pas de dogmes. *Sunt verba et voces, prætereaque nihil.*

Faculté de Bordeaux, — Il est créé, à la Faculté de Médecine de Bordeaux, une chaire de clinique gynécologique (fondation Cézaire Dupouy). M. Boursier, agrégé des Facultés de Médecine, est nommé professeur de clinique gynécologique à la dite Faculté (chaire nouvelle).

Hôpitaux de Lyon. — M. Gangolphe prend possession du nouveau service de chirurgie créé à l'Hôtel-Dieu.

M. Garel passe de la Croix-Rousse à Saint-Pothin; M. Lannois, médecin-suppléant, passe à la Croix-Rousse.

dans le cas de Muselier, bien que les formulaires indiquent les doses de 0.50 à 0.75 c. pour l'adulte.

D'autre part, les effets thérapeutiques varient beaucoup selon les sujets; enfin, chez un même malade, une dose identique est loin de donner toujours le même résultat.

Le Gendre a renoncé à prescrire la chloralose à cause de son infidélité. Sans aller jusque là, on se souviendra qu'il faut manier le médicament avec prudence, commencer par une ou deux doses de 10 centigrammes à une demi-heure de distance; il ne faudra jamais débuter par des quantités plus élevées et on devra toujours tâter la tolérance des malades. Le trional serait à beaucoup de points de vue supérieur à la chloralose, car les idiosyncrasies relatives à ce médicament sont rares et la dose moyenne est bien plus facile à fixer.

L'éthylchloraluréthane ou somnol a été étudié par Thomson, Myers, Marandon de Montyel. Il semble être un bon somnifère, tout en échouant dans le délire alcoolique et l'insomnie causée par la douleur.

Morandon de Montyel a vu se produire, avant le sommeil, une exaltation gaie, et, pendant le repos, de l'excitation génésique, phénomènes qui n'ont pas été revus par Khmelewsky. Pour M. de Montyel, le somnol est nuisible dans les états maniaques de nature vésanique, dans la paralysie générale, chez les déments séniles; il produit d'heureux effets dans la lypomanie aiguë et chronique; il pourrait guérir la mélancolie aiguë à la dose de 5 à 7 grammes *pro die*, continués pendant trois ou quatre semaines. Khmelewsky admet que le somnal, dans la mélancolie et dans l'insomnie simple, agit mieux que tout autre hypnotique. Le sommeil est profond, il n'y a pas de phénomènes subjectifs désagréables au réveil, pas d'accidents cardio-pulmonaires; mais le médicament qui peut aggraver la dyspepsie et la diarrhée est contre-indiqué en cas de troubles gastro-intestinaux. La dose moyenne de somnal sera de 2 grammes, administrée dans un peu d'eau ou une potion.

Nous terminerons par quelques mots sur l'hypnal, combinaison de chloral hydraté et d'antipyrine, dont nous croyons devoir passer le nom chimique qui compte trente-cinq lettres. Le corps est surtout indiqué dans les insomnies causées par la douleur, car l'antipyrine y conserve ses propriétés analgésiques (Bardet et Fraënkel). Les deux éléments de la combinaison auraient même un effet plus énergique que pris séparément. Le médicament serait très utile dans les insomnies des tuberculeux, car il a un effet calmant sur la toux. L'action sur le cœur est moins dépressive que celle du chloral hydraté (Schmidt), cependant l'hypnal serait contre-indiqué chez les cardiaques. On a cependant noté l'absence de troubles cardio-vasculaires avec les doses ordinaires. On pourra prescrire 1 gramme comme dose habituelle; l'action se produit rapidement. Il faut employer l'alcool comme véhicule; on peut, par exemple, formuler : hypnal, 4 grammes; chartreuse, 20 grammes; eau, 60 grammes.

L'étude rapide que nous venons de faire des nouveaux hypnotiques montre que, comme nous l'avons dit en commençant, il n'en est point de parfaits; de plus, plusieurs qui avaient été d'abord très recommandés, se sont montrés difficiles à manier et très dangereux. Actuellement, il nous semble que ceux qui méritent le plus d'être prescrits sont le trional, le somnal et l'hypnal, dont nous avons donné les indications respectives.

Dr Paul Chéron,
Ancien interne des hôpitaux, licencié es-sciences.

REVUE CRITIQUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CHIRURGIE

De quelques accidents de la cure radicale des hernies. — Résultats d'interventions pour rein mobile. — Paralysie du bras consécutive à l'anesthésie.

Les accidents sont rares dans la cure radicale des hernies; mais le chirurgien doit cependant les connaître, et, à ce titre, nous devons mentionner et analyser deux articles parus dernièrement dans la presse étrangère.

Et, tout d'abord, parlons de l'étude qu'a faite Scafi (*Gazetta degli ospedal. delle clinic.*, 1895, p. 308), *des accidents éloignés de l'excision du grand épiploon*. On sait avec quelle facilité cet organe s'offre à la main du chirurgien dans l'opération de la cure radicale, et avec quelle profusion il sort de l'abdomen quand on l'attire; on connait aussi la nécessité d'en réséquer une certaine quantité, qui est en quelque sorte pathologique par le fait même de son accroissement, et qui souvent aussi a perdu droit de domicile. C'est cette résection qui peut être dangereuse, et de plusieurs façons; sans rappeler une observation de Riche, interne de M. Le Dentu, dans laquelle une ligature en masse avait constitué une poche qui fut la cause d'un étranglement interne, nous dirons que, pour notre part, nous évitons de constituer un bouchon trop volumineux, par une ligature enserrant en totalité la partie d'épiploon à réséquer, non pas tant à cause de l'hémorragie qui pourrait être la conséquence de l'échappement du fil par le fait du retrait des parties, qu'à cause de la petite difficulté qu'on a quelquefois à faire passer le bouchon qu'on constitue par une notable quantité

d'épiploon suturée soit en masse, soit par plusieurs fils situés au même niveau. Nous préférons, dans ces cas, faire une espèce de suture à étages, qui permet la réduction facile et ne risque pas, en forçant la réduction, de faire déraper le fil.

M. Scafi nous mentionne un autre accident qui n'a pas encore été observé, à notre connaissance, dans le milieu chirurgical parisien, où pourtant il se fait une quantité considérable de kélotomies, mais qui, cependant, doit être pris en considération. Le grand épiploon joue un rôle important dans la nutrition de l'estomac et du côlon transverse; il n'est donc pas indifférent d'en réséquer une trop grande quantité, car c'est priver d'autant de vaisseaux les agents que nous venons de citer; mais, de plus, nous dit M. Scafi, même dans les cas où l'opération a été pratiquée d'une façon parfaitement aseptique, il se fait autour du moignon épiploïque des adhérences, et autour des fils à ligature des foyers d'infiltration. De plus, le moignon peut dans ces conditions prendre des adhérences avec un viscère ou une paroi, y former une tumeur qui peut donner le change. C'est pourquoi le chirurgien italien recommande de faire ce que nous faisons depuis longtemps, comme tout le monde, du reste, de nombreux petits pédicules.

Les lésions de la vessie pendant la kélotomie ont été aussi l'objet d'un travail de M. Ostermayer *(Deutsch Zeitch f. chir.*, xxxix), et, si nous en parlons, c'est que nous sommes heureux de voir que les conclusions auxquelles arrive ce chirurgien sont les mêmes, un peu moins complètes, cependant, que celles données par notre ami Demoulin, dans un travail paru dans l'*Union médicale*, en 1893. Comme notre collègue, l'auteur entrevoit les deux éventualités suivantes : où l'opérateur reconnaît la présence de la vessie, où il ne la reconnaît que plus tard, quand il se forme une fistule urinaire.

Ostermayer insiste principalement sur la présence d'une couche de graisse formant un lipôme spécial, reconnaissant pour origine l'hypertrophie du tissu adipeux prévésical et ayant une enveloppe constituée par une membrane capable d'être prise pour un véritable sac. Il fait aussi remarquer, après Demoulin que, dans ces conditions, la paroi de la vessie est amincie et atrophiée, et que, par conséquent, il est très facile de la blesser.

La lipocèle peut ne pas exister, et, dans ce cas, vu l'adhérence intime du sac et de la vessie, il est très difficile de reconnaître la cystocèle, et on peut blesser le réservoir urinaire.

Quant à la thérapeutique, c'est bien aussi celle conseillée par Demoulin, qui préconise la réduction de l'organe s'il est intact, et qui veut qu'on pratique sa résection et sa suture dans le cas où il est atrophié et où ses parois menacent de se rompre.

Ostermayer, dans ce dernier cas, conseille de laisser l'anneau ouvert, dans le cas où les sutures ne tiendraient pas, et où la plaie vésicale ne se cicatriserait pas.

L'auteur finit en citant trois observations personnelles : dans l'une, le malade mourut; la vessie avait été sectionnée sans qu'on aît pu la reconnaître; dans les deux autres, l'ectopie vésicale fut reconnue; on put réduire l'organe, et les malades guérirent.

Citons encore une communication faite à la Société médicale de Londres par M. W. Bruce Clark (*British medic. Journ.* Mars 1895 p. 575) sur les *opérations faites pour rein mobile*. Il insiste d'abord sur les difficultés considérables qu'il y a à établir, le diagnostic des douleurs occasionnées soit par la mobilité de l'organe, soit par la présence d'un calcul dans son intérieur. Les accidents aigus de la lithiase liliaire peuvent, dans certains cas, donner le change.

Dans quatre cas, l'auteur a pratiqué la néphropexie pour des douleurs, et il a trouvé des reins entachés de lithiase urinaire.

Mais où les chiffres deviennent intéressants, c'est quand M. Bruce nous dit que sur 30 opérations, 21 fois il s'agissait simplement de rein mobile sans dilatation marquée du bassinet, et que sur ces 21 opérés, 15 furent assez améliorés pour reprendre leurs occupations. Il y a donc lieu, avant de pratiquer la fixation opératoire du rein, de bien étudier l'état anatomique de cet organe, et aussi l'état général du malade; car, comme le faisait remarquer M. Hector Mackensie dans cette même discussion, bien souvent les malades sont des femmes nerveuses et, pour sa part, il avoue n'avoir jamais eu personnellement un cas qui ait bénéficié de l'opération.

Enfin, en chirurgie, il n'y a pas de détail qui n'ait son importance, et nous appelons l'attention des praticiens sur un exemple de *paralysie du bras consécutive à l'anesthésie*, cité par M. Placzek à une séance de la Société de Médecine berlinoise (20 mars 1895). Comme on le sait, pour empêcher que pendant la période d'excitation ou pendant le réveil possible du malade au cours de l'opération, les mains de l'opéré ne viennent infecter la plaie, il est un usage assez répandu, celui d'attacher avec des serviettes les membres supérieurs du patient. Cette pratique peut déterminer une paralysie, parfois assez rebelle, comme nous venons d'en observer un exemple que nous pouvons rapprocher de celui donné par l'auteur allemand. E. R.

Hôpital Saint-Louis. — Le docteur Tenneson reprendra son cours de *Clinique dermatologique*, le samedi 18 mai, à 10 heures, au laboratoire Cohmave, et le continuera les samedis suivants à la même heure.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mai 1895

Le travail de M. Dieulafoy sur la tuberculose larvée des trois amygdales, soulève aujourd'hui à l'Académie de médecine une intéressante discussion, dans laquelle M. Cornil prend tout d'abord la parole. M. Cornil apporte des objections, et des objections sérieuses puisqu'elles lui sont fournies par l'anatomie pathologique. Il a examiné à ce point de vue toute une série de végétations adénoïdes, sans avoir jamais trouvé trace d'un processus tuberculeux. La même constatation a été faite par MM. Chatelier, Cuvillier, Luc, Dubief. M. Pilliet a trouvé dans quatre cas des cellules géantes; frappé de ces faits, il examina alors 40 végétations adénoïdes provenant de 40 enfants différents; dans aucune d'elles il ne trouva de cellules géantes. Il était donc tout d'abord tombé sur une série exceptionnelle. M. Lermoyez a publié à la Société médicale des hôpitaux, l'an dernier, des faits de végétations contenant des bacilles; mais parmi toutes les pièces qu'il envoya à M. Letulle, une seule contenait des cellules géantes. En additionnant tous ces faits, M. Cornil arrive à ce chiffre de 1 cas de végétations adénoïdes tuberculeuses sur 17, tandis que le chiffre donné par M. Dieulafoy est de 1 sur 5.

Pour ce qui est des amygdales, M. Cornil a pratiqué autrefois un grand nombre de coupes de ces organes hypertrophiés. Il s'est fait cette conviction que l'hypertrophie amygdalienne infantile n'a avec la tuberculose aucun rapport de cause à effet. Or, M. Dieulafoy a obtenu 8 inoculations tuberculeuses positives sur 61 amygdales hypertrophiées, soit 1 sur 9.

M. Cornil cherche donc quelle a été la cause d'erreur que M. Dieulafoy n'a pas évitée dans ses expériences. Les végétations adénoïdes sont formées de bourgeons en choux-fleurs, séparés par des dépressions profondes. En prenant, même dans leur partie centrale, un fragment pour l'inoculer au cobaye, il est presque impossible qu'on n'inocule pas un peu de la surface de la muqueuse. Il en est à peu près de même pour l'amygdale, qui est traversée, dans toute son épaisseur, par des cryptes, sortes d'entonnoirs qui communiquent avec la muqueuse pharyngienne par un goulot ouvert. Or, entre les bourgeons des végétations adénoïdes et dans les cryptes amygdaliennes on trouve de nombreux micro-organismes; c'est à ceux-ci qu'il faut attribuer tous les cas de mort par septicémie survenus chez les cobayes de M. Dieulafoy. Parmi ces micro-organismes se trouvaient certainement, dans plusieurs cas, le bacille de la tuberculose, et c'est à ce bacille, se trouvant à la surface des végétations adénoïdes ou des amygdales (et non dans la profondeur de leur tissu), qu'il faut attribuer un certain nombre des cas de tuberculose produits chez les cobayes inoculés.

Enfin, M. Dieulafoy n'a pas examiné les granulations que présentaient les animaux qu'il prétend avoir rendus tuberculeux. Il s'agissait peut-être de granulations pseudo tuberculeuses.

En résumé, M. Cornil pense qu'il y a des végétations adénoïdes tuberculeuses, mais dans une proportion moindre que celle indiquée par M. Dieulafoy; que, s'il existe des hypertrophies amygdaliennes avec tubercules, ces faits doivent être extrêmement rares.

Ce qui ressort néanmoins des expériences de M. Dieulafoy, ainsi que le fait observer M. Grancher, c'est que des enfants, en apparence bien portants, non tuberculeux, possèdent dans l'amygdale ou à sa surface, dans les végétations adénoïdes ou à leur surface, des germes de la tuberculose.

— M. Frémont (de Vichy) a eu l'idée d'isoler l'estomac de toute communication avec l'œsophage et l'intestin, de façon à pouvoir recueillir et étudier sa sécrétion. Il a pour cela réuni, chez des chiens, l'œsophage au duodénum, tandis que l'estomac, fermé à ses deux extrémités, était ouvert, au niveau de la peau, sur une étendue de deux millimètres seulement.

M. Frémont a vu que, chez les animaux ainsi préparés, la soif, la faim, le vomissement, ne sont pas liés au fonctionnement de l'estomac; les animaux mangent plus souvent; c'est là la seule modification semblant résulter de l'isolement de leur estomac.

Il est facile de recueillir le suc gastrique chez ces animaux; peut-être l'emploiera-t-on un jour à titre de remède nouveau chez ceux dont l'estomac est insuffisant.

Un point assez curieux des expériences de M. Frémont, est que l'estomac isolé vit, sent, sécrète et absorbe; il digère les albuminoïdes qu'on introduit dans sa cavité; il ne modifie pas les féculents.

— Dans un rapport qu'il présente sur un travail de M. Régis (de Bordeaux), relatif à *deux cas de paralysie générale infantile d'origine hérédo-syphilitique*, M. A. Fournier conclut que le diagnostic porté par M. Régis n'était pas douteux et que l'origine hérédo-syphilitique n'était pas moins certaine.

Ce sont deux faits de plus à ajouter aux faits analogues établissant la nature presque toujours hérédo-syphilitique de la paralysie générale infantile.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Le *canal cholédoque* a eu à lui seul les honneurs de toute la séance. C'est M. Tuffier qui, le premier, monte à la tribune pour faire part à ses collègues d'une nouvelle voie destinée à mener le chirurgien sur ce fameux canal si bien caché. Il s'agit, en effet, de la *cholédocotomie par la voie lombaire*. Au cours d'une intervention sur le rein, le chirurgien de la maison municipale de santé fut tout étonné de sentir au fond de la plaie lombaire un chapelet de calculs fixé dans l'appareil excréteur du foie. Il n'osa pas les attaquer *a posteriori* et, dans une laparotomie antérieure, il ouvrit la vésicule et en retira dix-sept calculs, en faisant cheminer dans la vésicule ceux qui ne s'y trouvaient pas.

Cette observation fut le point de départ de recherches cadavériques, dans le but de trouver une voie lombaire.

Ces recherches, faites par M. Poirier, sont arrivées aux résultats suivants : le but est de créer une voie extra péritonéale, et la chose est possible. En faisant donc une incision semblable à celle de la néphrectomie, on arrive sur le rein, qu'il faut remonter; cela fait, on tombe sur la partie postérieure du duodenum, sur le pancréas et, de là, sur le canal cholédoque.

Il existe quelques difficultés dans la création de ce trajet, tenant surtout à la situation du rein, qui varie suivant les individus, et, de plus, sur le cadavre la recherche du cholédoque est plus délicate, car les intestins sont affaissés, ne sont plus repoussés dans la plaie par les gaz comme sur le vivant, et, par conséquent, on agit à une profondeur plus grande.

Pour attirer le cholédoque, la manœuvre est facile; on

passe au-dessus du duodenum le doigt recourbé qui accroche le canal cholédoque à tout coup.

Cette voie extrapéritonéale n'a pas encore été essayée sur le vivant, mais on peut déjà dire qu'elle présente certains avantages; d'abord celui de ne pas manœuvrer dans la séreuse péritonéale, ensuite la possibilité d'atteindre l'extrémité du canal cholédoque et la face postérieure du duodenum; enfin ce fait de déterminer, quand elle a lieu — ce qui arrive souvent — une fistule biliaire extrapéritonéale.

M. Poirier prend ensuite la parole pour donner des détails plus complets sur cette voie lombaire. Il signale la présence de deux ou trois ganglions qui, situés sur la tête du pancréas, sont de très bons points de repère; on peut aussi voir une artère pancréatico-duodénale flanquée de deux veines et plus profondément un cordon blanc qui est le cholédoque. Au lieu d'accrocher ce paquet de vaisseaux avec le conduit, ce qui expose à des déchirures, M. Poirier préfère se servir de la sonde cannelée qui expose moins à l'hémorragie. Il n'est pas si enthousiaste que M. Tuffier et préfère la voie antérieure. On n'a, en effet, qu'à mettre le doigt dans l'hiatus de Winslow pour charger le cholédoque et l'amener sur la pulpe de l'index droit, qui peut ainsi l'explorer facilement. M. Poirier a mis ce procédé en usage une fois sur le vivant, et ce, avec un plein succès.

Tout cela est, en effet, fort anatomique, fait remarquer M. Segond, mais c'est à une grande profondeur qu'on manœuvre, surtout si on a affaire à un sujet gras, et il demande si une certaine veine cave ne gêne pas un peu par sa présence; ce à quoi M. Tuffier répond qu'on peut facilement écarter le pancréas de ce gros tronc veineux.

M. Michaux trouve aussi la voie lombaire un peu théorique. Il faut bien se rappeler qu'on ne sait jamais, quand on s'engage dans une intervention de ce genre, si le calcul est dans le canal cholédoque, et qu'il faut par conséquent se réserver la possibilité d'agir sur le canal cystique et sur la vésicule. C'est pour cela qu'il préfère la voie antérieure qui mène facilement et directement sur tout l'appareil d'excrétion de la bile. Quant à ce qui est de mettre son doigt dans l'hiatus de Winslow pour attirer le cholédoque, comme le recommande M. Poirier, c'est le procédé employé par lui comme par tout le monde.

Quand on le peut, reprend M. Schwartz, qui a fait il y a huit jours une cholédocotomie, et qui a trouvé l'hiatus de Winslow complètement fermé par les adhérences. Il fut pour sa part obligé de saisir en masse un paquet de tissus plus ou moins sclérosés, dans lequel se trouvait le canal cholédoque. Sa malade était très cachectique et ne survécut pas. A l'autopsie, il trouva au moins 500 grammes de bile dans le péritoine, écoulement qui se serait fait à l'extérieur si la voie lombaire avait été employée. M. Routier insiste aussi, comme il l'a déjà fait dans une précédente discussion, sur les difficultés qu'il y a à trouver la vésicule et les canaux biliaires quand il y a eu, ce qui arrive fréquemment, de l'angiocholite et de la péricystite.

M. Quenu termine cette discussion dont une communication faite par lui a été le point de départ. Il préfère comme M. Michaux la voie antérieure, par cette raison sur laquelle il a insisté, qu'on ne sait d'abord si on aura affaire à un calcul et où va se trouver le calcul. La laparotomie est donc tout d'abord exploratrice. Le ventre ouvert, on peut tomber sur des parties qui ont conservé leurs rapports normaux et les explorer facilement, ou sur des parties enflammées; c'est dans ce cas qu'on a à agir. Pour ce qui est de l'exploration du canal cholédoque, il ne partage pas l'avis de M. Michaux, et a insisté sur ce fait dans sa communication qu'on pouvait, en décollant le duodénum, tâter le canal cholédoque dans sa presque totalité et se rendre compte de la présence d'un calcul situé ailleurs que dans la portion sus-duodénale. Il faut savoir, du reste, que le cholédoque peut manquer ou plutôt être réduit à sa partie intrapancréatique. L'incision de ce canal peut se faire, comme il l'a indiqué, dans toute son étendue par une incision directe sur le calcul; mais il est certain que ces recherches deviennent très difficiles quand il existe des adhérences qui sont assez fréquentes entre le duodénum et le foie et entre le duodénum et le côlon transverse.

Enfin, l'opération en deux temps est quelquefois nécessaire, car on n'est pas toujours sûr des qualités aseptiques de la bile, et celle-ci, en contaminant le péritoine, peut déterminer des accidents mortels. Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai 1895

Un cancer de l'estomac débutant à vingt-deux ans n'est pas assurément chose fréquente. Chez un malade dont M. Mathieu, en son nom et au nom de M. Quenu, rapporte l'histoire, les premiers symptômes de l'affection furent tout d'abord ceux d'une dyspepsie grave; en raison de l'âge du malade, du caractère des douleurs, de l'heure de leur apparition, on pensa à une hyperchlorhydrie, et M. Bouveret, de Lyon, institua un traitement approprié. Ce traitement n'ayant amené aucune amélioration, M. Bouveret pratiqua un examen du suc gastrique et vit alors qu'il existait une hypochlorhydrie marquée; il fut donc amené à penser qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac.

Progressivement les symptômes s'accentuèrent, le malade maigrit, pâlit, sans prendre la teinte jaune paille classique, et fut pris de douleurs gastriques très vives. L'évolution de l'affection était très lente puisque, lorsque M. Mathieu vit le malade, elle durait depuis déjà près de trois ans. En raison de cette longue durée, de l'âge du malade, de l'intensité des douleurs, du chiffre élevé de l'urée (27 gr. 75 par jour), M. Mathieu eut des doutes, malgré l'existence d'une tumeur nettement appréciable au creux épigastrique. Il pensa qu'une laparotomie exploratrice était justifiée; l'opération fut pratiquée par M. Quenu. Elle révéla l'existence d'un néoplasme de l'estomac, siégeant au niveau de la petite courbure à gauche du pylore, mais sans l'entamer, et, en outre, l'existence de petites nodosités cancéreuses disséminées sur le péritoine avec une légère ascite.

Le malade guérit rapidement de cette intervention; il en retira même un grand bénéfice, puisque les douleurs extrêmement vives qu'il éprouvait disparurent complètement après la laparotomie. Ce phénomène assez curieux s'accompagna d'un peu d'augmentation de l'appétit.

Malgré tout, le malade succomba trois mois après, avec une diarrhée profuse.

M. Mathieu fait ressortir tout l'intérêt de cette observation. Le jeune âge du sujet, l'évolution lente du cancer, la disparition brusque des douleurs après l'opération, sont autant de faits importants à signaler. Pour ce qui est de l'évolution lente, on sait qu'il est, au contraire, de règle générale que le cancer évolue d'autant plus vite que le sujet est plus jeune, ainsi que M. Mathieu, de Lyon, l'a établi. M. Mathieu insiste encore sur le chiffre élevé de l'urée, et enfin sur l'utilité de l'analyse chimique du suc gastrique, qui avait permis de faire le diagnostic d'une façon précoce.

Bien que de tels faits soient rares, M. Catrin rappelle

qu'il en a déjà publié un analogue, et M. Ferrand observe en ce moment un cas de cancer du foie à évolution très lente chez une jeune fille de vingt-deux ans.

M. Hayem, après avoir fait remarquer l'utilité de l'analyse du suc gastrique dans ce cas, rappelle que la douleur n'est pas toujours un signe d'hyperchlorhydrie : certains hyperchlorhydriques ne souffrent pas; et, d'autre part, il y a des hyperchlorhydriques qui souffrent beaucoup de leur estomac. Tout récemment, chez un malade atteint d'hémo-globinurie paroxystique, et chez un hypochondriaque, ne se plaignant ni l'un ni l'autre de leur estomac, M. Hayem a trouvé une hyperchlorhydrie intense. Par contre, il a observé de fortes crises gastriques chez des hypochlorhydriques.

Ces faits démontrent que les causes de la douleur dans les affections de l'estomac ne sont pas connues. M. Hayem pense que la douleur doit être attribuée à une gastro-névrose surajoutée aux états organo-pathiques. La douleur est réveillée ou augmentée par les boissons fermentées, les médicaments; enfin, il faut tenir grand compte aussi, dans sa production, du séjour prolongé des aliments dans l'estomac. Les dyspeptiques qui souffrent, sont ceux qui évacuent lentement leur contenu stomacal. A ce point de vue, le traitement par les lavages de l'estomac est bien supérieur à celui par les alcalins à hautes doses; M. Hayem a renoncé au bicarbonate de soude.

Quoi qu'il en soit, la douleur n'est pas un signe fidèle de l'hyperchlorhydrie. Toutefois, il ne faudrait point n'en tenir aucun compte, car, dans les deux tiers des cas au moins, ainsi que le fait remarquer M. Mathieu, le diagnostic de l'hyperchlorhydrie peut se faire par l'étude des symptômes douloureux.

M. Hayem a plusieurs fois appelé l'attention sur les gastrites médicamenteuses. Les médecins abusent souvent des médicaments dans les affections gastriques, qu'ils compliquent ainsi. M. Le Gendre a donné naguère ses soins à un enfant de cinq semaines, qui avait commencé à vomir peu de jours après sa naissance; ses parents le gorgeaient de lait; c'était là l'origine de ses vomissements.

Un premier médecin prescrivit de la belladone; au bout d'un certain temps, les vomissements ne s'arrêtant pas, on appela un deuxième médecin qui fit prendre à l'enfant de la codéine; celui-ci tomba dans un état demi-comateux et l'on vit venir un troisième confrère qui prescrivit un élixir contenant de l'alcool et de la cocaïne. L'enfant eut alors des accidents convulsifs avec crises épileptiformes, séparées par des intervalles de coma. M. Le Gendre fit interrompre immédiatement l'administration de cet élixir et pratiqua un lavage de l'estomac qui fit disparaître les accès convulsifs. L'enfant, qui était mourant, se rétablit peu à peu, mais il ne fallut pas moins de deux mois de soins minutieux et d'une alimentation par doses extrêmement de lait coupé, pour faire disparaître complètement les troubles gastriques.

C'est aux médicaments qu'il faut attribuer la plupart des gastrites que l'on rencontre, M. Hayem pense que la gastrite est médicamenteuse 90 fois sur 100. Chez les phtisiques, chez les ataxiques, les crises gastriques ne reconnaissent, le plus souvent, d'autre origine que les médicaments.

— On a rapporté à la Société les bons effets que le naphtol camphré a donné dans plusieurs cas de péritonite tuberculeuse.

M. Netter n'a pas eu, comme on va le voir, autant à se louer de cette méthode, qu'il a employée chez trois enfants.

Dans les deux premiers cas, l'un terminé par la guérison, l'autre par la mort, l'action du naphtol camphré ne parut pas très nette, mais l'injection de cette substance ne détermina aucun accident.

Il n'en fut pas de même dans le troisième cas. Il s'agissait d'une enfant de sept ans, que l'on croyait atteinte de péritonite tuberculeuse; bien que ce diagnostic fût un peu douteux pour M. Netter, il se décida néanmoins à employer le naphtol camphré. L'enfant avait beaucoup d'ascite. Une ponction exploratrice avait permis d'inoculer deux cobayes, et M. Netter, ayant pratiqué l'examen microscopique du dépôt fibrineux du liquide, crut reconnaître sur une lamelle un bacille tuberculeux. Sans attendre le résultat de l'inoculation aux cobayes, il injecta dans le péritoine de la malade, après en avoir retiré 3,500 grammes de liquide, 4 ou 5 grammes de naphtol camphré.

Deux heures après, l'enfant était prise d'agitation, de vomissements et de crises convulsives; elle mourut dans la nuit.

A l'autopsie on constata qu'il ne s'agissait pas de péritonite tuberculeuse, mais d'une cirrhose hépatique; le naphtol camphré avait déterminé une péritonite aiguë généralisée.

En raison des difficultés que présente quelquefois le diagnostic de péritonite tuberculeuse, M. Netter pense donc qu'il vaut mieux s'abstenir de l'injection intra-péritonéale de naphtol camphré.

Le péritoine tuberculeux ne se comporte peut-être pas, vis à vis de cette substance, comme le péritoine sain. Peut-être la dose était-elle trop élevée, ainsi que le font remarquer MM. Le Gendre et Rendu; peut-être enfin, comme le pense M. Catrin, ne restait-il pas assez de liquide ascitique dans le péritoine après la ponction évacuatrice pratiquée par M. Netter. Quoi qu'il en soit, M. Le Gendre montre que cette enfant a succombé avec les mêmes symptômes que les animaux auxquels on injecte des doses mortelles de naphtol camphré ou simplement de camphre.

H. Richardière et Fournier.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

M. Du Castel a présenté un malade porteur d'une nécrose du maxillaire d'origine tabétique. Cet homme, un syphilitique, souffre, depuis de nombreuses années, de douleurs fulgurantes aux quatre membres, il a eu, de plus, des crises gastriques et de l'incontinence nocturne d'urine, Il y a trois ans est survenu, dans l'espace d'une nuit, une tuméfactifon des deux côtés de la face. Cette tuméfaction, accompagnée de fièvre, a été suivie de la chute de dents détachées du maxillaire supérieur.

Les mêmes phénomènes se sont reproduits plusieurs fois depuis lors et, actuellement, le malade ne porte plus qu'une seule dent au maxillaire supérieur. De plus, plusieurs séquestres ont été éliminés et il reste des ulcérations béantes.

M. Fournier a fait remarquer que les fluxions présentées par le malade de M. Du Castel rappelaient les œdèmes soudain des membres inférieurs qui précèdent les arthropathies décrites par Charcot.

— M. Sabouraud a institué un nouveau traitement de la pelade. Cette affection, essentiellement récidivante, est non une maladie du cheveu, mais une maladie tégumentaire. Ceci admis, il peut détruire probablement la couche cornée de l'épiderme, si l'on veut agir directement sur les parties malades. Pour cela, M. Sabouraud place d'abord sur la place peladique, une couche de vésicatoire liquide, enlève le phlyctène le lendemain et badigeonne le chorion avec une solution de nitrate d'argent au quinzième. Ce

traitement donne de meilleurs résultats que ceux qui sont habituellement employés.

— M. DU CASTEL a montré un malade qui semble atteint de chancres multiples. En réalité il s'agit de lymphangites ulcéreuses précoces, développées autour d'un chancre unique, apparu quinze jours plus tôt. Les ulcérations dues à ces lymphangites offrent à peu près toujours le même aspect quel qu'en soit le siège. Elles sont arrondies, à bords très nets, saillants, et apparaissent quelque temps après un chancre bien net, à des intervalles de trois jours en général.

— Le lupus érythémateux occupe le plus souvent le visage, il envahit fréquemment le cuir chevelu et il peut exceptionnellement intéresser les membres, mais il est rare de lui voir occuper ces dernières régions en laissant la face indemne ou peu s'en faut. Il en est ainsi chez deux femmes qui ont fait l'objet d'une communication de MM. Hallopeau et J. Monod. L'une d'elles a de très nombreuses plaques sur le cuir chevelu et seulement un petit ilot sur chacun des yeux; chez l'autre la face est complètement intacte, les manifestations occupent entièrement le cuir chevelu, la région dorsale et les faces postérieures des deux mains. Il en résulte une réelle difficulté pour le diagnostic.

— MM. HALLOPEAU et LEREDDE ont étudié un cas d'adénome sébacé dans lequel il existait concurremment avec les altérations du visage, des néoplasies très analogues dans la région lombaire et sur le côté droit du thorax. Dans les tumeurs de la face on a trouvé des glandes sébacées proliférées et seulement du tissu ulcéreux dans les tumeurs lombaires. Il est probable que la néoplasie conjonctive s'est formée secondairement dans ces dernières.

LES RÉFORMES HOSPITALIÈRES

Nous extrayons de la *Gazette des Hôpitaux*, la fin d'un article dans lequel M. le directeur de l'Assistance publique est pris à parti au point de vue de l'organisation des remplacements pendant les vacances. Voici cette fin :

« M. le directeur a eu une ingénieuse idée, et il a décidé de créer autant de chirurgiens remplaçants qu'il y a de chirurgiens-chefs. Ces néo-chirurgiens auront chaque année deux mois de service sans personnel médical ; ils attendront douze ou quinze ans le moment où ils pourront faire de la chirurgie active, et à cinquante ans, quand l'âge du repos commencera à sonner, quand depuis vingt ans, le chirurgien aura dû organiser son existence en dehors des hôpitaux, on le chargera d'un service et l'on s'étonnera qu'il n'y apporte pas l'ardeur et les illusions de la jeunesse.

« Quand le concours actuel de chirurgie va être terminé — et un deuxième concours est déjà annoncé, — il ne restera plus que *quatorze* ou *quinze* candidats, dont une partie n'a pas, on l'avouera, la valeur reconnue nécessaire pour être élue. Mais quand ils seront tous nommés, et qu'il n'en restera plus, nous ne désespérons pas de voir, aux frais de l'Administration, circulant par les rues et les boulevards, des hommes-réclames avec dans le dos, une affiche en papier du blanc le plus officiel, portant ces mots :

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

—

ON DEMANDE DES CANDIDATS AU TITRE DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Le Directeur,
X... »

— Nous donnons ci-joint un extrait du rapport de M. Millard, au Conseil de surveillance, sur l'application des réformes hospitalières (consultations externes). C'est au cours de la lecture de ce rapport que le Conseil apprit que M. Peyron, sans tenir compte des objections soulevées, avait fait signer son projet par le préfet de la Seine :

« Nous avons tout d'abord à signaler de sérieuses et regrettables modifications introduites par M. le directeur dans le projet qu'il vient d'envoyer à la signature préfectorale et qui sont en désaccord avec les dispositions votées par le Conseil de surveillance.

« Il commence par supprimer la dénomination de médecins et de chirurgiens du Bureau central, consacrée par l'usage et que vous aviez bien voulu conserver ; on les appellera désormais médecins et chirurgiens des hôpitaux, purement et simplement, sans qualificatif, tandis que les titulaires prendront le nom de médecins ou de chirurgiens *chefs de service* des hôpitaux.

« Si M. le directeur n'avait pas fait d'autre concession au Conseil municipal, il n'y aurait trop rien à dire. Mais ce qui est plus grave, c'est qu'il a résolu de retirer complètement et partout la consultation aux chefs de service, pour la confier désormais exclusivement aux jeunes médecins ou chirurgiens des hôpitaux ou à des assistants de consultation.

« Le Conseil, au contraire, avait voté la disposition suivante (paragraphe II de l'article 14) :

« La consultation sera faite :

« 1° Par les chefs de service, mais sous la condition « absolue de s'en acquitter d'une façon personnelle et ré- « gulière. Si l'inexactitude d'un chef est constatée par le « compte rendu trimestriel du service médical, il pourra « être relevé du service de la consultation par le direc- « teur de l'Administration, après avis du Conseil de sur- « veillance ;

« 2° Par des médecins ou des chirurgiens du Bureau « central, et, à défaut, par des assistants de consulta- « tion...

« C'était là une satisfaction légitime à donner à un certain nombre de chefs de service, qui tiennent beaucoup à conserver leur consultation, qui s'en sont toujours acquittés avec beaucoup de zèle et de régularité, qui ont ainsi rendu de grands services à la population et ont conquis en même temps dans le quartier de leur hôpital une notoriété bien méritée. Il est à remarquer que c'est M. le directeur lui-même qui, dans son projet primitif, avait proposé cette disposition, et qui avait contribué à la faire adopter sans discussion, d'abord par la grande commission des réformes hospitalières, et ensuite par le Conseil. Nous avons cru devoir lui demander les raisons d'un pareil revirement d'opinion. Les explications qu'il nous a fournies ont été les suivantes : Le Conseil municipal a émis un avis contraire à celui du Conseil de surveillance ; il exige que le service des consultations soit partout absolument distinct du service dans les salles de malades. « La séparation est néces- « saire et urgente. » *(Rapport de M. Dubois au nom de la 5e Commission sur les réformes hospitalières*, page 7.)

« Forcé de prendre un parti entre ces deux opinions opposées, ne pouvant revenir devant vous, ce qui l'aurait obligé à consulter aussi de nouveau le Conseil municipal, M. le directeur s'est décidé à donner satisfaction à ce dernier, après avoir toutefois, dit-il, pris l'avis officieux de quelques-uns de nos collègues. Cet avis aurait été conforme à la décision à laquelle le directeur s'était arrêté, à savoir qu'il regardait comme indispensable pour un fonctionnement régulier que le service de la consultation fût absolu-

ment séparé de celui des salles. C'est alors qu'il a communiqué à M. le vice-président et aux deux représentants du corps médical le projet définitif qu'il avait résolu de soumettre à l'approbation préfectorale. Nous n'avions plus qu'à nous incliner tout en prévoyant bien les protestations et réclamations qui allaient surgir de la part du corps médical tout entier. Il résulte en effet d'une communication de M. le Dr Perier, que MM. les chirurgiens revendiquent aujourd'hui énergiquement les dispositions adoptées par le Conseil de surveillance, c'est-à-dire le maintien de la consultation aux chefs de service, à la condition qu'ils s'en acquitteront personnellement et régulièrement. Votre rapporteur a été chargé par les médecins de vous adresser une réclamation semblable. »

— Nous recevons de l'Administration centrale de l'Assistance publique la circulaire suivante :

« L'arrêté réglementant à nouveau le service de santé dans les hôpitaux et hospices, pris par le directeur de l'Administration de l'Assistance publique, à la date du 2 mars 1895, et approuvé par le préfet de la Seine le 13 avril suivant, prévoit, à l'article 3, relatif au service des consultations externes, la nomination d'un certain nombre d'assistants de consultation, à qui sera confié le service de la consultation externe dans les établissements où ce service ne pourra être fait par les médecins et chirurgiens des hôpitaux, en raison du nombre insuffisant de ces praticiens.

« Cet article prévoit également la nomination d'assistants de consultation suppléants, pour remplacer éventuellement pendant leurs absences les médecins et chirurgiens des hôpitaux chargés de la consultation, ainsi que les assistants de consultation.

« Les assistants de consultation, titulaires ou suppléants, recevront, de même que les médecins et chirurgiens des hôpitaux chargés de la consultation, pour chacune des séances de consultation qu'ils seront appelés à faire, un jeton de présence de 5 francs dans les hôpitaux du centre et deux jetons dans les hôpitaux excentriques.

« Les médecins et chirurgiens des hôpitaux chargés de la consultation et les assistants de consultation seront, en outre, chargés de désigner aux directeurs des établissements auxquels ils seront attachés ceux des malades qu'il y aura lieu d'hospitaliser.

« Les assistants de consultation sont nommés pour deux ans, ils pourront être maintenus en fonctions, mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis du Conseil de surveillance.

« Les candidats aux places d'assistants de consultation doivent justifier, indépendamment du diplôme de docteur en médecine, de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. Ils sont nommés par le directeur de l'Administration sur la présentation d'une commission composée :

« Pour les assistants de médecine : du représentant des médecins des hôpitaux au Conseil de surveillance, président; du président de la Société médicale des hôpitaux; du président de la Société des médecins des hôpitaux;

« Pour les assistants de chirurgie : du représentant des chirurgiens des hôpitaux au Conseil de surveillance, président; du président de la Société des chirurgiens chefs de service des hôpitaux; du président de la Société des chirurgiens des hôpitaux.

« MM. les docteurs en médecine, réunissant toutes les conditions sus-énoncées, qui désireraient obtenir un poste d'assistant de consultation titulaire ou suppléant, sont invités à faire leurs demandes dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres et des références qu'ils pourraient avoir à produire.

« Ces demandes devront être adressées à M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique. »

ÉCHOS ET NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Par décret en date du 5 mai 1895, M. le Dr Dropet (de Fayl-Billot) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Concours. — *Concours de médecine des hôpitaux de Paris.* — Le jury définitif est composé de MM. Cuffer, A. Gombault, Fournier, Balzer, Rendu, Grancher, Léon Labbé.

— Faculté de Paris. *Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle :* Par arrêté ministériel en date du 11 mai 1895, le nombre des places d'agrégés d'anatomie près la Faculté de médecine de Lyon, mises au concours, est porté à 2.

Concours pour le clinicat : Un concours pour les emplois vacants ci-dessous de chefs de clinique, s'ouvrira le lundi 24 juin 1895, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu aux nominations suivantes :

Clinicat médical. — Deux chefs de clinique titulaires et un chef de clinique adjoint.

Clinicat chirurgical. — Trois chefs de clinique titulaires et trois chefs de clinique adjoints.

Clinicat obstétrical. — Deux chefs de clinique titulaires.

Clinicat ophtalmologique. — Un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint.

Clinicat des maladies des voies urinaires. — Un chef de clinique titulaire.

Clinicat des maladies du système nerveux. — Un chef de clinique tilulaire et un chef de clinique adjoint.

Concours de l'adjuvat : Le concours a commencé le lundi 13 mai.

Le jury se compose de MM. Guyon, Farabeuf, Schwartz, Poirier et Nélaton.

Les candidats, au nombre de huit, sont : MM. Bois, Courtillier, Fredet, Lapointe, Mouchet, Pasteau, Petit et Touche.

Voici le sujet de la composition écrite :

Nerf sciatique poplité externe; anatomie et physiologie.

— Le concours pour la place de chirurgien adjoint de la Maternité de Bordeaux vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Rivière, agrégé.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. M. Roger : Des modes d'ouverture spontanée et du traitement des kystes hydatiques du foie.
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Revue critique chirurgicale.
IV. Revue de la Presse : Médecine.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VI. Les livres nouveaux.
VII. Échos et nouvelles.

DES MODES D'OUVERTURE SPONTANÉE ET DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Par M. ROGER,
Médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Les kystes hydatiques du foie s'ouvrent parfois dans les organes voisins, le plus souvent quand leur contenu est devenu purulent. Ils peuvent se faire jour à la *partie antérieure de l'abdomen* et déterminent alors de la rougeur, de l'œdème, de l'amincissement des parois, qui aboutit à une fistule cutanée par laquelle s'écoule le pus. Dans d'autres cas, le kyste communique directement avec une bronche, grâce aux adhérences intimes qui s'établissent entre le foie, le diaphragme, les plèvres et le poumon. Une *vomique* se produit, le malade rejette par la toux du pus mélangé à des fragments de membranes et à de petites vésicules flétries. Parfois, l'ouverture se fait dans le tube digestif. Si la perforation siège sur le duodénum, elle se manifeste par des vomissements d'hydatides; si elle intéresse l'estomac, les douleurs par lesquelles elle se révèle sont plus intenses et les vomissements plus graves. L'irruption dans le côlon s'annonce par une douleur atroce et une véritable débâcle avec hydatides. L'ouverture dans le *péritoine*, qui est heureusement rare, se traduit par une péritonite infectieuse suraiguë, rapidement mortelle.

Si le kyste n'a pas suppuré, il peut encore s'ouvrir dans l'abdomen, à la suite d'un traumatisme, par exemple. Le malade perçoit au moment de la rupture une sensation de déchirure; il se rend compte parfois qu'un liquide a cheminé dans la cavité abdominale. Les vésicules peuvent se greffer sur le péritoine; dans certains cas, elles déterminent un épanchement de la bile dans le péritoine. Autrefois, on croyait qu'une péritonite aiguë en était la conséquence inévitable; mais tant que la bile est aseptique, tant que le *Bacterium coli commun* n'a pas remonté par des voies biliaires dans le kyste, la péritonite ne se produit pas; l'ouverture dans le péritoine n'en est pas moins grave, car l'irruption du liquide peut amener des phénomènes de collapsus, des accidents toxiques; ailleurs les vésicules se greffent sur la séreuse et s'y développent librement.

Enfin, la vésicule fille, en s'engageant dans le tractus biliaire, peut déterminer d'abord une *colique hépatique* violente; puis, si son cheminement s'arrête, le syndrome de l'*ictère chronique par obstruction*, et plus tard des phénomènes de rétention et d'infection biliaires ascendantes. A l'époque où on laissait le kyste évoluer spontanément, Davaine estime que cette ouverture se faisait dans 1/50 des cas. Les kystes hydatiques ont pu encore s'ouvrir dans la veine cave inférieure, l'aorte, la veine porte, le bassinet.

Le kyste, abandonné à lui-même, peut guérir sans intervention lorsque la bile le tue; mais le plus souvent il détermine la mort, soit par cachexie, soit par septicémie ou infection purulente consécutive à la suppuration du kyste ou à son ouverture dans un organe qui ne peut pas l'évacuer.

Au point de vue du diagnostic, il y a lieu de distinguer les kystes qui occupent le bord antérieur du foie, de ceux qui sont situés sur la face supérieure ou sur la face inférieure de cet organe.

Ceux qui ont pour siège le *bord antérieur du foie* tendent à se mettre en contact avec la paroi abdominale; dès lors, le diagnostic devra être fait avec toutes les tumeurs abdominales, notamment avec les *kystes* et les *sarcomes* situés dans le grand épiploon. Mais le plus souvent, c'est avec des hypertrophies partielles du foie qu'on les confondra. Vous devez bien savoir, à ce propos, qu'il existe des centres hypertrophiques partiels, donnant à la palpation la sensation d'une vraie tumeur appendue à la face inférieure de la glande hépatique; l'erreur est souvent difficile à éviter et, plusieurs fois, dans les cas de ce genre, on est intervenu chirurgicalement par la laparotomie. On a fait des erreurs analogues dans d'autres cas, par exemple, cas de cancer hépatique ou d'hydropisie de la vésicule biliaire.

On a pu confondre un kyste hydatique avec l'*hydronéphrose*, quand la tumeur lombaire vient faire saillie en avant. C'est en vous aidant des commémoratifs, en vous rappelant que l'hydronéphrose s'accompagne de troubles urinaires, que vous éviterez cette confusion. Des chirurgiens habiles ont même pris pour des kystes hydatiques du foie, des *kystes*

de l'ovaire; c'est par le toucher vaginal que vous reconnaîtrez si la tumeur a pris son origine dans cette glande sexuelle, ou si elle est descendue du foie dans le petit bassin.

Le diagnostic est encore plus difficile quand la tumeur siège à la face inférieure du foie, parce qu'elle est plus profonde. Lorsque le kyste est situé à la face inférieure du lobe gauche du foie, il peut être confondu avec une *tumeur de la rate :* l'erreur a été commise.

Les kystes qui occupent la partie postéro-supérieure du foie pourraient en imposer pour un *épanchement pleurétique*. Mais, dans la pleurésie, la limite de la matité décrit une courbe à convavité supérieure, tandis que la limite supérieure de la matité du kyste est convexe en haut; en outre, l'absence de souffle, d'égophonie, de pectoriloquie aphone, sont autant de signes dont l'ensemble permettra de différencier le kyste hydatique du foie d'une pleurésie.

Dans les cas où vous ne seriez pas fixé sur le diagnostic, vous avez le droit de faire une ponction exploratrice, à la condition de la pratiquer avec asepsie : vous en retirez un liquide clair comme de l'eau de roche; si vous laissez reposer le liquide dans un verre, vous pourrez rechercher au fond du vase les crochets caractéristiques de l'échinocoque.

A lire la longue liste de médicaments préconisés tour à tour pour enrayer l'évolution des hydratides, vous devinez qu'ils réussissent fort peu. On a conseillé l'iodure de potassium à l'intérieur; mais cette substance compte tellement d'insuccès, que vous ne vous y attarderez pas. Vous pourrez avoir recours tout d'abord au traitement chirurgical le plus simple, celui qui sert chaque jour au médecin à aspirer un liquide anormal de l'organisme et à établir le diagnostic : c'est la ponction avec un trocart fin. Quelques heures avant la ponction, on administre parfois une dose assez élevée d'extrait thébaïque ou de morphine pour diminuer les contractions intestinales et, par suite, les causes d'irritation du péritoine.

Vous veillerez à ce que le malade n'ait pris aucun aliment le matin de l'opération, vous le ferez coucher sur le dos après avoir pris soin de l'entourer d'un bandage de corps. Après avoir fait saillir la tumeur, vous y enfoncerez le trocart jusqu'à ce que vous éprouviez cette sensation spéciale indiquant que vous avez pénétré dans une cavité. Vous opérerez comme si vous vouliez pratiquer une thoracentèse, avec cette différence, pourtant, c'est que vous viderez complètement la poche.

La ponction achevée, vous retirerez brusquement le trocart pour éviter l'entrée du liquide dans le péritoine; vous appuierez le doigt sur la plaie, puis vous y appliquerez une couche de collodion, et vous ramènerez les deux chefs du bandage de corps en avant pour immobiliser l'abdomen.

Après l'opération, vous éviterez de pratiquer la palpation. Dans plusieurs cas, on a vu au bout de quelques jours la tumeur réapparaître pour se résorber ensuite spontanément. Mais souvent une récidive se produit, du liquide se collecte de nouveau. M. Labbé a rapporté l'observation d'un malade atteint de kyste hydatique du foie qui, à la suite d'une ponction aspiratrice, parut guéri de cette affection pendant trois ans et qui présenta une récidive au-delà de cette époque.

Vous ne sauriez donc être trop réservé dans votre pronostic.

La ponction peut donner lieu à des accidents, dont quelques-uns sont analogues à ceux de la thoracentèse; ils reconnaissent probablement le même mécanisme. Dans le cas où le kyste fait saillie dans la cavité thoracique et comprime le poumon, on a vu survenir, après la ponction, de la congestion pulmonaire, une expectoration albumineuse ou sanguinolente; dans quelques cas, ces accidents se sont terminés par la mort.

Les ponctions déterminent assez souvent des manifestations cutanées qui semblent dues à l'introduction d'une petite quantité de liquide dans le péritoine; les plus fréquentes se présentent sous l'aspect de rash rubéoliformes et surtout d'urticaire; parfois c'est de l'herpès ou même du zona.

Si ces manifestations sont peu inquiétantes, il n'en est plus de même de certains troubles qui font penser à une inflammation de péritoine et qu'on désigne depuis Gubler sous le nom du péritonisme; ils consistent en nausées, vomissements, fièvre élevée ou hypothermie et semblent dus à une série d'actes reflexes ayant pour point de départ une irritation de la séreuse abdominale.

Enfin, vous ne devez jamais oublier que les ponctions exposent le malade à une *mort subite.*

Lorsqu'une première ponction détermine des accidents, le malade n'en présente plus ordinairement à une seconde intervention.

Il ne suffit pas toujours de vider un kyste pour le guérir; si celui-ci se reproduit, on a conseillé de pratiquer une nouvelle ponction, suivie d'une infection de liquides antiseptiques. On emploie dans ce but l'*eau naphtolée à 25 pour 1000;* dans ces conditions, le naphtol n'est pas dissous; mais il est en grains assez fins pour être entraîné dans le liquide du kyste sur la paroi duquel il se dépose. On se sert plus souvent de la liqueur de Van Swieten dont on injecte 100 grammes au maximum, puis on laisse le liquide s'écouler au dehors et on lave la poche à l'eau salée stérilisée. Toutes ces pré-

cautions ont pour but d'éviter les intoxications qui suivent trop souvent l'emploi des préparations mercurielles. Dans certains cas, le malade guérit. Mais si le kyste se reproduit, que fera-t-on? M. Dieulafoy conseille d'avoir recours à des ponctions fréquentes suivies d'injections; dans un cas, la guérison d'un kyste hydatique a pu être obtenue après trois cents injections. Mais actuellement, quand le liquide se reproduit rapidement, lorsqu'il prend une teinte louche et que l'examen bactériologique y révèle des globules de pus ou des bactéries, vous aurez recours à la cure radicale, c'est-à-dire à une méthode vraiment chirurgicale. Un procédé ancien, celui de Récamier, très discuté par les chirurgiens actuels, est encore employé par un grand nombre de médecins. Il consiste à appliquer un caustique, la potasse ou la pâte de Vienne, par exemple, au niveau du point où l'on veut opérer; il se produit une eschare, au fond de laquelle on met une autre parcelle de potasse. Ce n'est qu'au bout de huit à dix jours que l'eschare s'est agrandie suffisamment pour arriver au contact du kyste, qui se vide par le canal artificiel ainsi formé. Après avoir pratiqué des lavages antiseptiques dans la cavité kystique, quand les hydatides sont tuées, on fait cicatriser la poche. Mais ce procédé expose le malade à des douleurs vives, à la péritonite, à la suppuration du kyste et même à l'infection purulente. Les statistiques donnent une mortalité assez élevée, 12 pour cent environ.

Aujourd'hui deux méthodes sont en usage :

La première consiste à faire l'incision de la paroi abdominale jusqu'au niveau du kyste; on applique un pansement iodoformé dans la plaie; lorsqu'on suppose que des adhérences se sont faites, on ouvre le kyste. Dans un deuxième procédé, on fait d'abord la laparotomie, c'est-à-dire une incision médiane ou latérale de la paroi abdominale jusqu'au péritoine; on ouvre la séreuse, on explore le foie et, dès qu'on aperçoit le kyste, on le ponctionne à l'aide d'un trocart. Le temps difficile de l'opération consiste à attirer la tumeur à l'extérieur sans la rompre, pour suturer la poche hydatique avec la paroi. Ce procédé, qui expose à des fistules, est cependant assez bon, car il ne donne qu'une mortalité de 6 ou 7 pour 100; mais il est préférable, quand on le peut, d'enlever complètement le kyste et même un fragment du foie adjacent : cette méthode est surtout applicable aux kystes qui siègent sur le bord antérieur du foie.

Je n'ai fait qu'indiquer brièvement les diverses méthodes chirurgicales, et je n'ai pas la compétence pour vous décrire les modifications opératoires qui résultent du siège ou de la situation des tumeurs. Tout ce que je puis vous dire, d'après ce que j'ai vu, c'est que le traitement chirurgical tend à devenir la méthode de choix; aussi ferez-vous bien de ne pas vous attarder aux autres procédés; peut-être même de ne pas faire de ponctions opératrices; car les adhérences que provoque cette petite opération pourront gêner l'intervention ultérieure.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Expériences nouvelles sur la désinfection par la vapeur de formol. — La stérilisation de l'eau potable en campagne.

J'ai déjà parlé à deux reprises des propriétés désinfectantes du *formol*, ou formaldéhyde (1); mais ce produit a été l'objet de nouvelles recherches qui, tout en confirmant sa supériorité antiseptique, ont pour but de rendre son emploi plus facile et plus pratique. Les expériences ont été faites par MM. Bardet et Trillat et publiées par le premier de ces savants dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

Dans les essais dont nous avons rendu compte, M. Trillat s'était servi d'une grosse lampe à oxydation, remplie d'alcool méthylique dans lequel plongeait une large mèche. Les vapeurs d'alcools rencontraient sur leur passage une toile de platine préalablement rougie par allumage. On éteignait alors la flamme, et la chaleur restait suffisante pour entretenir, par l'oxydation de l'alcool, le platine au rouge sombre, d'où production immédiate d'aldéhyde formique. MM. Cambier et Brochet s'étaient également servis d'une lampe formogène dans les expériences dont ils ont rendu compte à l'Académie des Sciences en décembre 1894. Ils étaient parvenus à stériliser ainsi tous les germes contenus dans la salle où ils opéraient; mais cependant leurs résultats n'avaient pas eu le degré d'évidence et de certitude nécessaire pour entraîner une conviction absolue et, eux-mêmes, avaient fait des réserves.

C'est alors que M. Bardet reprit, avec M. Trillat, les expériences faites par ce dernier, en 1894, à l'hôpital Cochin, en se servant d'un appareil imaginé par son collaborateur, et basé sur le même principe, mais beaucoup plus puissant. C'est un cylindre de cuivre de 8 à 10 litres de capacité, plongeant dans un bain-marie formé lui-même d'un récipient en tôle et chauffé par une rampe de gaz placée au-dessous. Le cylindre de cuivre présente à sa partie supérieure un renflement autour duquel sont fixés des tubes également en cuivre, présentant à leur extrémité extérieure un orifice capillaire. Sur chacun de ces tubes glisse un cylindre qui contient la subs-

(1) Chroniques de l'hygiène, du 13 novembre 1894 (*Union médicale*, t. LXVIII, p. 652) et du 30 mars 1895 (*Union médicale*, 50e année, p. 149).

tance oxydante dans son intérieur. Un régulateur Bunsen permet l'accès de l'air dans ce cylindre.

Pour faire fonctionner l'appareil, on remplit le récipient aux trois quarts d'alcool méthylique, on élève l'eau du bain-marie à 72-74 degrés.

Les vapeurs d'alcool sortent par les orifices capillaires des tubes rayonnant, et entraînent mécaniquement l'air qui sort par les ouvertures du régulateur. On allume alors ce jet d'alcool, et quand il a brûlé quelques instants, on l'éteint, en ouvrant davantage le régulateur; mais il reste sur le système oxydant une incandescence due à l'oxydation des vapeurs d'alcool méthylique qui produisent le formol, et cette incandescence persiste tant qu'il sort des vapeurs d'alcool par les orifices.

Cet appareil consomme en moyenne un litre d'alcool par heure et peut, en fonctionnant pendant six heures, désinfecter un espace de 200 à 300 mètres cubes de capacité. L'alcool méthylique coûte 90 centimes le litre. Avec le prix du gaz consommé pour chauffer le bain-marie, on peut estimer à 3 francs la dépense nécessaire pour désinfecter 100 mètres cubes de capacité.

L'aldéhyde formique jouit d'une force de pénétration considérable; il imprègne les tentures, les matelas, les papiers à une profondeur considérable; mais il n'altère ni les tissus, ni les bois, ni les métaux. On peut entrer dans la pièce désinfectée et en ouvrir les fenêtres, après six heures de fonctionnement de l'appareil; mais le formol absorbé par les murs continue à se dégager, et il vaut mieux laisser un courant d'air établi pendant vingt-quatre heures dans l'appartement avant de l'occuper. Au bout de ce temps, toute trace d'odeur a disparu.

Pour s'assurer de la réalité de la désinfection, après l'emploi de l'appareil, M. Bardet ne s'est pas contenté, comme ses prédécesseurs, du procédé des cultures, il a eu recours aux inoculations sur les animaux. Après avoir fait préparer des cultures notoirement virulentes de *charbon* de *diphtérie*, de *staphylocoque*, etc., il les a inoculées à des cobayes qui sont tous morts, tandis que les animaux de même espèce qui ont reçu les cultures provenant des locaux désinfectés ont survécu. Les expériences ont été faites dans deux appartements : un plain pied de 210 mètres cubes de capacité, et un appartement en étages cubant 310 mètres. Dans le premier cas, l'appareil à produire le formol était placé dans le salon; dans le second, on l'avait mis au rez-de-chaussée, près de l'escalier. Ces résultats sont de nature à encourager de nouveaux essais.

— L'expédition de Madagascar a rappelé l'attention sur les dangers que fait courir la mauvaise qualité des eaux, dans les expéditions coloniales. Celle des rivières qu'on traverse en chemin est toujours chargée de matières organiques et de bactéries; celle des marigots est plus dangereuse encore et il est indispensable de les épurer avant de les laisser boire aux soldats.

Je ne passerai pas en revue tous les procédés de purification auxquels on a eu recours dans les armées, parce que la plupart d'entre eux sont inusités aujourd'hui. Parmi les filtres, les seuls qui soient employés maintenant sont les filtres Maignen, qui ont donné de bons résultats au Sénégal, au Tonkin, dans le Soudan, et dont les Anglais se sont bien trouvés en Egypte et dans l'Inde; les filtres *Creasé*, qui leur ont servi dans la campagne des Ashantis, et enfin les filtres Chamberland, qui ont été adoptés, dans ces dernières années, par les ministères de la Guerre et de la Marine, dont on a fait usage au Dahomey et sur lesquels on compte pour purifier l'eau pendant l'expédition de Madagascar.

Au Dahomey, les filtres Chamberland ont donné de bons résultats tant que les eaux ont été suffisamment claires ; mais, quand elles sont devenues bourbeuses, les pores des bougies s'obstruaient immédiatement; enfin, quand l'eau a manqué et que le supplice de la soif venait se joindre à tous les autres, lorsqu'on rencontrait une mare ou un ruisseau, les hommes s'y précipitaient avec une avidité telle qu'il eût été impossible de les faire attendre. Le transport de ces appareils est, du reste, souvent difficile dans les expéditions coloniales. C'est pour cela que, dans la campagne contre les Ashantis, les Anglais avaient donné à chaque soldat un petit filtre de poche, formé d'une pierre poreuse garnie d'un tube en caoutchouc terminé par un embout en buis. En plongeant la pierre dans l'eau et en aspirant, on buvait de l'eau à peu près claire; il est inutile de dire qu'elle n'était pas stérilisée. Or, c'est le but qu'on doit se proposer aujourd'hui.

On a renoncé à l'épuration chimique des eaux, à l'alun, qui a été tant de fois préconisé, et qui peut être très utile à l'occasion, au chlorure de chaux, conseillé par Moritz-Traube; l'anticalcaire proposé, en 1892, par le Dr Burlureaux (1), n'a pas encore fait ses preuves; aujourd'hui, le Dr Langlois, chef du laboratoire de physiologie à la Faculté de Médecine (2), conseille de recourir au permanganate de potasse, dont les propriétés antiseptiques sont bien connues. Rosenthal et W. Kuhn l'avaient déjà proposé à la commission du choléra de Berlin, comme agent purificateur de l'eau (3). Mlle Schipiloff, de

(1) Burlureaux : « Épuration de l'eau des boissons » (*Archives de médecine expérimentale*, 1892).

(2) Langlois : « La stérilisation de l'eau en campagne » (*Presse médicale*, numéro du 4 mai 1895, p. 168).

(3) Rosenthal : *Traité d'hygiène*, édition française, p. 414, 1890).

l'Université de Genève (1), a prouvé qu'il suffisait de 5 centigrammes de permanganate par litre pour rendre antiseptiques les eaux stagnantes. Après avoir relaté ces faits, M. Langlois fait remarquer que la stérilisation par le permanganate de potasse est facile et peu dispendieuse, que ce sel détruit non seulement les micro-organismes, mais les toxines et les poisons végétaux, et qu'on peut reconnaître la stérilisation de l'eau au simple aspect de la liqueur, qui conserve, tant qu'elle est pure, la couleur rose que lui donne le permanganate.

Il conseille de remettre à chaque soldat, au moment de l'entrée en campagne, une certaine quantité de ce sel, en y joignant une instruction très simple pour lui apprendre à s'en servir. Cette proposition est très rationnelle; je ne crois pas, toutefois, qu'elle soit agréée, d'une part parce qu'on hésite à augmenter le nombre des objets que le soldat doit porter avec lui, et, de l'autre, parce qu'on ne peut compter en rien sur sa prévoyance et sur son initiative personnelle. JULES ROCHARD.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

Traitement des hémorrhoïdes par la méthode dite américaine. — Plaie des veines.

C'est encore un nouveau traitement des hémorrhoïdes que nous allons décrire, et c'est une chose curieuse de voir, au moment où la méthode sanglante vient d'être remise en honneur, un chirurgien, et un des plus hardis — comme le professeur Roux (de Lausanne) — préconiser une thérapeutique qu'on pourrait appeler presque médicale.

Ce chirurgien a en effet adopté, comme les chirurgiens américains, la cure des tumeurs hémorrhoïdaires par l'injection, au sein de ces tumeurs, d'une injection de glycérine à 50 ou 80 %, après dilatation préalable de l'anus.

Voici comment opère le professeur Roux :

Le malade est placé dans la position de l'opération de la taille. Le médecin, introduisant ses deux pouces dans l'anus, le dilate graduellement et fait un *massage cadencé* jusqu'à ce que les deux doigts arrivent au contact des ischions. Immédiatement viennent faire saillie au maximum toutes les tumeurs hémorrhoïdaires. On injecte alors dans chaque tumeur, après l'avoir comprimée près de sa base, entre le pouce et l'index, deux gouttes de glycérine phéniquée. Ces injections sont pratiquées au moyen d'une seringue de Pravaz, dont l'aiguille est enfoncée à la base de l'hémorrhoïde, près de la marge de l'anus et non pas du côté de la muqueuse rectale, car du côté de la muqueuse il pourrait se produire une hémorhagie, d'ailleurs facile à arrêter, mais qu'il est cependant préférable d'éviter. Quelques secondes après l'injection, la tumeur se gonfle davantage, devient bleuâtre et n'a plus de tendance à la réduction spontanée, laquelle n'est d'ailleurs pas à désirer. On termine par l'introduction, dans le rectum, de la moitié d'un tampon de gaze iodoformée en forme de sablier, enduit de vaseline boriquée, tampon dont l'autre chef recouvre le paquet hémorrhoïdaire. On termine par l'application d'un pansement.

Les suites opératoires sont des plus simples. A peine de douleur et une réaction pour ainsi dire nulle; même pas chez l'homme cette rétention d'urine qu'on observe avec les autres procédés. M. Roux ne constipe pas ses opérés; mais pour faciliter la première garde-robe, il fait injecter dans le rectum quelques grammes d'huile de ricin, au moment même où le besoin de déféquer se fait sentir.

Les résultats de l'injection se manifestent par une induration des hémorrhoïdes, qui ressemblent à des noisettes et qui ne sont, du reste, nullement douloureuses. En ville, on peut, avec quelques précautions, faire lever les malades le troisième jour, et la guérison s'effectue rapidement et sans incidents.

Ce qu'il y aurait de particulièrement avantageux dans cette manière de faire, c'est qu'elle exposerait moins aux réactions que la méthode sanglante elle-même. M. Roux a pu revoir des malades plusieurs années après l'opération et les a trouvés radicalement guéris, portant à la place de leurs hémorrhoïdes des plis cutanés ressemblant à des condylomes.

Après tout, ce n'est là qu'une méthode mixte, participant de la dilatation et de l'injection interstitielle. Comme on le sait, la dilatation, à elle seule, donne souvent des succès complets, et c'est peut-être à elle qu'il faut attribuer tous les bénéfices obtenus par les malades soumis au traitement par la méthode américaine.

Citons maintenant, d'après le *Lyon médical*, un cas de *plaie latérale de la veine fémorale traitée par la forcipressure latérale*, suivie de guérison.

Il s'agit d'un fragment d'obus ayant intéressé ce gros vaisseau et donnant lieu à une hémorragie assez importante.

Cette question du traitement des plaies des veines est à l'heure actuelle à l'ordre du jour. On sait que depuis quelques années on a préconisé la suture qui, faite avec soin et de petits fils, réussit parfaitement; il en a été donné de nombreux exemples, et Ricard a même cité dernièrement, à la Société de Chirurgie, l'exemple d'une blessure du tronc brachiocéphalique guérie par une suture faite avec des points de Lembert, comme pour le péritoine. Mais tous les chirurgiens ne sont pas de cet avis et certains pensent qu'il est

(1) Mlle SCHIPILOFF : « Stérilisation de l'eau par le permanganate de potasse » (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1892).

plus sûr de pratiquer, dans tous les cas, la ligature du vaisseau, qui arrête plus sûrement l'hémorragie.

On sait que sous le couvert de l'antisepsie, cette ligature totale est sans danger et même, quand elle s'adresse à de gros vaisseaux comme la veine fémorale, n'est pas susceptible de donner lieu à la formation d'un caillot. La circulation collatérale se rétablit petit à petit et n'entraîne plus la gangrène, si fréquente autrefois lorsque les plaies étaient infectées. Quoi qu'il en soit, il nous paraît logique et rationnel de tenter d'abord l'occlusion latérale de la veine avant de recourir au moyen le plus radical, la ligature; mais, dans certains cas, la suture est délicate, difficile, presque impossible même dans les plaies par armes à feu, où les lèvres de la solution de continuité sont contusionnées, et il est intéressant de voir que l'application d'une pince à forcipressure peut remplacer la suture et donner une guérison, tout en conservant une voie à la circulation de retour, voie rétrécie, certainement, mais si peu que dans l'observation à laquelle nous faisons allusion, l'œdème a été passager et de peu d'importance.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Contribution à l'étude clinique des phénomènes bulbaires dans la syringomyélie, par LAMARQ. (*Revue de Médecine*, avril 1895).

Les phénomènes bulbaires de la syringomyélie sont d'une certaine fréquence. Sur 6 malades observés par Lamarq dans le service de Pitres, deux ont succombé à des accidents d'origine bulbaire.

Les phénomènes bulbaires se manifestent, du côté de la face, par des anesthésies du trijumeau, des troubles trophiques et sécrétoires; sur les voies digestives, par des troubles de la sensibilité de la langue et par l'atrophie de cet organe, par l'anesthésie et la paralysie du voile du palais, par des vomissements. Les troubles de la déglutition existent quelquefois.

Le larynx peut être atteint d'anesthésie, de paralysie de ses muscles et de troubles trophiques. La dyspnée, qui peut amener l'asphyxie, est due à l'atteinte des noyaux du pneumogastrique ou à la paralysie du phrénique.

La lésion des noyaux d'angine des nerfs pneumogastriques est encore la cause de phénomènes cardiaques, de l'accélération du pouls.

Les troubles du goût, de l'odorat, de la vision, de polyurie, figurent encore parmi les phénomènes bulbaires de la syringomyélie.

En raison de leur importance, les troubles bulbaires doivent être recherchés avec soin. Un des premiers symptômes qui annoncent l'invasion du bulbe, est l'anesthésie dans le domaine du trijumeau.

Il faut savoir que les accidents bulbaires peuvent présenter des rémissions très longues et même disparaître complètement.

Les infections pneumococciques dans l'érysipèle, par ROGER. (*Revue de Médecine*, avril 1895.)

Dans un certain nombre de cas, les complications viscérales survenant dans le cours d'un érysipèle ne dépendent pas de l'infection primitive; elles sont causées par une infection secondaire. C'est ainsi que chez 10 érysipélateux, Roger a observé des accidents dus au pneumocoque. Dans 6 cas, il s'est agi de manifestations pulmonaires; une fois, le poumon et le péritoine furent envahis simultanément; dans 3 cas, la localisation s'est faite sur les méninges. Ces infections pneumococciques survenant dans l'érysipèle, présentent quelques particularités intéressantes. La pneumonie a une évolution irrégulière, généralement rapide et fatale. Les lésions sont celles de la splénisation et non de l'hépatisation.

Au point de vue de la pathogénie des infections pneumococciques secondaires survenant dans le cours de l'érysipèle, Roger ne croit pas qu'on puisse invoquer une contagion ou une infection dans les salles d'hôpital. Il pense qu'il s'agit probablement d'une auto-infection : l'érysipèle permet au pneumocoque, qui habite si fréquemment les bronches, d'envahir l'organisme débilité par une maladie antérieure.

Un nouveau traitement du diabète, par LÉPINE. (*Semaine médicale*, 24 avril 1895.)

Lépine a traité quatre diabétiques en leur faisant ingérer quotidiennement un litre de la solution du ferment glycolytique, qu'il prépare en hydratant la diastase de malt. Sous l'influence de ce traitement, le chiffre du sucre a baissé, mais dans de faibles proportions. Chez une première malade, la quantité du sucre a baissé de 100 grammes à 70 dans les vingt-quatre heures; dans le second cas, de 41 à 11; dans le troisième, de 116 à 80; dans le quatrième, de 257 à 124.

Lépine fait remarquer que l'ingestion du ferment est absolument innocente et nullement désagréable. Le ferment n'est pas diurétique et n'amène pas de troubles digestifs appréciables.

Note sur les causes de la dysenterie, par GOSSER (*Archives de médecine expérimentale*, mars 1895.)

Gosser a examiné les selles d'un grand nombre de malades atteints d'affections dysentériques. Dans soixante-quatre cas sur cent cinquante-trois, il a trouvé des amibes en quantité plus ou moins grande. Il est vrai que la même recherche opérée sur

les selles d'individus sains a fait constater la présence des mêmes amibes dans 4 cas sur 20. Les amibes seraient donc seulement plus fréquemment observés dans la dysenterie que dans l'intestin normal.

Contribution à l'étude de la glycosurie alimentaire (Glycosurie alimentaire chez l'homme bien portant), par Linossier et Roque. (*Archives de médecine expérimentale*, mars 1895.)

De nombreuses observations contradictoires ont démontré que le signe de Colrat (la glycosurie consécutive à l'ingestion de sucre) ne devait pas être interprété comme un signe absolu d'obstruction de la veine-porte ou de dégénérescence des cellules hépatiques.

La glycosurie alimentaire doit être considérée non comme un phénomène anormal, mais comme l'exagération d'un phénomène physiologique.

Linossier et Roque ont fait des recherches chez dix-neuf sujets indemnes de toute affection hépatique et ils ont trouvé que, après ingestion de saccharose, la saccharosurie se produisait :

Avec	50	grammes	de sucre	dans	29 % des cas
—	100	—	—		39 —
—	200	—	—		74 —
—	350	—	—		100 —

La glycosurie est moins fréquente :

Avec	50	grammes	de sucre	dans	11 % des cas
—	200	—	—		29 —

L'élimination nulle pendant la première heure a son maximum de une heure à quatre heures après l'ingestion. Après ingestion de 100 grammes de sucre, les quantités maxima qui ont été dosées dans l'urine ont été de 2 gr. 4 pour la saccharose, de 0,94 pour le glucose et de 0,69 pour le lactose.

Sur la désinfection par la production sur place de vapeurs d'aldéhyde formique, par Bardet. (*Bull. gén. de Thérapeutique*, 15 mai 1895.)

La désinfection absolue, démontrée scientifiquement, est considérée comme difficilement réalisable ; aussi tous les nouveaux procédés sur la désinfection des appartements et des objets mobiliers doivent-ils être étudiés avec intérêt. A ce point de vue, le nouveau procédé de désinfection expérimenté par Bardet mérite d'être généralisé. Bardet a étudié l'action désinfectante des vapeurs d'aldéhyde formique, produites dans un grand appareil imaginé par M. Trillat. Cet appareil est capable de transformer en une heure un litre d'alcool méthylique en aldéhyde formique. Les vapeurs d'aldéhyde formique, ainsi produites, peuvent amener avec certitude la désinfection d'un local de trois cents mètres cubes dans l'espace de six heures. D'après les expériences de Bardet, la désinfection obtenue à l'aide de ces vapeurs est absolue. Autre avantage de ce procédé de désinfection : les vapeurs d'aldéhyde formique n'ont aucune action fâcheuse sur les objets mobiliers ; une aération de quelques heures suffit pour les dissiper.

Exanthème causé par la digitale, par Friedheim. (*Deutsche Med. Wochens. Chrift*, 1895.)

Les exanthèmes causés par la digitale sont très rares. Il n'en existe qu'un très petit nombre d'observations. A ce point de vue, le fait observé par Friedheim est très intéressant : Il concerne un malade qui, après avoir pris pendant une semaine trois cuillères à thé par jour d'un mélange de teinture de digitale et de trois parties de teinture de valériane, eut sur le dos, les côtés du thorax et le ventre, une éruption formée de papules d'un rouge mat, disposées par groupes. Chacun des groupes était entouré d'une auréole rouge. En même temps, il se développa une furonculose intense. L'exanthème se dissipa au bout de quinze jours.

La leucocytose alimentaire dans l'ulcère rond et le carcinome de l'estomac, par Schneyer. (*Zeitsch. f. Klin. Med.* t. 5 et 6.)

La digestion a pour effet d'augmenter passagèrement le nombre des globules blancs du sang. Cette augmentation passagère ferait défaut chez les malades atteints de cancer de l'estomac. Schneyer l'a vu manquer dans tous les cas de cancer de l'estomac où il l'a recherchée (dans dix-sept cas). Par contre, il a vu qu'elle existait dans les rétrécissements du pylore, non cancéreux, et dans l'ulcère simple de l'estomac. Il y a donc dans l'absence d'augmentation temporaire des leucocytes après les repas, un signe qui peut être utilisé pour le diagnostic de cancer de l'estomac.

Syphilis scléro-gommeuse du pancréas, par Schlagenhaufer. (*Archiv. f. Perm. und syphil.*, 1895, n° 1.)

Le cas de syphilis scléro-gommeuse du pancréas, observé et publié par Schlagenhaufer, est vraisemblablement unique dans la science. Il s'agit d'un homme ayant succombé, dans le service de Neisser, à une pneumonie lobulaire. Cet homme, qui présentait en même temps de la paralysie du voile du palais, était atteint de syphilis. A l'autopsie, on trouva des lésions du foie, manifestement syphilitiques, et des lésions scléro-gommeuses des testicules. Il existait, de plus, une lésion fort importante du pancréas. La tête de cette glande était extrêmement dure. La sclérose avait envahi tous les tissus : le tissu conjonctif proliféré et induré s'était substitué à tous les éléments de l'ozone. Enfin, la partie moyenne du pancréas présentait une zone de ramollissement de la dimension d'une noisette. Cette zone ramollie fut reconnue, au microscope, correspondre à une gomme.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mai 1895

Les huitres, on le sait, sont extrêmement riches en brome, en iode et en fluor. Elles renferment aussi, ainsi que l'établit M. Chatin, une grande quantité de phosphore à l'état de combinaison organique, par conséquent assimilable. Les huitres portugaises sont les plus riches de toutes en phosphore.

Le fer se trouve, en outre, en assez forte proportion dans ces mollusques : un grand nombre d'infusoires dont ils se nourrissent étant eux-mêmes très riches en fer. Tous les aliments qui nous viennent de la mer sont d'ailleurs, ainsi que le rappelle M. Gautier, très riches en phosphore à l'état organique : la chair des poissons, l'huile de foie de morue en contiennent de grandes quantités.

Il n'est pas inutile, au point de vue thérapeutique, de connaître la composition des huitres. M. Le Roy de Méricourt a indiqué, en effet, depuis longtemps, les services que rend l'ingestion de ces mollusques dans les cas de diarrhée chronique des pays chauds.

— M. Le Dentu lit ensuite un rapport sur un travail de M. Quénu, ayant trait à l'extirpation de deux anévrysmes volumineux dont était porteur un homme de trente-six ans, syphilitique et alcoolique. L'un des anévrysmes siégeait sur l'artère iliaque externe droite, l'autre sur la fémorale primitive gauche. L'intervention fut suivie d'un plein succès, et le malade, qui est clown, a pu reprendre ses exercices.

Comme le soutiennent M. Quénu et M. Delbet, l'extirpation des anévrysmes semble donc la méthode de choix non seulement pour les anévrysmes des membres, mais même pour ceux des troncs plus volumineux, tels que l'artère iliaque externe.

— On sait avec quelle énergie sont attaquées, soit en France, soit à l'étranger, toutes les propositions, toutes les tentatives pour réglementer la prostitution. En Angleterre, ces attaques réitérées ont abouti, il y a déjà longtemps, à l'abolition des *contagious diseases Acts*, qui avaient eu pourtant, pour résultat évident, un abaissement considérable dans le chiffre des syphilis contractées par les soldats anglais. En France, les quelques mesures qui sont encore en vigueur contre la prostitution non réglementée, soulèvent des protestations nombreuses et énergiques. Aussi estimons-nous que les travaux du genre de celui que M. Commenge vient de lire à l'Académie, ont une importance et une utilité incontestables, car ils montrent qu'il y a un véritable intérêt social à lutter contre la diffusion de la syphilis. Il suffit, en effet, pour s'en convaincre, de prendre les chiffres donnés par M. Commenge.

Les documents fournis en Angleterre par le ministère de la Guerre, dit-il, ont montré la gravité de la situation; en 1892, sur 196,336 soldats, 52,155 (c'est-à-dire plus du quart de l'armée anglaise), sont entrés dans les hôpitaux pour maladies vénériennes La plupart des médecins pensent avec raison que ce développement extraordinaire des maladies vénériennes tient à l'abolition des *contagious diseases Acts;* et M. Graham Balfour, qui a été pendant longtemps opposé à la réglementation de la prostitution, partage lui-même cette opinion.

Il est intéressant de comparer ce qui se passe actuellement en Angleterre, où la prostitution est libre, avec ce qui se passe en France, où quelques mesures sont heureusement encore en vigueur.

En 1875, où on a constaté le chiffre le plus élevé des maladies vénériennes dans l'armée française, ce chiffre a été de 74,9 pour 1,000 hommes. A la même époque, en Angleterre, la proportion était de 139,4 pour 1,000. Le chiffre le plus élevé du tableau de l'armée anglaise se rapporte à l'année 1885; il est de 274,4 pour 1,000. Dans l'armée française, en 1885, la proportion n'était que de 52,1 pour 1,000.

Si on examine ces tableaux au point de vue des accidents syphilitiques, on constate les résultats suivants : dans l'armée française la proportion la plus élevée des hommes atteints d'accidents syphilitiques se trouve en 1875; elle a été de 11,3 pour 1,000 hommes. Dans l'armée anglaise, durant la même année, cette proportion s'élevait à 28,8 pour 1,000, et elle a atteint 46,6 pour 1,000 en 1887, où le nombre des soldats anglais atteints d'accidents syphilitiques a été le plus fort; en France, en 1887, le chiffre n'était que de 8,9 pour 1,000.

M. Commenge a étudié, en outre, l'état sanitaire de l'armée russe, où les maladies vénériennes sont à peu près aussi nombreuses que dans l'armée française, sauf la syphilis qui y est un peu plus fréquente. La prostitution, il est inutile de le dire, est réglementée en Russie.

Le nombre des soldats atteints de maladies vénériennes a été pour 1,000 hommes :

	Angleterre	France	Russie
	—	—	—
1889.....	217,1	45,8	40,7
1890.....	212,4	43,8	43
1891.....	197,1	43,7	41,5
1892.....	201,1	44	44,6

Le nombre des soldats syphilitiques a été :

	Angleterre	France	Russie
	—	—	—
1889.....	35,7	9,1	12,9
1890.....	37,3	9,1	13,4
1891.....	32,2	8,9	12,2
1892.....	33,8	9,2	13,7

M. Commenge a porté aussi ses investigations sur ce qui se passe dans les différents corps de l'armée française; il a trouvé des différences notables dans le nombre des soldats atteints de maladies vénériennes, suivant qu'ils sont en garnison dans des localités où la prostitution clandestine est plus ou moins développée. Les corps d'armée du Midi et de l'Algérie, celui du Gouvernement militaire de Paris et le 3e corps sont ceux où le nombre des soldats malades est le plus grand.

De tous ces faits et de tous les chiffres que fournit M. Commenge dans son travail fort détaillé et fort intéressant, on peut tirer avec lui les conclusions suivantes :

1° Les maladies vénériennes sont de beaucoup plus nombreuses dans les pays où existe la liberté de la prostitution que dans les pays où la réglementation est conservée;

2° La réglementation de la prostitution a pour résultat d'atténuer le développement des maladies vénériennes et d'en enrayer la marche ascendante;

3° Les résultats constatés sont conformes aux résolutions votées par l'Académie de Médecine en 1888, lorsqu'elle a appelé l'attention de l'autorité sur les dangers de la prostitution et sur les mesures à prendre pour sauvegarder la santé publique.

— Au cours de la séance, M. Hervieux a lu un intéressant travail historique sur la *variolisation*.

ÉLECTION D'UN MEMBRE CORRESPONDANT NATIONAL
Médecine vétérinaire

Ont obtenu :

MM.	Cornevin (de Lyon)	33 voix.	ÉLU.
	Laulanié (de Toulouse).....	24 —	
	Neumann (de Toulouse)	1 —	
	Bulletins blancs.....	2 —	

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Les deux discussions pendantes, *l'hystérectomie totale par la voie abdominale* et *l'anesthésie par l'éther*, ont été reprises mercredi dernier. Occupons-nous d'abord de la première, au sujet de laquelle M. SCHWARTZ monte à la tribune. Il retrace d'abord le procédé de M. Richelot, point de départ de la discussion, et le trouve excellent quand il est réalisable. Pour le chirurgien de Cochin, la chose paraît difficile quand la tumeur a envahi les ligaments larges. Comment alors limiter les ligaments larges de façon à les pincer, après avoir percé les culs-de-sac, manœuvre encore difficile quand le petit bassin est rempli par le fibrôme? Enfin, il ne doit pas être aisé, d'après M. Schwartz, de passer les pinces longues qui doivent saisir les ligaments, à travers un vagin étroit. Le procédé de M. Richelot est donc un procédé de choix qu'il essaiera, mais à côté de lui, il est utile d'en avoir d'autres et, pour sa part. il s'est très bien trouvé de celui qui consiste à pincer les ligaments larges, à pédiculiser le fibrôme pour enlever la masse qui gêne et, ensuite, à extirper par le ventre le moignon ainsi formé, en liant, dans un second temps, la base des ligaments larges et en sectionnant le vagin sur une pince qui fait saillir les culs-de-sac.

Quatre fois il a opéré de cette façon, avec trois succès, et son unique mort ne peut pas être mise sur le compte du procédé, car l'autopsie montra chez la malade un cancer du pancréas et de la rate.

M. SEGOND, lui, ne fera pas de réserves. Le procédé de M. Richelot l'a complètement séduit. Il le trouve parfait et original. Quant à ce qui est de la question de priorité, peu importe cette recherche de la paternité, toujours si difficile. Ce qu'il y a de certain, c'est que M. Richelot a cherché et a trouvé le moyen de réaliser par l'abdomen ce qu'on obtenait par le vagin. Lui aussi, M. Segond, avait, en 1888 et en 1892, fait un essai analogue, mais sans arriver à la solution exacte qu'a obtenu M. Richelot.

Il ne fera qu'une remarque, et elle ne portera que sur un mot, sur le mot *définitif*. Est-il possible que ce nouveau procédé s'applique à tous les cas? Il ne le pense pas; il peut y avoir des cas, rares peut-être, mais qui ne permettent pas son application, et alors on est heureux d'avoir plusieurs méthodes à sa disposition.

Engageons-nous maintenant dans le résumé de la discussion de *l'anesthésie par l'éther*. L'éther n'est-il plus le même qu'autrefois? S'est-il amélioré quand le chloroforme, au contraire, n'aurait fait que devenir de plus en plus mauvais? C'est ce qu'on se demande quand on voit reprendre des débats semblables à ceux qui existaient jadis entre les écoles de Paris et de Lyon. Toujours est-il que, mercredi dernier, l'éther a triomphé à la Société de Chirurgie.

M. MONOD apporte d'abord à la tribune sa pratique d'une année. Il a essayé l'éther après un désastre par le chloroforme, et parce qu'il avait un interne très au courant de ce mode d'anesthésie. Ceci a une grande importance, car le mode d'administration de cet agent est capital. Il faut en effet commencer par donner l'éther à doses massives ; peu importe l'appareil pourvu qu'il prenne la bouche et le nez. Pour sa part, M. Monod se sert du masque de Julliard modifié par Chalot.

Comment se comporte l'anesthésie? C'est ce que va nous dire l'orateur, d'après un relevé de 241 cas faits par son interne M. Blocq. L'agitation est assez grande; elle a même été violente dans 50 cas. Le temps qu'on met à endormir le malade est très variable, mais a été en moyenne de cinq minutes et demie. Les mucosités qui se forment dans le pharynx sont très abondantes; il faut même quelquefois les enlever, et M. Monod s'est même vu dans la nécessité, chez certain malade, de remplacer l'éther par le chloroforme. La quantité de l'agent anesthésique employé varie de 60 à 500 grammes pour une opération de une heure et demie: mais les vomissements seraient moins fréquents; le réveil serait plus prompt et plus facile; il y aurait moins de shock. Quant au danger de l'embrasement; il n'est pas bien sérieux, car il a administré l'éther dans sa salle d'opération où il y a toujours du gaz allumé, et cela sans le moindre inconvénient. M. Monod termine en disant qu'il pense que l'éther est moins dangereux que le chloroforme, quoiqu'il ait eu un cas de mort par l'éther, mais qui serait arrivé aussi bien avec tout autre agent anesthésique. Mais il estime aussi qu'au point de vue de l'acte opératoire, le chloroforme donne un sommeil beaucoup plus calme et est plus agréable.

M. SEGOND s'est aussi rallié à l'éther et lui trouve des avantages manifestes sur le chloroforme. C'est du moins les constatations qu'il a pu faire dans quatre-vingt-dix applications de cet agent diasthésique, pour de grosses interventions, soit entre autres 26 hystérectomies et 26 laparotomies. L'anesthésie est parfaite et rapide, puisqu'on l'obtient en quatre ou cinq minutes. De plus, les vomissements sont moins fréquents. L'éther, sans avoir cependant toutes les qualités que lui prêtait M. Ollier dans la dernière séance, a des avantages incontestables.

C'est aussi l'avis de M. FORGUE (de Montpellier), qui présente un appareil pour l'administrer. C'est aussi l'avis de M. MICHAUX qui, lui, cadre sur un millier d'éthérisations sans grave alerte. Il a toutefois remarqué que l'éther était susceptible de déterminer des bronchites intenses, ce qui est un sérieux inconvénient. M. Michaux ne partage pas l'avis de M. Monod sur les qualités qui doivent être requises par celui qui donne l'éther. Il confie l'anesthésie à n'importe lequel de ses élèves, et n'a jamais eu d'accidents.

L'éloge de l'éther sort aussi de la bouche de M. RECLUS, qui donne cet anesthésique d'une façon suivie, depuis le commencement de l'année. Ses élèves ne seraient peut-être pas encore très au courant de son administration, car il a employé des doses considérables d'éther pour obtenir le sommeil, soit 320 grammes en moyenne par opéré. Les variations individuelles sont, du reste, extraordinaires pour ce qui est du temps nécessaire pour amener l'anesthésie. Cette durée varie de une minute à quinze. M. Reclus, comme ses collègues, a observé des ronchus, une salivation abondante, a eu, lui, des vomissements assez nombreux, mais *pas prolongés*; enfin, quoiqu'il ait eu deux morts par l'éther dans le service de Gosselin, il croit à l'innocuité de cet agent. Toutefois, il fait craindre les complications broncho-pulmonaires et ne pas le donner quand on a constaté de la bronchite. On a parlé de la rapidité du réveil avec l'éther; cependant, dans trois cas, M. Reclus a été obligé d'attendre ce réveil une heure et un quart, une heure vingt et même une heure et demie.

M. RICARD est aussi partisan de l'éther et, pendant les remplacements des vacances, a été frappé de la sécurité que l'opérateur avait avec cet agent, comparée aux craintes

que donne continuellement le chloroforme; mais lui aussi a failli perdre deux malades de bronchite capillaire, et il préfère employer le chloroforme quand il existe des complications du côté du poumon. Enfin, M. Bazy fait observer qu'on peut avoir des accidents pulmonaires avec le chloroforme, et M. Routier pense que pour l'éther comme pour le chloroforme, il y a une différence capitale entre l'agent administré par un praticien qui en a l'habitude et le même anesthésique donné par n'importe qui.

Au début de la séance, M. le Secrétaire général a lu une lettre de M. Reboul (de Nimes) contenant l'observation d'une cholecystite suppurée prise pour une affection du rein, ouverte par la voie lombaire. Il put extraire six calculs, sonder le cholédoque qui était perméable, et la malade guérit.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 mai 1895

Il y a souvent, au cours de la cirrhose hypertrophique bilaire, des périodes plus ou moins longues de rémission, suivies de poussées aiguës plus ou moins intenses. Chez un malade que M. Hanot présente à la Société, le contraste entre les périodes de rémission et les poussées aiguës est particulièrement remarquable. Cet homme, âgé de trente-deux ans, n'est ni syphilitique, ni alcoolique, ni paludéen. La cirrhose hypertrophique a débuté chez lui il y a trois ans; actuellement son foie est énorme et sa rate est réellement gigantesque; il n'a pas d'ascite ni de circulation collatérale; il présente une leucocytose permanente (12,000 globules blancs); en outre, son appétit est très exagéré : c'est une véritable boulimie.

Quant à l'ictère, il est actuellement, comme pendant toutes les périodes de rémission, extrêmement léger. Les forces sont conservées; au premier aspect, cet homme semble en parfait état, et l'on ne soupçonnerait certainement pas qu'il est atteint d'une cirrhose hypertrophique ayant produit une énorme hypertrophie du foie et de la rate. Il n'y a pas de pigments bilaires dans les urines.

Dans les poussées aiguës, au contraire, les phénomènes morbides prennent chez lui une intensité effrayante : l'ictère est très foncé; la température s'élève à 40°-41°; des poussées de congestion pulmonaire se produisent; dans une de ces dernières crises, il y a même eu de l'endocardite infectieuse.

M. Hanot a observé, chez un autre malade également atteint de cirrhose hypertrophique bilaire, ces longues périodes de calme interrompues par des poussées assez violentes pour simuler l'ictère grave.

M. Hanot emploie, comme traitement, le calomel à doses faibles et réfractées, et le sulfate de quinine.

On a publié en Russie un certain nombre de cas de guérison; mais s'agissait-il bien de cirrhose hypertrophique?

Un point important de la communication de M. Hanot, est celui qui a trait à l'absence de pigments bilaires dans l'urine de ses deux malades au moment des périodes de rémission. On y trouve, par contre, de l'uro-biline. Faut-il attribuer à celle-ci, comme l'ont fait plusieurs auteurs, et comme on serait tenté de le faire dans le cas de M. Hanot, le pouvoir de colorer les téguments, de produire une sorte d'ictère uro-bilinique? M. Hayem ne le pense pas, pour cette raison que l'uro-biline n'a pas de pouvoir tinctorial. S'il y a de l'ictère, c'est que le sérum sanguin contient des pigments bilaires. Il est facile de s'en rendre compte par l'examen chimique et spectroscopique d'une petite quantité de sérum, obtenu par la piqûre à la lancette, du doigt des malades, suivant le procédé employé par M. Hayem.

Dans ces cas, si l'on ne trouve pas de pigments biliaires dans l'urine, c'est qu'ils ont été modifiés avant d'être éliminés.

— On ne discute plus aujourd'hui les bons effets des bains froids dans les maladies infectieuses aiguës hyperpyrétiques. M. Comby en a obtenu d'excellents résultats dans la pneumonie des enfants. Sans doute la durée de l'affection n'est pas abrégée, son évolution reste aussi longue; mais les bains froids, entre 20 et 25°, suivant l'âge et suivant les cas, modifient et amendent certains symptômes de haute gravité; ils abaissent la température mieux que tous les antipyrétiques chimiques et n'ont pas leurs inconvénients; ils ralentissent le pouls et la respiration, procurent enfin un soulagement considérable pendant deux ou trois heures, durant lesquelles l'enfant semble réellement amélioré; ils permettent, par leur répétition, de prolonger cet état de sédation et contribuent ainsi à la guérison.

On peut même, avec M. Sevestre, aller plus loin que M. Comby et penser que le bain froid abrège, dans bien des cas, la durée de la pneumonie. M. Sevestre a souvent observé la défervescence, au cinquième jour, chez des enfants traités par les bains froids.

A Aubervilliers, M. Siredey et M. Le Gendre ont employé cette méthode, et avec de très beaux résultats, dans les broncho-pneumonies consécutives aux fièvres éruptives.

— M. Mathieu, qui a signalé déjà à la Société les accidents vésicaux que peut provoquer l'emploi des alcalins à hautes doses, rapporte un nouveau cas de cystite qui lui est communiqué par un médecin chez lequel elle s'est produite après l'absorption de fortes doses de bicarbonate de soude. Ayant lu les faits rapportés par M. Mathieu, ce médecin, qui ne savait à quoi attribuer ces accidents vésicaux, cessa immédiatement la médication alcaline. Quarante huit heures après, les accidents avaient complètement disparu.

— A la fin de la séance, M. Sevestre présente un rapport sur un travail de M. Bézard (de Tours) sur la sérumthérapie dans la diphtérie.

H. Richardière et Fournier.

LES LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie de Pierre Franco, de Turriers en Provence, composée en 1561, nouvelle édition avec une Introduction historique, une Bibliographie et l'*Histoire du Collège de Chirurgie*, par le Dr E. Nicaise, membre de l'Académie de Médecine, professeur agrégé et chirurgien de l'hôpital Laënnec. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 1895.

Comme on le voit par ce titre, M. Nicaise vient d'enrichir la littérature médicale française d'un beau volume que nous inscrivons sous la rubrique de « Livres nouveaux », quoiqu'il s'agisse d'un ouvrage composé en 1561, mais l'auteur ne s'est pas borné à donner une nouvelle édition de la chirurgie de Pierre Franco, il l'a annotée, a fait des recherches très intéressantes sur son auteur et a composé, à l'aide de documents épars, l'Histoire du Collège de chirurgie, si curieuse et si intéressante.

Il existe peu de figures, il n'en existe peut-être pas d'aussi curieuse que celle du chirurgien Franco qui, malgré les nombreux changements de résidence que sa destinée lui imposa, inventa ou améliora un si grand nombre d'opérations. Quand on songe qu'il pratiquait la cure radicale de la hernie étranglée, que nous avons repris seu-

lement depuis quelques années; qu'il créa de toutes pièces la taille sus-pubienne, intervention qui est encore devenue courante dans ces derniers temps, sans compter le cathétérisme par le tour de Maître, la taille périnéale sur conducteur, les cataractes, qu'il pratiquait par centaines, le bec de lièvre, etc... Il a même droit, ce grand chirurgien de Provence, à la reconnaissance des accoucheurs, car il remit en honneur la version podalique, tombée complètement dans l'oubli; il inventa même un forceps. On est véritablement étonné de l'ingéniosité d'un pareil cerveau, et c'est faire une œuvre généreuse et utile que de le remettre en mémoire comme vient de le faire M. Nicaise, qui ajoute à l'étude des Mondeville, des Guy de Chauliac, des Ambroise Paré, celle de Franco, un des plus grands parmi les fondateurs de la chirurgie française.

Nous avons dit qu'avant de retracer l'ouvrage de Franco, M. Nicaise avait écrit en tête de son nouveau volume une Histoire du fameux Collège de Chirurgie, du *Collège de Saint-Come*, dont l'origine commence à saint Louis et qui vécut jusqu'en 1893.

Tout est à lire dans ces pages qui, s'appuyant sur de nombreux documents, vous font repasser par toutes les étapes qu'a franchies l'art chirurgical. Ce sont des moments agréables et qui délassent de la pratique, que ceux où on lit une histoire bien faite de ceux qui ont été les instituteurs et les précurseurs de la chirurgie française, surtout, quand à côté du récit se trouvent des pièces justificatives et des reproductions de belles figures du temps. Aussi ne pouvons-nous que remercier M. Nicaise de nous avoir donné une réédition de la chirurgie de Pierre Franco de Turriers. C'était une œuvre large et délicate, à laquelle avait songé le professeur Verneuil et qui, à cause de ses nombreuses occupations, ne pouvant la réaliser, l'avait confiée à M. Nicaise; elle ne pouvait être mise en de meilleures mains. E. R.

Traité des tumeurs de la vessie (tumeurs intra-vésicales et para-vésicales), par le Dr Clado, chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu, ancien chef du laboratoire de la Faculté et chef de clinique à l'Hôtel-Dieu. Préface par le professeur S. Dulay. — Société d'études scientifiques. Paris, 1895.

Nous venons de recevoir l'ouvrage de notre ami Clado, et, comme le professeur Duplay le fait ressortir dans sa préface, c'est le plus complet qui existe aujourd'hui sur la matière. Le Dr Clado, dont on connaît les importants travaux en bactériologie et en chirurgie urinaires, n'a cessé d'en préparer la publication depuis que son Mémoire sur les *Tumeurs de la vessie*, écrit à Necker, sous l'inspiration du professeur Guyon, avait été couronné au prix Civiale.

Mettant à profit sa pratique chirurgicale, ses recherches expérimentales personnelles, ainsi que les travaux parus en France ou à l'étranger dans ces derniers temps, il a su transformer le Mémoire de 1886 en un véritable traité théologique et pratique, s'adressant aussi bien au clinicien qu'à l'anatomo-pathologiste, à l'opérateur qu'à l'étudiant, indispensable désormais à quiconque.

Un coup d'œil sur la table des matières, sur les figures et les tableaux intercalés dans ce livre, permettra d'en apprécier toute l'importance. Il est divisé en six sections, abordant successivement :

1° Un *Historique* très complet, avec des citations fort curieuses d'auteurs du XIVe et du XVe siècle;

2° L'*Étiologie* générale et spéciale des néoplasmes vésicaux;

3° L'*Anatomie pathologique* de ces néoplasmes et leur classification d'après les données histologiques et histogéniques les plus modernes, ainsi que la description des lésions consécutives de la vessie;

4° L'étude méthodique de la *Symptomatologie*, des complications et du pronostic des tumeurs de la vessie. On y trouve le manuel opératoire relatif aux divers modes d'investigation : exploration manuelle, exploration instrumentale, *Cystoscopie*. Ce dernier procédé d'exploration, dont la pratique se répand de plus en plus, est exposé dans tous ses détails, avec la description des instruments les plus perfectionnés.

On remarquera encore dans cette section un chapitre jusqu'ici négligé par les auteurs, sur l'*urologie* appliquée à la recherche et au diagnostic des néoplasies vésicales;

5° Le *Diagnostic* est suivi et discuté à toutes ses étapes : élimination des affections du rein, de la vessie, de la prostate ou de l'urèthre; existence, siège, mode d'implantation, nature de la néoplasie;

6° Le *Traitement*, curatif ou palliatif, comprenant la description des divers procédés de cystotomie et d'attaque du néoplasme. Ces divers procédés (taille hypogastrique, symphyséotomie, fenêtre pubio-hypogastrique, résection partielle ou totale de la vessie, etc., etc.) dont quelques-uns, tout à fait récents, ne figurent dans aucun autre ouvrage du même genre, sont discutés, comparés et soigneusement réglés.

Comme on le voit, c'est un traité complet et appelé, nous n'en doutons pas, à un grand succès.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Faculté de Médecine. — *Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle* : Voici les noms des candidats admis à prendre part au Concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle qui s'est ouvert lundi 20 mai :

Anatomie. — Paris : MM. Morau, Morestin, Pilliet et Thiéry. — Montpellier : M. Mouret. — Nancy : M. Jacques. — Bordeaux : M. Cannieu. — Lyon : MM. Durand, Lacroix et Siraud. — Toulouse : MM. Ambialet, Soulié et Viguié.

Physiologie. — Montpellier : MM. Biscons, Delezenne, Guibbaud et Pachon. — Nancy : MM. Delezenne, Guibbaud, Lambert et Pachon. — Bordeaux : MM. Delezenne, Guibbaud, Pachon et Sellier. — Lyon : MM. Doyon et Pachon.

Histoire naturelle. — Montpellier : MM. Dewèvre, Galavielle et Gerber. — Nancy : MM. Gerber et Vuillemin. — Bordeaux : MM. Beille, Dewèvre, Gerber et Peytoureau.

— *Concours de l'adjuvat.* — Juges : MM. Guyon, président; Farabeuf, Schwartz, Poirier, Nélaton. — Candidats : MM. Bois, Courtillier, Fredet, Lapointe, Mouchet, Pasteau, Petit, Touché.

Composition écrite : « Nerf sciatique, poplité externe, anatomie et physiologie. »

— M. Roger est nommé chef du Laboratoire de pathologie et de thérapeutique générales.

M. Carnot est nommé préparateur dudit laboratoire.

Hôpitaux de Paris. — *Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux* de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Demoulin et Legueu. Nous adressons tous nos compliments à notre collaborateur M. Demoulin qui, contrairement à ce qu'ont annoncé la

plupart des journaux de médecine, vient de sortir premier de cette épreuve.

Concours du Bureau central (Chirurgie). — Voici le jury qui est sorti de l'urne, pour le concours qui doit s'ouvrir le 8 juin : MM. Panas, Terrier, Polaillon, Bouilly, Schwartz, Tuffier, Jules Simon.

Concours du Bureau central (Médecine). — Ce concours a commencé lundi dernier.

La question posée à l'épreuve écrite a été la suivante : « Artérite cérébrale aiguë et chronique. »

Les deux questions restées dans l'urne étaient : « Arthrites infectieuses » et « Arthropathies tabétiques ».

Agrégation de Chirurgie et d'Accouchements. — Les questions d'une heure après quarante-huit heures de préparation qui ont été données, sont les suivantes :

Des fractures spontanées. — Des recrutements cicatriciels et cancéreux de l'œsophage. — Luxations anciennes de la hanche. — Tumeurs de la rate. — Plaies des reins. — Goitre suffocant. — Des luxations pathologiques. — Hernies de la vessie. — Des infections urinaires. — Des salpingites suppurées. — Diagnostic et traitement du mal de Pott.

Agrégation d'Anatomie. — Le nombre des places d'agrégés des Facultés de Médecine (section des sciences anatomiques, physiologiques et naturelles), mises au concours, est porté de treize à quatorze. Cette nouvelle place sera comprise dans la section d'anatomie et affectée à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon.

École de Médecine de Nantes. — M. le Dr Allaire est institué chef des travaux de physique (emploi nouveau).

École de Médecine de Rennes. — M. Lautier, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques.

École de Médecine de Poitiers. — Les concours de professeurs suppléants près l'École de Médecine de Poitiers, se sont terminés par les nominations de M. le docteur Latrille, pour l'anatomie et la physiologie, et de M. le docteur Malapert, pour la clinique chirurgicale.

Le Congrès français de Médecine doit tenir à Bordeaux sa seconde session sous la présidence du docteur Ch. Bouchard, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. Elle s'ouvrira le 8 août 1895, pendant la période de l'Exposition, deux jours avant la clôture du Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Association de la Presse médicale. — *Assemblée du 10 mai 1895 :* La deuxième réunion statutaire pour l'année 1895, a eu lieu le 10 mai 1895 au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Cornil; 23 membres assistaient au dîner.

MM. Augagneur, Butte, Variot et Rodet, directeur de la *Province Médicale*, de l'*Assistance*, du *Journal de Clinique et Thérapeutique infantiles*, et des *Archives générales d'Hydrologie*, ont été nommés membres de l'Association. M. le Dr Robin, comme directeur du *Bulletin de Thérapeutique*, a été admis à remplacer M. Dujardin-Beaumetz, décédé. — M. Olivier a été nommé rapporteur pour la candidature de M. O. Guelliot (de Reims), directeur de l'*Union médicale du Nord-Est*. — Le secrétaire général a remis aux assistants un exemplaire du *Livre d'Or de la Souscription Lafitte*, souscription dont le montant a dépassé le chiffre imposant de 19,500 francs. Un exemplaire de cette brochure va être expédié à tous les Syndicats et à toutes les Associations médicales, de même qu'à tous ceux qui ont directement souscrit aux bureaux de l'Association de la Presse médicale.

Sur la proposition de M. Baudoin, il a été décidé que la prochaine assemblée de l'Association aurait lieu au début du mois d'août prochain, à Bordeaux, pendant la période des Congrès organisés dans cette ville à l'occasion de l'Exposition.

Hôpital Saint-Louis. — M. Tenneson : tous les samedis (à partir du 18 mai), à dix heures, au Laboratoire Cazenave, leçon clinique de dermatologie.

Nécrologie. — MM. les docteurs Cousin (de Paris), Lemarchand (du Tréport) et Omouton (d'Yvetot).

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Excursions aux Stations thermales et balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne

ARCACHON, BIARRITZ, LUCHON, SALIES-DE-BÉARN, ETC.

Tarif spécial G. V. n° 106 (Orléans).

Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 °/₀ en 1re classe et de 20 °/₀ en 2e et 3e classe sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations balnéaires et thermales ci-après du réseau du Midi : Alet, Arcachon, Argelès-Gazost, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Balaruc-les-Bains, Banyuls-sur-Mer, Biarritz, Boulou-Perthus (le), Cambo-Ville, Capvern, Céret (Amélie-les-Bains, La Preste, etc.), Couiza-Montazels, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Laluque (Préchacq-les-Bains), Lamalou-les-Bains, Lanemezan (Cadéac, Vielle-Aure), Laruns (les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes), Oloron-Sainte-Marie (Saint-Christau), Pau, Pierrefitte-Nestalas (Barèges, Cauterets, Luz, Saint-Sauveur), Prades (Le Vernet et Molitg), Quillan (Ginolles, Carcanières, Escouloubre, Usson-les-Bains), Saint-Girons (Aulus), Saint-Jean-de-Luz, Saint-Flour (Chaudes-Aigues), Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat et Ussat-les-Bains. — Durée de validité, 25 jours non compris les jours de départ et d'arrivée.

Tout billet d'aller et retour délivré au départ d'une gare située à 500 kilomètres au moins de la station thermale ou balnéaire, donne droit, pour le porteur, à un arrêt en route et à l'aller comme au retour. Toutefois, la durée de validité du billet ne sera pas augmentée du fait de ces arrêts. — La période de validité des billets d'aller et retour peut, sur la demande du voyageur, être prolongée deux fois de 10 jours, moyennant le paiement aux administrations, pour chaque fraction indivisible de 10 jours, d'un supplément de 10 °/₀ du prix total du billet aller et retour. — La demande de ces billets doit être faite 3 jours au moins avant le jour du départ.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 22. L'UNION MÉDICALE 1er Juin 1895.

SOMMAIRE

I. Professeur S. Duplay : Quelques mots sur le diagnostic, la pathogénie et le traitement des prolapsus génitaux.
II. Feuilleton.
III. Revue générale : Tétanos céphalique.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux; 4° Revue de la Société de Biologie.
V. Revue des thèses.
VI. Les livres nouveaux.
VII. Échos et nouvelles.

QUELQUES MOTS
SUR
le Diagnostic, la Pathogénie et le Traitement
DES
PROLAPSUS GÉNITAUX

Par le professeur S. DUPLAY.

(Leçon recueillie par le Dr A. Demoulin, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.)

Nous avons, en ce moment, dans nos salles, deux femmes du même âge, quarante-quatre ans, qui, après avoir eu, l'une deux accouchements à terme, l'autre un seul accouchement également à terme, se sont levées de trop bonne heure, vers le cinquième jour, et, après une longue période de santé parfaite (sept ans pour la première, deux ans pour la seconde) ont commencé à souffrir, sans cause appréciable, de douleurs vagues dans les reins d'abord, puis dans les cuisses, ont ensuite éprouvé une sensation de dépression des forces très pénible, une sorte d'anasthésie qui les rend incapables du moindre effort, et viennent aujourd'hui nous trouver parce qu'elles ont constaté depuis quelque temps la présence à la vulve d'une tuméfaction anormale, qui s'accuse surtout quand elles sont dans la station debout.

La première de ces malades, examinée dans la position du spéculum, présente à l'orifice vulvaire une saillie de forme arrondie, du volume d'un œuf de poule, sillonnée de plis transversaux ; cette saillie est manifestement formée par la paroi antérieure du vagin. En arrière d'elle on trouve le col utérin, un peu plus gros qu'à l'état normal, et dont les lèvres présentent de petites exulcérations au voisinage de l'orifice du museau de tanche; enfin, en arrière du col, on constate une contre-saillie due à la chute de la paroi postérieure du vagin. Une sonde introduite dans la vessie pénètre dans la tumeur vaginale antérieure, ce qui nous permet de porter le diagnostic de cystocèle, et le doigt, introduit dans le rectum, pénètre, lui aussi, dans l'intérieur de la saillie qui siège sur la paroi postérieure du vagin, d'où il y a rectocèle.

En somme, il s'agit ici d'un prolapsus génital total. Le diagnostic est d'ailleurs vite confirmé quand la malade est debout. Alors l'utérus sort en entier de la vulve, les parois antérieure et postérieure du vagin se retournent en doigt de gant. C'est un prolapsus au troisième degré ; il y a eu d'abord abaissement de l'utérus (premier degré), puis le col est apparu à la vulve (deuxième degré), enfin prolapsus complet : chûte ou précipitation de la matrice.

Notre seconde malade présente aussi une tumeur à la vulve, mais plus petite que celle dont nous venons de parler; elle se compose de deux valves, l'une antérieure, la plus volumineuse, l'autre posté-

FEUILLETON

L'évolution et la métaphysique.

Je croyais bien en avoir fini pour quelque temps avec les doctrines évolutionnistes, et j'ai besoin de me faire un peu violence pour oser, cher confrère, vous en reparler encore. Mais le moyen, je vous prie de ne pas tenir compte de la jolie attaque à laquelle vient de se livrer, contre ces pauvres doctrines qui n'en peuvent mais, M. Ferdinand Brunetière.

S'il est une chose à quoi les évolutionnistes ne pouvaient pas s'attendre, c'était à coup sûr de voir leurs théories servir à l'explication, à la démonstration d'un des dogmes théologiques réputés les plus attentatoires aux droits et à la dignité de la raison humaine : j'ai nommé le dogme du péché originel. Les philosophes avaient bien essayé de réconcilier la raison avec cet article de foi et de montrer que l'existence du mal dans le monde ne pouvait s'accorder avec l'idée de Providence que grâce à l'intervention d'une première faute, prolongeant ses conséquences à travers les âges, les générations et les siècles. Mais c'est là un procédé de discussion dont notre positivisme moderne ne pouvait avoir cure. Voltaire avait déjà plaisanté à ce sujet et, travestissant la pensée de Pascal sous une formule d'une concision saisissante, s'amusait beaucoup que « l'homme fût inconcevable, sans un mystère inconcevable ».

Or, dit M. Brunetière, non sans raison, l'explication des philosophes n'avait rien de plus absurde ni de plus obscur que la plupart de celles dont nous nous contentons aujourd'hui.

En effet, expliquer la *gravitation* par l'*attraction*, ou les *combinaisons* des corps par l'*affinité* chimique, ou les phénomènes de la *vie* par les *propriétés* de la matière organisée, c'est substituer des mots à des mots, des inconnues à des inconnues, des problèmes à des problèmes, mais rien de cela, pour être franc, ne vaut d'être considéré comme une solution. L'évolutionnisme, au contraire, donne une vraie solution de la difficulté du péché originel

rieure, recouvertes de plis transversaux et séparées l'une de l'autre par un sillon également transversal, qui n'est autre que l'orifice du vagin. Quand on pratique le toucher vaginal, on constate que le col de l'utérus est un peu abaissé, mais il est encore loin de la vulve. Une sonde introduite dans la vessie montre que cet organe ne fait pas saillie dans le vagin; le toucher rectal, que l'intestin est resté en place et ne tombe pas dans la cavité vaginale. Le diagnostic s'impose : il s'agit d'un prolapsus vaginal simple.

Nous avons donc sous les yeux deux variétés de prolapsus des organes génitaux : un prolapsus génital total, complexe, et c'est ainsi qu'on l'observe le plus souvent; un prolapsus des parois vaginales seules, sans cystocèle ni rectocèle.

Peut-on confondre en clinique chacune de ces hernies vaginales : prolapsus de l'utérus, cystocèle, rectocèle, avec une autre affection ? Oui.

Le prolapsus de l'utérus peut être pris pour : *a)* un polype apparaissant à la vulve; *b)*, une inversion utérine; *c)*, un allongement hypertrophique du col.

Il est facile d'éviter l'erreur grossière qui consiste à prendre un *polype pour un prolapsus;* il suffit de pratiquer le toucher vaginal, qui fera reconnaître la conservation des culs-de-sac vaginaux qui ont disparu dans le prolapsus, le col dilaté enserrant la tumeur. On pourra s'aider du palper bimanuel, qui permettra de reconnaître que le corps de l'utérus est à sa place; enfin le polype ne présente point, comme l'utérus prolabé, d'orifice à son sommet, et sa forme n'est pas la même que dans ce dernier organe.

Pour ce qui est de l'*inversion utérine*, un peu d'attention vous permettra de la reconnaître. Ici les culs-de-sac vaginaux sont conservés, le toucher bimanuel fait voir que le corps de l'utérus est absent; enfin si on cherche à introduire un hystéromètre entre les lèvres du col et la tumeur, l'instrument ne pénètre pas.

Dans l'*allongement hypertrophique du col*, on voit dans un degré avancé le museau de tanche à la vulve; mais s'il n'y est point arrivé, on peut suivre le col dans le vagin. On constate que les culs-de-sac vaginaux sont très approfondis, bien qu'ils aient conservé leur situation normale. Le cathétérisme utérin montre que l'instrument pénètre à une profondeur de 10, 12, 14 centimètres; le palper bimanuel, que le corps de l'utérus a ses dimensions ordinaires ou n'est que peu augmenté de volume. Il est alors facile d'affirmer que la longeur exagérée du trajet de l'hystéromètre dans la matrice est due à un allongement de son col.

Passons maintenant au diagnostic de la *cystocèle vaginale*, tumeur formée par la hernie de la vessie dans le vagin (paroi antérieure), et qui se reconnait à ce qu'une sonde introduite dans le réservoir urinaire peut être facilement sentie à travers la paroi antérieure du vagin. Il n'y a qu'une affection, sur laquelle j'ai le premier attiré l'attention, qui pourrait être confondue avec elle : je veux parler de l'uréthrocèle (1).

Ici la paroi inférieure de l'urèthre seul fait saillie dans le vagin, il s'agit d'une dilatation de la paroi inférieure du canal ou d'une cavité en communication avec lui. La tumeur siège à la vulve, souvent plus saillante par les efforts, mais n'excède pas en général le volume d'une noix. Elle est bien limitée supérieurement et ne se continue pas avec la vessie restée en place. Le cathétérisme montre que pour arriver dans la vessie il faut parcourir un trajet beau-

(1) « Contribution à l'étude des maladies de l'urèthre chez la femme. » (*Arch. gén. de Méd.* Juillet 1880.)

---

et (j'emprunte le texte même du travail auquel je faisais allusion en débutant), « il a fait une réalité d'un symbole qui répugnait à la raison de nos pères ».

Je ne trouve point que ce soit là de la dialectique puissante, ni même sérieuse. Mais c'est mettre deux adversaires dans une bien amusante posture que de faire du rationnalisme le soutien de la révélation, et de trouver dans celle-ci des arguments en faveur de l'autre.

Cette boutade inattendue n'est pas du reste la partie intéressante pour nous de l'article sur « la moralité de la doctrine évolutive », et ce qui suit vaut mieux.

La morale rationnaliste, par exemple, se formule complaisamment en cet aphorisme : « favoriser le développe-« ment de toutes nos puissances, l'épanouissement de « toutes nos virtualités ». Or la contradiction est flagrante, l'incompatibilité manifeste entre la doctrine scientifique et sa conclusion morale. Car si la théorie de la descendance est vraie, le règne humain n'a pu se différencier; il ne peut se maintenir et se perfectionner qu'en luttant sans cesse contre l'humiliante fatalité de sa première origine, et en triomphant d'elle chaque jour. Quelle opposition, en effet, entre ce qui est naturel et ce qui est humain ! « Ce « qui est *naturel*, c'est que la loi du plus fort ou du plus « habile règne souverainement dans le monde animal, « mais précisément cela n'est pas *humain*; — ce qui est « *naturel*, c'est que le chacal ou l'hyène, l'aigle ou le vau-« tour, quand ils sont pressés par la faim, obéissent à l'im-« pulsion de leur férocité; mais précisément cela n'est pas « *humain;* — ce qui est *naturel* c'est que le roi du désert « ou le sultan de la jungle promènent leur amoureux plai-« sir de femelle en femelle, et disputent l'objet de leur « choix aux enfants de leur race; mais précisément cela « n'est pas *humain;* — et ce qui est *naturel*, c'est que cha-« que génération, parmi les animaux, étrangère à celle qui « l'a précédée dans la vie, le soit également à celle qui la « suivra; mais précisément cela n'est pas *humain.* » Et l'éducation a justement pour but de nous familiariser avec la résistance à nos instincts, de nous montrer l'utilité, la nécessité de la résistance, et de nous donner les moyens de la soutenir avec plus d'énergie et d'efficacité. C'est en guerroyant sans cesse contre notre nature première que nous lui demeurons supérieurs, et en tout nous sommes

coup plus long en suivant la paroi inférieure de l'urèthre qu'en se guidant sur sa paroi supérieure.

La sonde introduite dans la cavité de l'uréthrocèle ne donne point d'urine, ou seulement quelques gouttes de ce liquide.

Voilà des caractères suffisants, nous semble-t-il, pour différencier l'uréthrocèle de la cystocèle vaginale.

— La *rectocèle* ne saurait guère être confondue qu'avec une seule affection : le prolapsus simple de la paroi postérieure du vagin. Ici la muqueuse du vagin, seule, dans sa moitié inférieure, a glissé sur les plans profonds; elle est le plus souvent hypertrophiée. Pour reconnaître le prolapsus vaginal simple postérieur, il suffit de pratiquer le toucher rectal, qui montrera que le rectum a conservé ses rapports normaux et qu'il n'arrive pas de diverticule dans le vagin, ce qui, au contraire, existe dans la rectocèle.

— Ce n'est pas tout que d'avoir reconnu la variété d'un prolapsus génital, il faut encore en rechercher la cause, afin d'instituer une thérapeutique rationnelle.

Sauf quelques cas exceptionnels où le prolapsus de l'utérus se produit brusquement (on dit alors qu'il est aigu), il ne se montre en général que d'une façon lente, dans un délai plus ou moins rapproché, parfois très éloigné de l'accouchement. Il y a des femmes qui ont eu de nombreux enfants à terme et qui ne présentent pas de prolapsus; d'autres, au contraire, après une ou deux couches (il en est ainsi chez nos malades), sont atteintes de cette infirmité. L'accouchement, sans doute, est la cause principale de l'affection, mais il y a ici une prédisposition individuelle de laquelle nous ne savons rien.

Il est des prolapsus génitaux qui résultent d'une grossesse, de la présence d'une tumeur pelvienne; leur origine est facile à saisir. Il en est de même pour les prolapsus de l'utérus, qui dépendent de l'organe lui-même (hypertrophie totale, allongement hypertrophique du col, néoplasme fibromateux ou cancéreux). Mais ce sont surtout les altérations des moyens de fixité des organes pelviens qui donnent lieu aux prolapsus génitaux, soit qu'on ait affaire à un relâchement des moyens de suspension de la matrice (ligaments larges, ronds, utéro-sacrés), soit qu'il s'agisse de la faiblesse du diaphragme périnéal. C'est là leur cause la plus ordinaire : dès que le périnée cède, tout se précipite à la vulve.

Le périnée devient insuffisant surtout par rupture de la fourchette au moment de l'accouchement, car cette rupture amène un allongement de l'ouverture vulvaire et, par conséquent, une diminution de largeur du périnée. Dans des recherches faites en 1889 avec le Dr Chaput (1) nous avons constaté que, quand l'ouverture vulvaire a une largeur de plus de cinq centimètres, on observe un léger abaissement de l'utérus avec tendance au prolapsus vaginal, avec ou sans cystocèle ou rectocèle.

Un autre fait mérite d'être mis en lumière : c'est, sans qu'il y ait de déchirure du plancher pelvien, l'affaiblissement de la musculature du périnée. Chez certaines femmes, il est tellement peu résistant qu'on arrive à donner à la vulve, en faisant de légères tractions sur cet orifice, des dimensions invraisemblables.

Chez mes deux malades, nous retrouvons cette faiblesse du corps périnéal : la vulve est grande, on la rend aussi large qu'on veut et, cependant, il n'y a pas de trace appréciable de rupture ancienne.

Le pronostic des prolapsus génitaux est sérieux,

(1) « Étude sur les prolapsus génitaux ». (*Arch. gén. de Méd.*, juin et juillet 1889.)

---

obligés « de ne nous souvenir de nos origines que pour y être infidèles ».

La difficulté dont je viens de résumer l'exposition en quelques lignes, trop rapides peut-être, est d'ordre purement philosophique, ce qui lui enlèvera, aux yeux de quelques-uns, une partie de sa valeur. En voici une autre qui est d'ordre absolument matériel et dont la réfutation me paraît plus difficile.

Evolution doit signifier progrès, dans quelque sens que l'on entende ce mot. Puisque ce sont les plus forts, les plus adroits, les mieux doués, qui ont les plus grandes chances de vivre et les plus grandes facilités à se reproduire, puisque c'est eux qui doivent en définitive sortir victorieux de la lutte pour l'existence, à l'exclusion plus ou moins complète des faibles, des chétifs, des malingres, comment expliquer la persistance indéfinie des types inférieurs, la survivance de certaines espèces et leur coexistence avec les autres? La grande question de l'hérédité des particularités acquises, qui est la base et le fondement le plus solide de la doctrine évolutive, est elle-même loin d'être démontrée; on peut dire au contraire qu'elle tend à être niée. Chacun sait que les expériences de croisements d'espèces, tentées surtout dans le règne végétal où elles sont plus faciles, plus rapides, et où elles peuvent porter dans le même espace de temps sur un plus grand nombre de générations, n'ont jamais produit une espèce nouvelle susceptible de maintenir en se reproduisant naturellement, les caractères particuliers que les croisements lui avaient imprimés. A plus forte raison en a-t-il été de même dans le règne animal. Il paraît désormais prouvé que les acquisitions vraiment individuelles ne sauraient se transmettre. Le fils n'hérite pas forcément de l'intelligence, de l'habileté manuelle de son père. L'histoire des mutilations ethniques ne démontre-t-elle pas aussi que de pareilles mutilations ne sont pas héréditaires?

Il y a beau temps que la circoncision ne devrait plus être nécessaire chez les peuples qui la pratiquent depuis l'antiquité la plus reculée. Chez certains autres, les filles devraient depuis longtemps naître avec les lobules des oreilles et le cartilage de la sous-cloison perforés. Or, il est bien certain que, pendant les siècles des siècles, on sera encore obligé d'arracher aux bayadères les poils que leur

en ce sens qu'il s'agit d'une infirmité fort gênante, qui a tendance à s'aggraver si l'on n'intervient pas et qui récidive assez souvent, malgré les opérations rationnelles et habilement faites qu'on peut lui opposer.

— Il est bien évident que quand il s'agit d'un prolapsus de l'utérus dû à une endométrite, à un allongement hypertrophique du col, l'indication est de recourir au curettage, à l'amputation du segment cervical de la matrice; que s'il résulte d'un néoplasme, fibrôme, cancer, de lésions bilatérales des annexes, l'ablation de l'utérus par le vagin, l'hystérectomie vaginale est formellement indiquée.

Mais quand l'utérus prolabé est sain, l'hystérectomie vaginale ne doit pas être faite. Dans bon nombre de cas, l'utérus a été enlevé dans ces conditions et le prolapsus des parois vaginales, la cystocèle, la rectocèle se sont vite reproduites; on en trouve de nombreux exemples dans la récente discussion de la Société de Chirurgie (1893-94).

On a eu l'idée, dans les cas de prolapsus génitaux où le périnée semble suffisant (ils sont extrêmement rares), où, par conséquent, l'appareil suspenseur de l'utérus sain paraît seul en cause, de s'adresser à cet appareil; on a raccourci les ligaments ronds (opération d'Alquié-Alexander), on a pratiqué l'hystéropexie, c'est-à-dire la fixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, etc. Si on a enregistré quelques succès à la suite de ces interventions, combien de récidives n'a-t-on pas observées? D'ailleurs, je ne saurais trop y insister, les cas où les ligaments suspenseurs de l'utérus paraissent seuls en cause sont d'une excessive rareté, presque toujours il y a, en même temps faiblesse périnéale.

Aussi, dans les cas où l'utérus hernié par le vagin est sain, n'est point augmenté de volume, dans ceux où il est seulement abaissé et où cet abaissement s'accompagne de rectocèle, de cystocèle, de prolapsus simple des parois vaginales, c'est à l'appareil de soutènement de l'utérus, au périnée, qu'il faut s'adresser.

L'ablation de l'utérus seule, je l'ai déjà dit, n'empêche pas la reproduction des prolapsus vaginaux; de plus, l'hystérectomie peut être dangereuse dans les cas anciens, à cause des lésions rénales qui, parfois, ne sauraient être reconnues et qui aggravent le pronostic opératoire.

Nous n'en voulons pour preuve qu'un cas, où notre chef de clinique, M. Demoulin, pratiqua pour un prolapsus complet de l'utérus, non hypertrophié, accompagné de rectocèle et de cystocèle, l'hystérectomie vaginale avec élitrorrhaphie antérieure et colpo-périnéorrhaphie. Dix heures après l'intervention, qui n'avait pas présenté de difficultés, la malade mourait. L'autopsie révéla une dilatation des uretères, avec une distension des calices des deux reins, lésions que le palper attentif des régions rénales n'avait pas permis de reconnaître, pas plus que l'examen des urines.

Donc, dans les cas où l'utérus est sain, dans ceux où il s'agit de rectocèle, de cystocèle, de prolapsus simple des parois vaginales, il faut, je le répète, s'adresser au périnée, au vagin.

Il faut, pour remédier à la cystocèle, au prolapsus simple de la paroi antérieure du vagin, pratiquer le rétrécissement de cette paroi, faire, en un mot, l'élitrorrhaphie antérieure; pour supprimer la rectocèle, exécuter l'élitrorrhaphie postérieure, combiner ces deux opérations si les lésions sont complexes, s'il y a hernie concomittante de l'utérus, et y joindre une bonne périnéorrhaphie. Ces opérations doivent être exécutées largement.

---

puberté s'obstine à produire, en dépit de l'épilation qu'on pratique sur elles depuis d'innombrables générations. Il me paraît évident que rien ne peut diminuer la valeur de ces arguments. Ils ne sont pas très nouveaux, d'ailleurs; mais, ce qui est moins ordinaire, c'est l'habileté avec laquelle M. Brunetière fait servir la doctrine évolutive à la restauration d'une métaphysique « dont on s'est trop hâté, dit-il, de soutenir qu'elle avait prononcé la sentence ». Ce n'est pas moins plaisant que d'y avoir trouvé la confirmation d'un dogme religieux, et c'est plus dangereux; car la raison reprend ici tous ses droits pour constater la parfaite justesse du raisonnement.

La doctrine de l'évolution n'est, au fond, qu'une *téléologie;* elle n'est acceptable qu'avec et par l'idée de finalité. Il est clair qu'il faut d'abord s'entendre sur le mot, parce qu'il serait trop facile de réfuter les causes finales en feignant de croire qu'elles se rapportent uniquement au plaisir ou à l'utilité de l'homme. Mais, si elles indiquent seulement des moyens adoptés à la réalisation d'un plan préconçu, on ne les saurait nier. Dans le germe existe bien l'*intention* (ce terme étant pris ici dans son acception étymologique) de se conformer au type de son espèce; l'apparition d'une variété contient réellement l'*intention* de se conformer à quelque dessein arrêté; il y a bien dans la nature l'*intention* d'acheminer tous les commencements vers un terme préfix.

Dès lors, la subtile distinction entre la légitimité de la recherche du « *comment* » et la folie qu'il y a à rechercher le « *pourquoi* », n'a plus de raison d'être; les deux questions sont synonymes. La vivacité des attaques dont l'idée de finalité a été l'objet, tient en partie à la différence des points de vue où se sont placés leurs défenseurs et leurs adversaires. C'est un fait assez digne de remarque, que la nature des études auxquelles se consacrent les uns et les autres, influe puissamment sur l'opinion qu'ils soutiennent à ce sujet. Les causes finales ont toujours trouvé plus de partisans chez les biologistes que chez d'autres savants. Claude Bernard, cité par M. Brunetière, en a donné une excellente raison. Le physicien et le chimiste, ajoutons même le naturaliste, qui sont dans l'univers et ne peuvent se mettre en dehors de lui, étudient les corps et les phénomènes sans être obligés de les rapporter à l'ensemble de

Les procédés opératoires ne manquent pas pour arriver au but qu'on se propose, leur étude m'entraînerait trop loin, je me propose de la faire avec vous, dans une leçon prochaine.

REVUE GÉNÉRALE

Tétanos céphalique.

Le tétanos céphalique est une affection qui, en France, n'a pas été aussi étudiée que dans les pays de langue allemande. Depuis la « Revue générale » de Villar, il a bien été publié des thèses sur cette question, mais elles sont en retard, et nous croyons intéressant de donner de cette maladie une revue générale en essayant de mettre la question au point.

Le poison tétanique a cette particularité d'envahir certains groupes musculaires de préférence aux autres. C'est ainsi que dans le tétanos traumatique il atteint les muscles postérieurs du tronc en donnant lieu à l'opisthotonos, ceux des parties latérales en causant l'emprosthotonos, ceux des parties latérales en déterminant le pleurosthotonos. Il peut encore limiter ses effets en produisant ce qu'on a appelé le *tétanos partiel* ou les *spasmes traumatiques généralisés*, décrits à part par Colles et Follin, et qui doivent être aujourd'hui rangés dans le tétanos vrai. Il y a là, certainement, une question de virulence. Mais où peut être sa manifestation symptomatique est la plus curieuse, c'est dans le *tétanos céphalique* que je vais étudier.

C'est une entité morbide dégagée depuis peu de temps et qu'on a voulu faire rentrer dans la question du tétanos partiel, ou dans une des variétés du tétanos traumatique. Ceci a peu d'importance. Elle se présente au clinicien avec de telles caractères qu'elle mérite une description et une étude spéciale.

Mais, tout d'abord, il est nécessaire d'attirer l'attention sur les différentes dénominations qui en ont été données; nombreuses dénominations qui s'expliquent par la complexité des symptômes, et même, on peut le dire, par leur côté paradoxal.

On y rencontre, en effet, des symptômes de contracture, de paralysie, d'hydrophobie et de dysphagie, d'où les noms de *tétanos hydrophobique*, donné par Rose; de *tétanos dysphagique*, de Giraldes; de *tétanos paralytique;* de *trismus hémiplégique*, a cause de la concomitance du trismus et de l'hémiplégie; de *trismus paralytique*. Villar le nomme *tétanos céphalique avec paralysie faciale*, et Houques, *tétanos céphalo-paralytique*. Enfin, Janin l'appelle *tétanos bulbaire*, et Albert, *tétanos de Rose*.

Toutes ces expressions sont trop exactes et ne le sont pas assez, parce qu'elles n'ont en vue qu'un symptôme, et ce symptôme peut ne pas exister. Aussi l'expression de *tétanos céphalique* (Kopftetanus, des Allemands) est-elle de beaucoup la meilleure, car elle est assez large pour englober tous les symptômes, et s'appuie sur un fait encore non discuté, celui de la présence nécessaire d'une plaie dans le domaine d'une des douze paires crâniennes.

Historique. — La première description d'ensemble ne date que du travail de Rose (1870), c'est-à-dire une vingtaine d'années, mais bien des travaux ont cependant paru, et surtout dans ces dernières années. Il faut cependant savoir que les anciens chirurgiens avaient remarqué et signalé cette forme particulière.

Richter, en 1791, cité par Brunner, en donne une observation.

Larrey, en 1800, avait noté ces symptômes chez un sergent de la 4e demi-brigade.

---

la nature. Le physiologiste, au contraire, placé en dehors de l'organisme animal qu'il étudie, peut et doit tenir compte de l'harmonie de cet ensemble. De là résulte que les uns peuvent ne pas se préoccuper des causes finales, les repousser même, tandis que l'autre est obligé de les admettre. La nature des forces d'où résultent les phénomènes étudiés, exerce sur les esprits une action de même sens, que C. Bernard a également bien exprimée en disant : « les agents physiques produisent des phénomènes qu'ils ne dirigent pas; la force vitale dirige des phénomènes qu'elle ne produit pas ».

Ainsi la variation des caractères spécifiques ne saurait avoir sa raison d'être ni dans l'exercice, ni dans le défaut d'usage des parties, ni dans les exigences de l'adaptation au milieu. Si cette variation existe, elle n'est explicable que par la tendance intérieure de l'être à réaliser un plan organique donné. De cela découle irrésistiblement l'idée de Providence, quel que soit, au surplus, le type (chrétien, payen ou philosophique) sur lequel on la conçoive.

Et voilà l'évolutisme bien loti ! D'nn côté, de tout ce qu'il avance, rien n'est prouvé : ni la variabilité, ni la transformation des espèces, ni la concurrence vitale, ni la sélection, ni la descendance animale de l'homme. Romans et mots. C'est ainsi que M. Brunetière qualifie tout ce bagage. De l'autre, si ce bagage est autre chose que verbiage et hypothèse, si la théorie est vraie, elle court tout droit à la démonstration de la Providence. C'est un dilemme entre les deux termes duquel les évolutionnistes doivent être quelque peu fâchés de se voir enfermés.

Il faut ajouter, pour tout dire, que Hoeckel leur avait par avance ouvert une porte de sortie, et qu'il leur reste la ressource de dire, après lui, qu'on apprécie désormais l'intelligence des hommes à la facilité plus ou moins grande avec laquelle ils acceptent la doctrine évolutive. Mais impertinence n'est pas raison.

Congrès des aliénistes et neurologistes de France. — Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira à Bordeaux, le vendredi 2 août, et non le 1er août, ainsi qu'il avait été précédemment annoncé.

Pollock, en 1847, cite un cas consécutif à une plaie de la cornée par coup de fouet.

Langenbeck, en 1869, signale chez un enfant la plaie de la face gauche avec paralysie faciale et trismus. Cette observation est passée sous silence par Rose, et a été mise en lumière par Verneuil. Elle est intéressante, car elle paraît être le premier cas dans lequel le *chloral* a été administré à un *tétanique*.

En 1870, Rose, dans le Pitha et Billroth, donne le premier travail important sur la question, travail basé sur trois cas dont un personnel, et met en lumière les trois caractères suivants : le siège de la plaie dans *le territoire de l'une des douze paires crâniennes*, la *paralysie faciale* et les *phénomènes hydrophobiques*. Le tétanos céphalique était constitué, et en Allemagne nous voyons les observations se succéder : en 1872, Kirchner en relate une observée pendant la guerre de 1870; puis en 1879, Zsigmondi et Kirchoff en apportent de nouvelles; en 1880, c'est Thénée; en 1882, von Wahl et Lehrnbecker, et en 1884, ce sont Middelporf, Mayer et Nankivel.

En France, le ténanos céphalique n'était pour ainsi dire pas connu, mais l'esprit sagace des observateurs en avait remarqué les symptômes. M. Simon Duplay, en 1877, à la Société de Chirurgie, attirait l'attention de ses collègues sur un cas de *contracture permanente de cause traumatique des muscles du côté droit de la face et du masseter correspondant;* frappé de cette contracture dont il ne connaissait pas la cause, notre maître en avait donné une description complète, et dans la même séance, M. Terrier retraçait une observation semblable.

En 1884 parut en Italie un travail de Triglia, intitulé : « Contractures réflexes associées à la paralysie de même nature », dans le *Journal de Neuropathologie*. La même année, Bernhardt faisait une très intéressante communication à la Société de Médecine interne de Berlin, sur le *tétanos céphalique ou hydrophobique de Rose*, à propos d'un cas personnel joint à six autres; il discutait même la question d'une façon un peu détaillée. A cette même discussion, Gueterbrock apportait une nouvelle observation et insistait sur la nécessité *d'examiner le nerf facial et ses rapports avec le canal osseux*, et Leyden faisait remarquer que, dans les maladies de la moelle allongée, on trouvait aussi la *paralysie faciale* et des *troubles de la déglutition*.

Remhardt reprit le sujet et apporta de nouveaux exemples, et Gueterbrock fit paraître à la fin de 1884 un travail comprenant déjà *quatorze observations;* il signala même une observation publiée par Gosselin, en *1880*, dans la *Gazette des Hôpitaux*.

En *1885*, Hadlich publia une observation *chez l'enfant*, à la Société berlinoise des maladies nerveuses (9 mars 1885), et, à ce propos, Remak, Westphal et Bernhardt *discutèrent la paralysie faciale*. En 1886, en *Italie*, Oliva, de Turin *(Gazetta delle Cliniche)* donnait un autre cas et signalait une observation laissée de côté par Eicchorst.

Jusqu'à cette époque, comme on le voit, il y avait peu de travaux en France, quand à la Société de Chirurgie, *le 9 mars 1887*, Terrillon apporta un fait très intéressant, et à cette occasion Schwartz rapporta l'observation de Thénée.

La même année 1887, Giuffré (de Palerme) écrivait un travail très important sur la question dans *lo Sperimentale* (octobre 1887) et signalait même *ce fait que les chirurgiens français n'avaient fait aucune observation, et il omettait de signaler le cas de Terrillon* paru huit mois avant son travail.

Verneuil, dans son étude si riche du tétanos, ne tardait pas à apporter deux nouveaux cas, ceux de Crossouard (thèse de Bordeaux, 1887) et celui de Buisson, lu par lui à l'Académie des Sciences en 1888.

Citons encore dans la *Revue de Chirurgie* (1888), le mémoire de Terrillon et Schwartz sur quelques formes rares de tétanos; puis, à la *Société de Chirurgie* (10 octobre 1888), un rapport de Terrillon sur un cas de *tétanos céphalique consécutif à une plaie de la région malade*, dû à M. Charvot. Villar écrit alors sa « Revue générale » *(Gazette des Hôpitaux,* 22 décembre 1888), avec une observation publiée le 11 décembre, avec Remy, dans le même recueil.

Puis, viennent les observations de Brunner et de Phelps (1890); la monographie de Klemm (de Dorpat), 1890, et en France des thèses assez importantes : celle d'Albert, de Lyon (1890); celle de Janin (Paris, 1892) intitulée du *tétanos bulbaire;* une clinique de Reclus dans le *Bulletin médical* (1893); la thèse de Houques sur le tétanos céphalo-paralytique (Bordeaux 1894); une observation de Rappin et Poisson, avec examen bactériologique, dans la *Gazette médicale de Paris* (juillet 1894); la thèse de Chevalier (Bordeaux, 1894), intitulée *du tétanos consécutif aux traumatismes de l'œil;* enfin, un grand travail de Brunner sur une *étude expérimentale et clinique du tétanos hydrophobique (Beïtrage zu Klinisch chirurgie*, 1892-93-94), et, pour être complets, terminons par le cas de Larger, *tétanos céphalique à la suite de plaie du doigt* (Société de Chirurgie, novembre 1891).

Cette énumération est un peu fastidieuse, mais elle était nécessaire, la question est relativement récente; il n'existe à peine que quatre-vingts observations publiées, et il était utile d'indiquer les sources auxquelles les documents peuvent être puisés.

Symptomatologie. — L'affection que nous décrivons peut se présenter sous des aspects si différents qu'il est nécessaire de commencer par en donner un tableau schématique avant de pénétrer dans l'étude approfondie des symptômes. Il faut donc savoir que

le tétanos céphalique se manifeste, à l'observateur, par les caractères suivants : 1° D'abord *une plaie siégeant sur l'extrémité céphalique dans le domaine d'une des douze paires crâniennes;* 2° le *trismus;* des symptômes de *contracture* ou de *paralysie* du côté des muscles du visage, et enfin quelquefois des phénomènes d'*hydrophobie* et d'*asphyxie*. Il est nécessaire d'insister sur ces différents symptômes.

Nature et siège de la blessure. — C'est, en général, comme dans le tétanos ordinaire, une plaie petite et contuse siégeant de préférence à la face, à ce point que Villar voulait la localiser dans la région orbito-naso-temporo-malaire. Pour si longue que soit cette dénomination, il faudrait encore l'étendre; car elle est signalée dans la région maxillaire, notamment dans un cas de Houques. Le cuir chevelu a été aussi le point de départ des accidents comme dans les observations de M. Terrier et de M. Gosselin. Il existe des faits dans lesquels l'inoculation s'est faite par la cavité buccale; Reclus nous en donne un exemple, enfin Brunner cite même un corps étranger du conduit auditif externe comme cause des accidents. Voici, du reste, d'après cet auteur, quelques chiffres qui montrent les espaces de la tête qui sont le plus souvent atteints. Sur 59 observations, on trouve 42 plaies latérales; 6 blessures occupant la ligne médiane, le plein milieu du visage; 4 plaies du cuir chevelu; 2 traumatismes avec fracture de la voûte du crâne et lésion cérébrale; 3 solutions de continuité de la cavité buccale et 1 plaie du conduit auditif externe.

Quel est le temps qui s'écoule entre le traumatisme et les premiers accidents? Il varie de 1 jour (cas le plus rapide) à 28 jours (incubation la plus longue), [observation de Boisson]; mais la moyenne a été de 5 à 10 jours.

Trismus. — La contracture des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure ne présente ici rien de différent de ce qu'on remarque dans le tétanos ordinaire; c'est d'abord une gêne dans les mouvements qui ne tarde pas à devenir un resserrement, resserrement qui s'exagère de plus en plus. Cette contracture est d'abord unilatérale; mais elle peut s'établir des deux côtés. C'est une convulsion tonique qui peut s'exaspérer sous l'influence des moindres causes en donnant lieu à une véritable crampe, à une véritable crise douloureuse. *(A suivre.)*

Congrès italien de Médecine interne. — Le Congrès annuel italien de médecine interne se tiendra à Rome au mois d'octobre.

La sérothérapie en général sera la principale question à l'ordre du jour. Les professeurs Foa, de Turin, Maragliano, de Gênes, de Renzi, de Naples, et Giovanni, de Padoue, prendront part à la discussion.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mai 1895

La jeune fille que M. Péan présente à l'Académie offre un curieux exemple, et le premier qui ait été mentionné, de duplicité congénitale limitée à l'urèthre et à la vessie.

Cette jeune fille, âgée de quinze ans, présentait depuis sa naissance une incontinence continuelle d'urine. Tout récemment, devant la persistance de cette infirmité, les médecins qui la soignaient demandèrent à pratiquer un examen de la vulve. Ils reconnurent sur la paroi antérieure du vagin, au delà du bulbe uréthral et de l'hymen, qui étaient intacts, une saillie médiane, du volume d'une noix, molle, bleuâtre, augmentant sous l'influence des efforts, diminuant sous le décubitus dorsal. Ils la prirent pour une uréthrocèle ou une cystocèle.

M. Péan était tout d'abord disposé à se rallier à leur opinion; mais, ayant introduit son doigt dans le vagin pour presser la tumeur d'arrière en avant, il vit aussitôt l'urine sortir non par l'urèthre, mais à 3 millimètres au-dessous par un autre orifice plus étroit. Un stylet introduit par cet orifice s'engagea dans la cloison vésico-vaginale et pénétra dans l'intérieur de la poche; cette poche urineuse était plus étendue à droite qu'à gauche.

Pour savoir si elle communiquait avec la vessie, M. Péan ferma par pression l'urèthre inférieur, tandis qu'il comprimait la paroi antérieure du vagin au niveau de la tumeur; il vit aussitôt celle-ci diminuer de volume et sentit qu'elle se vidait lentement du côté de la vessie par un orifice postérieur et profond. Au même moment, la malade accusa un besoin pressant d'uriner.

Il existait donc un diverticulum vésical et un urèthre surnuméraire qui, en raison de leur structure imparfaite et surtout en l'absence de sphincter, entretenaient l'incontinence d'urine.

Rien dans les antécédents n'autorisait à penser qu'il s'agissait d'un kyste du vagin ou d'une urétrocèle suppurés qui se seraient ouverts à la fois à la vulve et dans la vessie en laissant des fistules persistantes.

Pour faire disparaître l'incontinence d'urine, M. Péan résulut d'ouvrir l'urèthre et la vessie supplémentaires, et de les exciser.

Il introduisit par le petit urèthre, jusque dans la poche, une sonde cannelée, puis il sectionna, sur la ligne médiane, la muqueuse et la mince couche sous-jacente du côté de la paroi antérieure du vagin.

Cette incision montra :

1° Que l'urèthre accessoire était long de 8 centimètres, étroit, séparé de l'urèthre normal par un tissu peu épais;

2° Qu'il s'élargissait et devenait infundibuliforme en se rapprochant de la poche;

3° Que celle-ci communiquait en haut et en arrière avec la vessie par un orifice elliptique de 3 millimètres de diamètre;

4° Que la muqueuse vésicale se continuait par cet orifice avec celle qui tapissait la poche de l'urèthre surnuméraire;

5° Qu'il n'y avait pas dans l'intérieur de la poche d'orifice d'uretère.

M. Péan enleva, par dissection, toute la muqueuse située au-dessous et en dehors de la vessie jusqu'à l'orifice de la communication. Puis il excisa toute la portion de la tumeur qui faisait saillie du côté du vagin.

Les suites opératoires furent excellentes. Aujourd'hui la malade est complètement guérie, n'a plus d'incontinence et urine normalement.

Il s'agissait bien ici d'une duplicité congénitale limitée à l'urèthre et à la vessie. Certains auteurs ont cité brièvement des faits analogues chez l'homme. Vésale mentionne sans contredit le plus curieux : son malade rendait l'urine par l'un des urèthres et le sperme par l'autre. Mais il n'existe aucun cas analogue chez la femme, bien que les fonctions et la structure de l'urèthre soient plus simples chez elle.

— En présentant l'histoire d'un nouveau cas d'*actinomycose*, M. PONCET (de Lyon) rappelle qu'il a montré à l'Académie, dans une précédente communication, de belles cultures de l'actinomyoes obtenues par M. Dor, sur des grains de blé et d'avoine.

Le fait actuel démontre une fois de plus que le champignon peut vivre en dehors de l'organisme, sur les plantes fourragères, les céréales. Il s'agit, en effet, d'un cas d'actinomycose de la joue et de la région temporo-maxillaire chez un homme de cinquante-quatre ans qui avait l'habitude de mâchonner, en se promenant à la campagne, des brins d'herbe ou de paille. M. Poncet insiste de nouveau sur la fréquence de l'actinomycose en France ; quoi qu'on en ait dit, elle n'y serait pas plus rare qu'à l'étranger.

Le malade a guéri complètement par un traitement méthodique avec l'iodure de potassium.

M. VALLIN attire l'attention de l'Académie sur une question d'hygiène publique très importante : l'*intoxication alimentaire par la viande de veau*. On livre, paraît-il, à la consommation, des veaux morts, quelques jours ou quelques semaines après leur naissance, de l'une de ces deux maladies infectieuses : la septico-pyohémie aiguë ou chronique consécutive à une phlébite ombilicale, et la diarrhée septique ou pneumo-entérite infectieuse. On n'attend pas, il est vrai, que les animaux soient tout à fait morts, car il ne serait pas permis alors d'en livrer la chair à la boucherie ; mais on les abat quelques heures auparavant ; la viande peut alors être vendue. M. Vallin s'élève avec juste raison contre cet état de choses et demande que l'on y remédie le plus tôt possible.

— Dans une précédente communication faite au mois de décembre dernier, M. DELORME avait rapporté les résultats avantageux que lui avait fournis la compression localisée, forcée, dans des cas de névrite périphérique traumatique. Neuf malades avaient été guéris par ce procédé, qui pouvait donc être comparé, au point de vue de son efficacité, à la névrotomie et à la névrectomie.

Le succès fut aussi complet, dans le cas récent que M. Delorme vient d'observer, et dans lequel un jeune soldat, ayant eu le pied droit perforé par une balle de fusil, présentait à la suite des signes de névrite périphérique. La guérison fut rapidement obtenue par la compression forcée.

— Au cours de la séance, M. HERVIEUX a terminé son étude sur la *variolisation*. Il a rappelé les récents travaux de Fischer, Haccins et Eternod, ceux de Juhel-Rénoy et Dupuy, et s'est prononcé, au point de vue théorique, contre l'hypothèse de l'identité de la vaccine et de la variole, et au point de vue pratique, contre l'emploi du variolo-vaccin.

Citons enfin un fait curieux rapporté par MM. COMBES et DUBOUSQUET, de *calcul volumineux de l'amygdale*. C'était une grosse concrétion du volume d'une noix, complètement enchâssée dans l'amygdale gauche ; elle était composée de phosphate de chaux et de magnésie, de carbonate de chaux, avec 20 % de matières organiques.

ÉLECTION A DEUX PLACES DE CORRESPONDANTS ÉTRANGERS
(Chirurgie).

Première élection.

MM.	Esmarch (de Kiel)	37 voix.	ELU.
	Durante (de Rome)	4	—
	Rampoldi (de Pavie)	1	—
	Zancarol (d'Alexandrie)	1	—
	Bulletins blancs	7	—

Deuxième élection.

MM.	Durante	44 voix.	ELU.
	Zancarol	2	—
	Démosthène (de Bucarest)	1	—
	Neugebauer (de Varsovie)	1	—
	Bulletin blanc	1	—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

En sortant de la Société de Chirurgie, nous entendions émettre ces idées par deux chirurgiens de Paris : « Comment se fait-il que l'on dise que les malades qui sont morts de l'éther seraient certainement morts du chloroforme, tandis que ceux qui sont morts du chloroforme ne seraient pas morts avec l'anesthésie par l'éther ? » Et ensuite : « Cette discussion m'engage à continuer l'administration du chloroforme ». Nous n'allons pas prendre part aux débats ; nous les résumerons et apprécierons quand ils seront terminés. Pour le moment, nous nous bornerons à donner un résumé aussi impartial que possible des communications.

M. PONCET (de Lyon) monte le premier à la tribune et donne les résultats de son expérience personnelle, qui porte au moins sur 25 anesthésies par l'éther. Il en est un partisan résolu, car cet agent est certainement moins pernicieux, donne des morts moins fréquentes ; il n'en veut pour preuve que les chiffres suivants. L'éther donne une mort sur trois mille, le chloroforme une mort sur six mille. Certes, il y a avec l'éther des alertes, mais elles sont moins graves qu'avec le chloroforme, car elles n'éclatent pas à l'improviste, mais s'annoncent par des symptômes frappants tels que la face vultueuse, une cyanose progressive des accidents respiratoires, etc..., tandis que le chloroforme tue subitement par le cœur.

L'éther n'est cependant pas sans causer des accidents, et M. Poncet nous cite deux cas dans lesquels il s'agissait d'une intervention bénigne (cautérisation profonde et fistule à l'anus) et pourtant, pour sauver les malades, il a été obligé de pratiquer la trachéotomie. Le professeur de Lyon préconise cette opération dans les cas de mort apparente et a fait faire une thèse sur ce sujet, dans laquelle les principaux cas sont réunis.

C'est principalement chez les individus tarés que les accidents se produisent. M. Poncet a perdu un enfant par l'éther ; mais à l'autopsie on trouva des lésions graves des valvules du cœur. Cette mort aurait eu lieu, par conséquent, avec n'importe quel anesthésique.

M. Poncet étudie ensuite les contre-indications de l'éther. C'est pour lui d'abord l'âge du sujet ; jusqu'à quatorze ou quinze ans, il se sert du chloroforme, car avant cet âge, les mucosités se forment tellement nombreuses dans les bronches et la trachée, qu'elles deviennent un véritable danger, et le malade peut mourir dans son lit quand l'anesthésie a été terminée depuis longtemps.

Chez les vieillards atteints de catarrhe pulmonaire ou d'emphysème, ce ne sont plus les mucosités qui sont à craindre, mais les bronchites et les pneumonies, et encore

peut-on se demander s'il faut toujours incriminer l'éther et non le froid auquel sont exposés les malades sur la table d'opérations.

— M. Poncet redoute aussi la trachéobronchite chez les individus atteints de goitre suffocant; aussi a-t-il l'habitude, dans ces sortes de cas, de se servir de cocaïne. Enfin l'embrasement est à redouter. Il ne faut pas opérer la nuit, ni dans une pièce trop petite où il y a du feu. A Lyon, on a noté les accidents de cet ordre, et lui-même a été témoin d'un cas dans lequel l'opéré et un aide ont été sérieusement brûlés. Enfin, il semble que les interventions dans la région cervicale soient plus meurtrières avec l'éther, surtout dans les interventions pour tumeurs congénitales.

L'éther seul doit être employé : les anesthésies mixtes, faites avec l'atropomorphine et l'éther, ou la morphine et l'éther, n'ont pas donné à M. Poncet de bons résultats. Il a même eu des accidents syncopaux, et pas des syncopes primitives, mais des syncopes se montrant après l'administration des agents anesthésiques.

L'anesthésie par l'éther est donc, pour le professeur de Lyon, supérieure à celle par le chloroforme, et à l'étranger on commence à se rallier à cette opinion. Dans un récent voyage en Amérique, Bigelow avait pu lui dire qu'au Massachussets-Hospital, depuis quarante-neuf ans, il n'y avait pas eu d'accidents à mettre sur le compte de l'éther. L'administration de cet hôpital a même fait un règlement pour interdire tout autre agent anesthésique.

Quant aux appareils, M. Poncet reproche au sac de Wanscher, de coûter 15 à 18 francs, et de mettre l'éther en contact direct avec le caoutchouc; ce dernier s'altère et casse facilement. Le plus commode des sacs est celui de Jules Roux, dit le *bonnet bleu*, dont tout le monde connaît la description. M. Poncet l'a modifié, en remplaçant l'étoffe ordinaire par une étoffe en caoutchouc, mais en conservant, pour mettre l'éponge à éther, la vessie de porc.

M. Championnière a aussi donné l'éther; mais il n'en est pas aussi enthousiaste, et il lui fait d'abord les reproches suivants : d'abord l'odeur en est désagréable pour l'opérateur, à ce point que lui en est absolument incommodé, et qu'il exhale des vapeurs d'éther pendant de longues heures après son opération.

Les bronchites sont fréquentes et, de plus, les mucosités sont tellement abondantes, que cela constitue un danger pour le malade. L'anesthésie est moins parfaite qu'avec le chloroforme, et enfin les vomissements, qu'on dit être moindres, sont aussi fréquents. De plus, l'excitation est considérable et dure longtemps après que l'anesthésie a été cessée. Les malades sont plus difficiles à garder. Enfin la soif des opérés est ardente, terrible, et dure dix jours.

Quant aux avantages, il y en a certainement. C'est la rapidité de l'anesthésie, et peut-être un danger moindre de syncope.

Pour sa part, il est partisan de l'anesthésie mixte. Il les a employées toutes, et à l'heure actuelle voici sa façon de procéder : Il commence par donner l'éther, et dès que le malade est endormi, il prend le chloroforme. Il combine ainsi la rapidité de l'administration de l'éther avec la plus parfaite anesthésie du chloroforme.

M. Championnière insiste en terminant sur la quantité des bronchites causées par l'éther, et pense qu'il y a des malades qui peuvent mourir consécutivement de ces affections pulmonaires déterminées ou aggravées par l'éther.

M. Quenu termine la séance en donnant aussi le résultat de ses observations. Il a aussi remarqué que l'excitation secondaire était très intense avec l'éther, et que cet anesthésique donnait des vomissements aussi nombreux que ceux du chloroforme.

Mais l'éther a cependant, pour lui, quelques avantages : Il est précieux dans les opérations rapides, car le sommeil arrive promptement, le réveil se fait de même. Il déprime moins les malades, et il l'emploie volontiers chez les malades affaiblis qu'il faut réopérer.

Il ne pense pas, comme M. Poncet l'a dit, que l'éther ne détermine que des accidents pulmonaires et le chloroforme des accidents cardiaques. Le chloroforme aussi est capable de déterminer des accidents du côté du poumon.

M. Quenu ne comprend pas non plus pourquoi on ne donnerait pas l'éther aux enfants, puisque ceux-ci ont de puissants émonctoires.

Enfin il pratique, quand il le faut, l'anesthésie mixte; une injection de morphine est souvent d'un puissant secours chez les gens excitables, qui ont une telle excitabilité qu'on ne peut pas les endormir. Il connaît des exemples de malades qu'on a dû, à cause de cela, renoncer à endormir. L'injection de morphine réussit fort bien dans ces cas.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mai 1895

On sait que dans certains cas l'asystolie ne se manifeste que par de la congestion hépatique, toutes les autres conséquences de l'hypertension intra-veineuse faisant défaut ou à peu près. Les cardiaques font alors « toute leur asystolie dans le foie ». D'où le nom d'*asystolie hépatique*, par lequel M. Hanot a désigné les cas de ce genre.

Comment expliquer l'asystolie hépatique? En 1883, M. Mathieu a montré que chez les alcooliques la congestion hépatique d'origine cardiaque prenait un développement plus considérable. Mais l'asystolie hépatique ne s'observe pas uniquement chez les alcooliques et ne s'explique pas toujours par un état morbide préalable du foie. Ne peut-elle résulter parfois d'une condition anatomique particulière? Le mode d'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure ne peut-il pas jouer un rôle dans sa production? Déjà M. Parmentier a rapporté dans sa thèse un cas, du service de M. Hanot, dans lequel on voyait, au niveau de l'embouchure des veines sus-hépatiques, un golfe tellement considérable que la veine cave n'était rien auprès de lui; peu à peu il avait absorbé à son profit l'espace réservé en commun aux veines sus-hépatiques et à la veine cave.

Dans un fait d'asystolie hépatique qu'il vient d'observer chez une femme atteinte d'une lésion mitrale congénitale, M. Hanot a pu se rendre compte, à l'autopsie de la malade, de l'influence du mode d'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave. Les veines sus-hépatiques, en effet, formaient trois gros troncs, dont les diamètres réunis dépassaient de plus de moitié le diamètre de la veine cave; en outre, elles arrivaient à celle-ci par un trajet oblique, presque parallèle. On conçoit donc qu'à chaque régurgitation de l'oreillette droite, le sang s'engageait en plus grande abondance dans les veines sus-hépatiques, presque aussi facilement et aussi directement que dans la veine cave inférieure; d'où la congestion prédominante du foie, l'asystolie hépatique. La disposition particulière des veines sus-hépatiques est, dans ce cas, à rapprocher de la lésion congénitale du cœur.

Dans un fait analogue, que M. Hayem a observé récemment, les veines sus-hépatiques étaient aussi considérablement dilatées. L'ascite avait été abondante et on avait dû pratiquer plusieurs ponctions. Le foie avait notablement diminué de volume. Mais la congestion du foie suffit-elle,

à elle seule, pour déterminer de la cirrhose? M. Hayem ne le pense pas; à la cause mécanique viennent sans doute s'ajouter des troubles digestifs; la muqueuse gastrique présentait des altérations chroniques d'atrophie glandulaire dans le cas de M. Hayem. M. Hanot rappelle d'autre part que M. Tapret a fait, sur ce sujet, une intéressante étude, dans laquelle il a montré que la congestion seule ne suffit pas pour produire la cirrhose, mais qu'il faut en outre, soit l'alcoolisme, soit des troubles dyspeptiques anciens. Au Congrès de Rome, M. Monpurgo, qui avait repris la question, disait : *la congestion ne néoforme pas.* Il faut donc, pour que la cirrhose se produise, l'intervention d'une intoxication, d'une infection intercurrente. Voilà pourquoi il est si important de soigner l'estomac des cardiaques; le régime lacté, en réduisant au minimum l'intoxication gastro-intestinale, rend donc à ce point de vue des services considérables.

— Il y a quelques semaines, M. Debove présentait à la Société un cas de névrose traumatique, à propos duquel M. Rendu fit quelques réserves sur la possibilité d'une lésion organique. Or, il y a une vingtaine de jours, on amenait dans le service de M. Rendu un homme qui avait été frappé d'hémiplégie, après une chute dans laquelle il s'était fait une plaie légère de la joue et de l'oreille du côté droit. Le malade n'avait pas perdu connaissance, mais il n'avait pu se relever à cause de son hémiplégie. L'état général du malade était excellent, il n'avait pas de fièvre, pas de céphalagie, aucun trouble de l'intelligence. On ne trouvait aucun signe de fracture du crâne. Le côté droit était paralysé et en même temps anesthésié. M. Rendu porta le diagnostic de névrose traumatique.

Pendant les trois premiers jours, l'état resta le même. Puis la parole devint un peu moins facile, l'esprit plus lourd. Quelques jours après se produisait une attaque d'épilepsie jacksonnienne.

M. Rendu montra alors son malade à M. Routier, qui pratiqua la trépanation. On trouva une contusion cérébrale avec atrition et destruction de la substance nerveuse, qui formait un magma noirâtre sous la pie mère. M. Rendu fait remarquer que ces lésions siégeaient du côté opposé à celui qui avait porté dans la chute, et que si, au lieu de ces grosses altérations, il n'y avait eu que de petites hémorragies punctiformes, on ne serait pas intervenu chirurgicalement et le cas aurait été regardé à tort comme un cas de névrose traumatique.

Un fait assez analogue a été observé par M. Siredey, il y a quelques jours. Un malade, entré dans un service de chirurgie pour un traumatisme de la tête n'ayant entraîné ni paralysies ni troubles intellectuels, y contracte une pneumonie double dont il meurt. A l'autopsie on trouva, du côté opposé à celui sur lequel le traumatisme avait porté, des lésions profondes des circonvolutions avoisinant la scissure de Sylvius.

— Les deux faits que M. Du Cazal rapporte ensuite sont deux exemples intéressants de fièvres intermittentes à manifestations particulières. On sait combien le diagnostic peut rester hésitant en face de cas semblables, si on n'a pas l'attention attirée par une circonstance quelconque sur la possibilité du paludisme.

Un soldat, âgé de vingt-deux ans, ayant toujours été bien portant, fut pris au mois de mars dernier, et à deux reprises différentes, de fièvre, de douleurs abdominales avec vomissements; ces troubles disparurent rapidement, mais se reproduisirent plusieurs fois encore en avril. Le malade fut envoyé au Val-de-Grâce avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Il avait une fièvre vive (40°), et se plaignait de douleurs abdominales intenses. Au dessus du pubis on croyait sentir une tumeur; cette région était très douloureuse; la rate était grosse; les urines contenaient un peu d'albumine. M. du Cazal se demanda s'il ne s'agissait pas dans ce cas d'une suppuration profonde. La température s'abaissa rapidement; l'état général était excellent dès le lendemain. Le troisième jour, nouvelle poussée fébrile, nouvelles douleurs, qui disparurent aussi le lendemain. Deux jours après, nouvel accès. Cette fois, M. du Cazal, frappé du retour régulier des accidents, en comprit la nature et prescrivit la quinine. Les accès ne reparurent plus. Ce que l'on sentait dans la région hypogastrique n'était autre chose que la rate qui avait pris un volume énorme; elle mesurait, en effet, 20 centimètres de long sur 18 de large.

Il s'agit ici de fièvres intermittentes d'origine parisienne; on faisait des travaux de terrassement près de l'endroit où couchait le malade. L'énorme développement de la rate s'étant produit d'une façon si rapide est un des points particulièrement intéressants de cette observation.

Dans l'autre fait rapporté par M. du Cazal, un soldat qui avait été atteint, il y a quelques années, de fièvres intermittentes en Afrique, entre au Val-de-Grâce pour une hyperkinésie du spinal. Le malade était obligé de rester couché sur le dos; dès qu'il se redressait, la tête était violemment attirée en arrière, et il était pris de vertiges. Le bromure de potassium qui lui fut prescrit n'amena aucune modification de son état. Mais quelques jours après il eut un petit accès de fièvre, et on lui donna du sulfate de quinine. L'hyperkinésie du spinal disparut aussitôt.

Il s'agissait donc là d'une forme larvée de fièvre paludéenne; le malade, qui continue à prendre de la quinine, est actuellement guéri de ces troubles nerveux.

H. Richardière et Fournier.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

M. S. Sergent a étudié expérimentalement certains points obscurs de l'histoire de la tuberculose des voies biliaires. A l'autopsie des tuberculeux on trouve souvent, disséminés dans le foie, quelques granulations pures présentant à leur centre un point verdâtre; ce sont des tubercules péribiliaires. Quelquefois les granulations sont beaucoup plus volumineuses; leur centre est alors complètement ramolli et formé par une sorte de boue verdâtre; ce sont des cavernes biliaires, petites ou grosses. De temps en temps, mais beaucoup plus rarement, on rencontrera un foie criblé de tubercules ou de cavernes semblables; tantôt on ne trouvera qu'une grêle de tubercules miliaires péribiliaires; tantôt on ne trouvera qu'une multitude de cavernes; tantôt, et ce sera le plus souvent, les deux aspects se rencontreront côte à côte. Dans ce cas, fréquent surtout chez les enfants, il semble qu'il y ait une sorte de systématisation biliaire de la tuberculose hépatique; c'est là une véritable angiocholite tuberculeuse; c'est à cette forme qu'il convient de réserver le nom de tuberculose des voies biliaires. Cruveilhier donnait à ces cavernes le nom de kystes biliaires et se refusait à les regarder comme étant de nature tuberculeuse. Barrier, Billier et Boittez avaient les premiers reconnu leur origine et décrit nettement leur aspect. Sabourin en a fait une étude remarquable.

Dans le cas de tuberculose des voies biliaires, aussi bien chez l'homme que chez les animaux, on trouve un et quelquefois plusieurs ganglions cancéreux dans l'angle pancréatico-duodénal.

M. Sergent a eu occasion d'observer un cas de tuberculose aiguë du foie; elle affectait la forme miliaire.

— M. J. Monod a observé, chez une malade ayant succombé à des accidents infectieux accompagnés d'ictère survenue dans la puerpéralité, des associations microbiennes remarquables. Des parcelles de foie sous forme de putréfaction renfermaient trois microbes : le streptocoque, le bacille du côlon, le vibrion septique ; un agent aérobie, un agent à la fois aérobie et anaérobie. On a retrouvé ses bactéries à l'autopsie. De plus, on a pu constater, en dehors de l'hypertrophie de la rate, de la dégénérescence des reins, des altérations profondes de la glande hépatique.

La tuberculisation des voies biliaires peut se faire de dehors en dedans ou de dedans en dehors, et Sabourin se rallie à la première opinion. M. Sergent a voulu vérifier le fait expérimentalement. Il est arrivé à montrer que la tuberculisation non systématisée se fait de dehors en dedans (chiens tuberculisés par la voie veineuse) et la tuberculisation systématisée de dedans en dehors (infection tuberculeuse ascendante des voies biliaires — chiens inoculés dans le cholédoque, avec ou sans ligature).

Quoi qu'on en ait dit, le bacille de Koch ne perd pas, même par un séjour prolongé dans la bile, son pouvoir de développement ni son caractère de virulence.

Par places existent des ilots de nécroses, des restes d'abcès putrides contenant un pus rougeâtre, des débris du tissu cellulaire, des filaments gangrénés de ce tissu, en outre quelques gaz. On a donc pu déterminer l'existence d'une triple infection à origines probablement multiples; le vibrion procédait sans doute de l'intestin, probablement aussi le bacille du côlon ; quant au streptocoque, il dérivait peut-être également de ce tube digestif, mais peut-être de l'extérieur. Quoi qu'il en soit, ce fait montre que, dans la puerpéralité, en dépit des précautions prises au point de vue septique ou antiseptique, du moins, des instruments, etc., l'infection peut néanmoins se produire; il est en effet difficile, quoiqu'à la rigueur possible, de soutenir que ces trois germes ont été inoculés par l'accoucheur ou ses aides. On peut expliquer la prédominence des lésions hépatiques en remarquant que l'éclampsie détermine des foyers hémorragiques dont on a retrouvé des traces dans ce cas.

Cette observation met en lumière la dépréciation locale, ce lieu de moindre résistance appelant l'infection, la rendant singulièrement grave..

— MM. Ch. Porcher et G. Desoubry ont démontré que le sang de la circulation générale du chien peut contenir des microbes. Un grand nombre de ceux qui sont apportés par le chyle s'arrêtent au niveau du poumon. Ils ne s'y arrêtent cependant pas tous, car on en retrouve dans le sang artériel de la grande circulation. Les organes, en général, constituent également des filtres à l'égard des microbes qui leur sont apportés. Comme le poumon, ils ne les retiennent pas tous, car on en rencontre encore dans le sang veineux de la grande circulation. L'état de jeûne abaisse, sans le rendre nul, le nombre des bactéries contenues dans le sang.

— M. Jacquot a présenté une note sur un cas de septicémie puerpérale traitée au moyen du sérum antistreptococcique. Son observation démontre que le sérum antistreptococcique employé par Charvin et Roger peut abaisser rapidement la température et arrêter l'évolution d'une septicémie qui aurait peut-être guéri, mais qui certainement se serait prolongée pendant un temps plus long.

Étudiants en médecine. — Le rapport des étudiants en médecine au chiffre de la population est de 61 pour 100,000 habitants en Italie. Ce rapport est de 63 pour 100,000 en Allemagne, et en France de 57 pour 100,000.

REVUE DES THÈSES DE MÉDECINE

Contribution à l'étude de la Tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques, par M. Jacquinet, ancien interne des hopitaux. — Thèse de doctorat. Paris, 1895.

Il est assez fréquent de voir des accidents pulmonaires venir compliquer l'évolution de la syphilis. Ces complications sont connues depuis fort longtemps, puisque Ambroise Paré en parle dans son Livre XVI, mais leur nature en était discutée. Les uns pensaient que c'était là une lésion vraiment due à la syphilis, les autres en faisaient purement et simplement une phtisie. Actuellement, il est démontré que les lésions pulmonaires qui surviennent chez les syphilitiques doivent être rattachées à deux causes différentes : les unes sont véritablement de nature syphilitique et, par conséquent, justiciables du traitement antisyphilitique; les autres rentrent dans le cadre des manifestations tuberculeuses.

L'auteur de cette thèse s'est proposé d'étudier l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Si la syphilis survient chez des individus déjà atteints de tuberculose pulmonaire, elle aggrave celle-ci et précipite sa marche. Si, au contraire, la tuberculose vient à se développer chez un syphilitique, elle se comporte de deux façons différentes : elle évolue d'une façon rapide si la syphilis est dans sa période secondaire; elle offre au contraire une marche lente et torpide si elle survient dans la période tertiaire.

La syphilis joue un double rôle à l'égard du bacille tuberculeux. En affaiblissant le terrain, elle permet l'éclosion du bacille de Koch et, d'autre part, par les lésions de l'appareil pulmonaire, elle permet l'inoculation de ce même bacille tuberculeux.

Quant aux pleurésies de la période secondaire de la syphilis qui ont été récemment décrites, M. Jacquinet pense avec son maître Landouzy, qu'elles sont de nature bacillaire.

Le diagnostic entre la syphilis pulmonaire et la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques, ne peut se faire que par l'examen bactériologique de l'expectoration.

Comme conclusion à cette étude intéressante, l'auteur cite ces paroles de M. le professeur Landouzy : « Parmi les associations infectieuses, il n'est pas de pire, pas de plus redoutable que la combinaison d'une syphilis et d'une tuberculose. »

Recherches sur la bronchite membraneuse primitive, par le Dr J. Magniaux, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Thèse de Paris, 1895.

Connues de toute antiquité, les bronchites à fausses membranes n'ont vu leur nature bien établie que récemment. La bactériologie a dissocié peu à peu le groupe compact de ces bronchites. C'est ainsi qu'on a établi l'existence de la bronchite membraneuse diphtérique, la bronchite et la broncho-alvéolite fibrineuse à pneumocoques. Mais toutes ces bronchites étaient secondaires à des affections de même nature de la trachée ou du poumon : le groupe des bronchites primitives restait encore un peu méconnu dans sa nature.

C'est ce point que M. Magniaux a voulu éclairer en rapportant une observation très importante et très complete de bronchite membraneuse primitive. L'affection, qui se termina par la mort, permit à M. Magniaux de faire une étude complète du cas, au point de vue anatomo-pathologique et bactériologique. L'examen sur lamelles, sur cul-

tures et par inoculation, permit d'apprécier qu'il s'agissait d'une bronchite membraneuse causée par le diplo-bacille de Friedlander. M. M.

LES LIVRES NOUVEAUX

Les Aortites, par le Dr M. Bureau. — Rueff et Cie, éditeurs. Paris, 1895.

M. le Dr Bureau est depuis longtemps familier avec l'étude des aortites. Dans sa thèse inaugurale il avait surtout décrit l'aortite chronique; le livre qu'il vient de publier nous donne toute l'histoire des aortites aiguës et chroniques. Cette division, commode pour la description, ne répond du reste pas à la réalité des faits, et il conviendrait de séparer, plus nettement que ne l'a fait l'auteur, ces deux formes d'aortites.

Le travail de notre confrère est parfaitement au courant des recherches les plus récentes sur la question. Pour lui, l'aortite aiguë primitive n'existe pas. Les plaques gélatiniformes qui en sont la lésion caractéristique ne se trouvent jamais seules, toujours il y a en même temps des lésions d'athérôme. Aussi doit-on considérer l'aortite aiguë comme toujours secondaire à une aortite chronique ou à une maladie générale. M. Bureau considère l'athérôme aortique comme un trouble trophique et rejette la théorie d'après laquelle il s'agirait d'une lésion infectieuse.

Nous ne pouvons que nous borner à indiquer ces deux points particuliers du travail de l'auteur, et recommandons la lecture de son livre à tous ceux qu'intéresse l'obscure question des aortites. Ils y trouveront des éléments d'un diagnostic trop rarement porté.

Le Phénol sulforicíné dans la Tuberculose laryngée, par le Dr Albert Ruault, médecin à la clinique laryngologique de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris. — Brochure in-8°. Masson, éditeur. Paris, 1895.

L'auteur qui avait signalé, dès 1889, l'efficacité des applications locales de ce médicament dans la phtisie laryngée, en fait aujourd'hui l'étude complète et détaillée, aux points de vue pharmacologique, technique et thérapeutique. Les résultats de la médication sur 400 malades traités ainsi, depuis près de six ans, de tuberculose du larynx, du pharynx et des premières voies, établissent nettement que le phénol sulforicíné est très supérieur à l'acide lactique et à tous les autres topiques employés en pareil cas.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours de prosectorat :* Ce concours s'est ouvert le 27 mai, avec le jury suivant : MM. Farabeuf, Tillaux, Le Dentu, Gley, Poirier.

Candidats : MM. Auvray, Baraduc, Baudet, Bouglé, Launay, Mayet, Riche, Robineau, Savariaud.

Le sujet de la composition écrite a été le suivant : « Vaisseaux sanguins et lymphatiques du poumon. Circulation pulmonaire. Plaies du poumon. »

Concours d'agrégation (anatomie, physiologie, histoire naturelle) : Voici les sujets donnés pour l'épreuve de trois quarts d'heure :

Évolution de la matière sucrée dans l'organisme animal. — Le travail du cœur. — La digestion gastrique. — Le centre nerveux de la respiration. — Les champignons parasites du cuir chevelu. — Les plantes qui fournissent les essences sulfureuses.

Concours de l'adjuvat : Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Fredet, Lapointe, Pasteau, Courtilliet et Bois.

Concours du prosectorat des hôpitaux de Paris : Un concours pour deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux s'ouvrira le jeudi 25 juillet 1895, à quatre heures, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Le registre d'inscription, ouvert à onze heures, le lundi 24 juin, sera clos le lundi 8 juillet, à trois heures.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Audiguier (de Toulouse) est nommé chevalier du Mérite agricole.

Corps de santé de la Marine. — Par suite de la réorganisation des études médicales, il est créé une chaire d'histologie et de physiologie et un poste de prosecteur d'anatomie dans chacune des trois Écoles annexes de médecine navale.

A cet effet, il sera ouvert dans l'un des ports, le 23 septembre prochain, un concours pour les trois places de professeurs de la nouvelle chaire. Y seront admis les médecins de 1re classe se trouvant dans les conditions indiquées par la circulaire du 25 mai 1895.

Dans le même port aura lieu, le 30 septembre prochain, un concours pour les trois postes vacants de prosecteurs d'anatomie. Y seront admis les médecins de 2e classe se trouvant dans les conditions indiquées par la circulaire du 25 mai 1895.

Congrès de gynécologie. — La séance d'ouverture du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, préalablement fixée au 12 août 1895, aura lieu le 8 août.

Maternité. — Est renvoyée à la cinquième commission du Conseil municipal de Paris une proposition de M. Navarre, décidant que la sage-femme en chef de la Maternité sera nommée au concours et que seront admises à concourir les doctoresses en médecine et les sages-femmes de 1re classe.

— La nouvelle Maternité de Beaujon a été inaugurée cette semaine. Elle comprend cinquante-huit lits au lieu des seize que renfermait l'ancienne salle. Un pavillon d'isolement a été construit auprès du bâtiment principal. L'ensemble de la Maternité a coûté 500,000 francs, soit 8,500 francs par lit.

Faculté de Médecine de Nancy. — Un concours s'ouvrira le 20 novembre 1895, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'École de médecine de Besançon.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Revue générale : Tétanos céphalique. *(Suite et fin.)*
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Méfaits du tatouage.
IV. Académie et Sociétés savantes :
1° Académie de Médecine;
2° Société de Chirurgie;
3° Société médicale des Hôpitaux;
4° Revue de la Société de Thérapeutique.
V. Revue de la Presse française : Médecine.
VI. Échos et nouvelles.

REVUE GÉNÉRALE

Tétanos céphalique

SUITE ET FIN (1)

Action du virus sur les muscles de la face. — Elle est véritablement *paradoxale;* car, dans un cas, il produit la *contracture*, et dans l'autre, la *paralysie*. Il nous faut donc donner un tableau de ces deux types si contraires.

La physionomie d'un *malade contracturé* présente les caractères suivants : nous reproduisons la description de Duplay, car, d'après Brunner, c'est la meilleure de toutes celles qui ont été données : l'asymétrie du visage est complète. D'un côté, la physionomie est naturelle; de l'autre, elle est grimaçante et présente un « rire sardonique ». La moitié du front est ridée; le sourcil est contracté; la fente palpébrale est rétrécie. Les paupières sont demi-closes et immobiles; le malade ne peut les écarter volontairement. La fente labiale est déviée, elle est oblique de haut en bas, et de dedans en dehors. Les lèvres supérieure et inférieure du côté contracturé sont plus saillantes. Il existe de plus, au menton, une dépression correspondant au muscle de la houppe du menton contracturé.

Cette asymétrie s'accuse dans les moindres mouvements, et surtout dans le rire. Si le malade essaie d'ouvrir la bouche, la difformité est tout à fait singulière. Du côté sain, les lèvres s'écartent normalement; du côté malade, les lèvres restent accolées l'une à l'autre.

Voyons maintenant le tableau d'un individu atteint de paralysie unilatérale de la face, causée par le poison tétanique.

C'est le tableau de la *paralysie faciale*, bien connue, et que nous ne ferons que retracer à grands traits. L'asymétrie est patente. Le côté malade est flasque, les tissus pendent, et tous les organes de la face semblent situés sur un plan inférieur à celui du côté opposé. Les sillons et les méplats du visage sont effacés, et la peau du côté malade a un aspect lisse et uni. Le sourcil est abaissé; mais un des caractères les plus frappants, est l'ouverture fixe de l'œil. Les paupières sont largement ouvertes, et l'œil semble augmenté de volume. Il se produit même souvent de l'épiphora.

Pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration, on voit la joue flasque suivre les mouvements de l'air qui entre et qui sort. L'angle de la bouche est déprimé, entr'ouvert, et laisse souvent couler un peu de salive. La commissure du côté sain est relevée et la bouche est oblique. Enfin il existe des troubles fonctionnels du côté de la parole et de la mastication.

Cette paralysie est-elle *partielle* ou *complète?* Elle est complète dans la très grande majorité des cas, quand la maladie est complètement établie; mais elle peut être partielle au début, affectant d'abord les muscles les plus voisins du point d'inoculation, pour gagner petit à petit les plus éloignés. Il existe cependant un cas, celui de Middelporf, dans lequel la paralysie est restée toujours limitée, toujours partielle.

Cette paralysie siège presque toujours du même côté que la blessure (21 fois sur 28, Villar); mais elle peut être quelquefois bilatérale, et cela existe toujours quand la plaie siège sur la ligne médiane (Brunner). Enfin, fait tout à fait digne d'attention, et qui a exercé la sagacité des chirurgiens, cette paralysie a été rencontrée du côté opposé à celui de la blessure. (Observations de Pollock, Lehrnbecher, Terrillon; mais y avait-il vraiment paralysie?)

Enfin cette paralysie peut remonter plus haut, et s'étendre aux branches du facial qui naissent dans l'intérieur du rocher. Dans ce cas, il doit y avoir déviation de la luette, et Von Whal a retrouvé cette déviation dans cinq cas.

Enfin Brunner soutient que la contracture débute toujours, que la paralysie ne fait que lui succéder, ce qui est d'accord avec la pathogénie qu'il soutient et avec les faits expérimentaux. Cependant chez beaucoup de malades les auteurs parlent de paralysie sans contracture préalable; à ceci, Brunner répond que l'observation a été mal prise.

Dysphagie et hydrophobie. — Ces symptômes n'ont plus l'importance que Rose leur donnait. D'abord ils sont rares, à ce point que les phénomènes d'hydrophobie ont pu être contestés par certains auteurs. Villar va presque jusqu'à les nier; mais ils ont été observés d'une façon indéniable, l'observation de M. Reclus en est une preuve. Il

(1) Voir le numéro précédent.

est dit que lorsque le malade voyait un verre, ou lorsque l'on parlait de boire, il présentait une véritable attaque d'hydrophobie. C'est donc une exception.

La dysphagie est plus fréquente et est signalée à peu près dans la moitié des cas. Brünner dit 27 fois seulement sur 60. Elle se manifeste par une difficulté, d'abord légère, dans la déglutition, qui ne tarde pas à augmenter. Bientôt toute ingestion de liquide est rendue impossible, et Larrey cite une observation dans laquelle la sonde œsophagienne se heurtait au fond du pharynx comme sur un obstacle.

Ces troubles dysphagiques et pharyngiens ne sont, du reste, pas spéciaux au tétanos céphalique; on les rencontre plus rarement, il est vrai, mais on les rencontre dans le tétanos ordinaire. Ce sont donc des symptômes sur la limite de ces deux formes de l'empoisonnement tétanique.

Contractures consécutives. — Les contractures peuvent gagner le cou dans la zone du spinal et déterminer du côté du trapèze et du muscle sterno-mastoïdien un véritable *torticolis spasmodique*. Il est même des cas très rares dans lesquels les contractures se généralisent, et les spasmes gagnent le tronc et les membres, donnant ainsi lieu à un véritable tétanos généralisé.

Troubles de la sensibilité. — Il existe des douleurs qui, sourdes au début, augmentent d'intensité surtout au moment des crises; mais chose curieuse, au point de vue de la sensibilité, jamais le trijumeau sensible n'est intéressé. C'est à peine si on a noté un cas d'anesthésie et un cas d'hyperesthésie (Klemm), tandis que dans les observations de Rose, Gueterbrock, Perret Lannois, Rémy Villar, Reclus, Guimaraës, etc.), la sensibilité est notée comme normale.

Troubles oculaires. — On a noté, dans de rares faits, des déviations de l'axe de l'œil dans la sphère du moteur oculaire commun et du pathétique, et du côté de la pupille un peu de myosis.

Troubles respiratoires. — Ceux-ci, dans les cas graves, sont assez fréquents (18 fois sur 59); ils se manifestent par des étouffements faciles à expliquer par la contracture de la glotte, et peuvent même déterminer la mort.

Température. — Enfin la température n'atteint pas les 40°, 41°, qu'on rencontre dans le tétanos ordinaire et n'a jamais dépassé 39.5 (Gueterbrock). Albert, dans sa thèse, soutient même que l'état est toujours apyrétique, ce que nie M. Brunner, et avec raison.

Marche, durée, terminaison, pronostic. — Le tétanos céphalique peut affecter une *marche aiguë* ou une *marche chronique*. Brunner, sur 50 observations, donne 24 cas aigus et 30 chroniques; nous croyons cette proportion exagée, car il est toujours difficile de savoir où cesse la période aiguë et où commence la période chronique. Il faut savoir que le tétanos céphalique a une marche plus lente que le tétanos traumatique ordinaire, et que c'est plutôt une affection chronique.

La mort, dans les cas rapides, peut arriver en trois jours, tandis que, dans les cas à marche lente, elle ne peut se montrer qu'au bout de quarante à soixante jours, et elle peut être subite; il en existe une observation.

Quand il y a *marche vers la guérison*, les lésions restent localisées, les spasmes deviennent de plus en plus rares, le trismus devient moins fort et la paralysie faciale finit par disparaître; mais il faut savoir que c'est elle qui disparaît toujours la dernière. Il existe cependant trois ou quatre observations dans lesquelles la paralysie avait disparu lorsqu'il existait encore du trismus.

Quand la *marche est fatale*, le moindre mouvement détermine une crise de spasmes dans les muscles contracturés, les crampes augmentent de fréquence, gagnent le cou, et la mort arrive par l'appareil circulatoire ou respiratoire; mais la face, le pharynx, le larynx et le diaphragme sont les seules parties atteintes, et ce n'est que dans de très rares exceptions que les contractures se généralisent.

Le pronostic est beaucoup moins grave que celui du tétanos ordinaire. Les chiffres seuls le montrent.

Villar arrive à une mortalité de 42 %, et Brunner, de 58 %, mortalité relativement faible, si on la compare à celle du tétanos traumatique : 83 % (Larrey); 83 % (Rose); 88 % (Mathieu).

On peut donc dire que le tétanos céphalique est beaucoup moins grave que le tétanos ordinaire, et il l'est encore beaucoup moins chez les enfants et chez les personnes âgées de moins de vingt-huit ans, d'après la remarque de Hadlich.

Enfin, les complications sont rares, sauf celles qui font partie de la maladie. La gangrène foudroyante n'est pas signalée comme ayant accompagné le tétanos céphalique. On sait combien cette infection est fréquente dans le tétanos traumatique.

Formes. — Après ce que nous venons de dire, on voit qu'il est inutile de décrire, comme le faisait encore Villar dans sa revue, une forme hydrophobique, une forme dysphagique, une forme paralytyque; mais on doit savoir qu'il peut exister plusieurs modalités cliniques : une forme avec contracture unilatérale, simulant la paralysie faciale, une forme avec paralysie faciale et contracture du masseter; enfin une forme avec paralysie bilatérale qui se rencontre, d'après Brunner, dans les cas où la plaie siège sur la ligne médiane et a infecté en même temps les deux côtés du visage.

Diagnostic. — Le diagnostic du *tétanos céphalique* est facile quand la maladie est arrivée à la période

d'état et que les symptômes sont bien indiqués; mais à la période de début, quand la plaie a été insignifiante ou a passé inaperçue, on peut songer à une contracture du masseter consécutive soit à une périostite alvéolo-dentaire, soit à l'évolution de la dent de sagesse. Il suffira d'examiner la bouche pour être fixé, d'autant plus que le simple écartement des mâchoires suffira pour déterminer une convulsion clonique des muscles élévateurs dans le tétanos.

La paralysie faciale doit être aussi diagnostiquée, et tout d'abord il n'est pas toujours facile de dire si elle existe ou si elle n'existe pas. La contracture du côté opposé tend les muscles, change le rapport des sillons et des méplats, et peut faire croire à une fausse paralysie; c'est ce qu'a fait remarquer Terrillon, qui dit « que le côté pseudo-paralysé n'était pas aussi flasque que dans la paralysie habituelle ». Du reste, dans son premier mémoire, en 1890, Brunner niait, à tort du reste, cette paralysie que Klemm soutenait avec raison. Aujourd'hui, elle est reconnue de tous; existe quarante-quatre fois sur soixante, et doit être tout d'abord reconnue par l'examen clinique.

Confondra-t-on au début cette paralysie avec une paralysie faciale, d'origine centrale? Non, car cette dernière n'existe pour ainsi dire pas, sans être accompagnée de paralysies des nerfs voisins.

La paralysie *a frigore* ne sera pas non plus confondue, pas plus que celle consécutive, à une suppuration de la caisse; le trismus est toujours là pour éclairer le diagnostic.

Que faut-il dire encore de la confusion possible du tétanos céphalique avec la rage? Qu'un simple examen attentif permettra de reconnaître que dans cette dernière il n'y a pas de trismus, pas de paralysie faciale, et qu'au contraire, dans le tétanos, les symptômes d'hydrophobie sont excessivement rares.

Étiologie. — Deux points doivent être traités. Le premier a trait à la théorie du tétanos céphalique, elle a été reconnue infectieuse; c'est la même que celle du tétanos ordinaire : nous laisserons ces faits de côté. Le second doit étudier le *siège de la plaie;* toujours, nous le répétons, dans le domaine des douze paires crâniennes. Il existe cependant une exception : c'est l'observation de M. Larger, dans laquelle la plaie était au doigt. Un fait peut-il en infirmer tant d'autres? N'y avait-il pas eu inoculation de la face? M. Larger nous dit qu'il a cherché avec le plus grand soin la solution de continuité au visage, et qu'il ne l'a pas rencontrée. Mais peut-être existait-il dans la cavité buccale une excoriation, et le blessé a-t-il porté son doigt à la bouche? Nous avons cité ce fait pour être complet; nous n'y insisterons pas davantage.

Il est curieux de remarquer que dans trois ou quatre observations, une petite ulcération de la muqueuse buccale, déterminée par une dent cariée, a suffi pour être la porte d'entrée de l'infection. On a cité aussi un cas de plaie opératoire. Le sexe n'a pas d'importance; ce sont surtout les hommes qui sont atteints (47 hommes pour 11 femmes); cela se comprend, puisqu'ils sont plus exposés que les femmes aux chances d'inoculation. Il en est de même des enfants (8 enfants sur 59 cas. Brunner).

Anatomie pathologique. — Elle sera courte, car l'autopsie n'a rien appris sur le tétanos céphalique.

Le nerf facial a été examiné onze fois, et toujours avec un résultat négatif : ni inflammation ni compression; rien d'anormal.

Les méninges ont été trouvées saines. On a bien rencontré un peu d'hypérémie de la dure-mère. Dans un cas de Wagner, un petit épanchement sanguin entre le crâne et la dure-mère est signalé. Dans ceux de Von Wahl et de Lannois, il existait un peu de liquide lactescent dans l'espace sous-arachnoïdien, mais les malades étaient cardiaques et œdémateux.

Du côté du *cerveau* et de *la moelle,* peut-être un peu de congestion dans un petit nombre d'observations, mais rien dans la majorité des cas. Enfin, dans les *poumons*, des lésions congestives constantes, ce qui n'a rien d'étonnant, puisque nous savons que ces maladies présentent des troubles de la respiration, dus à des manifestations laryngées.

Pathogénie. — Beaucoup de théories ont été données. Elles ont toutes pour but d'expliquer dans le tétanos, maladie convulsivante, l'apparition d'une paralysie du facial. Nous allons passer rapidement sur les théories anciennes pour arriver à la seule sérieuse, celle de l'infection.

Théorie de Rose. — Plaie, inflammation des extrémités du nerf facial; propagation de l'inflammation du tronc dans le canal de Fallope. Tuméfaction, étranglement, paralysie. — *Réfutation:* Jamais on a constaté la moindre névrite, même pas Rose, lui-même, qui a fait l'autopsie d'un malade de Bernhardt.

On peut rapprocher de ces idées celle qui voudrait attribuer la paralysie faciale à une paralysie *a frigore* concomitante chez un tétanique exposé au froid humide, comme cela est reconnu dans plusieurs observations. La citer, c'est la réfuter.

Opinion de Triglia. — La paralysie est due à un foyer hémorragique dans le noyau du facial. — *Réfutation:* Jamais cette lésion n'a été rencontrée à l'autopsie. Pourquoi dans le bulbe, où il y a tant de noyaux voisins du facial, ce nerf serait-il seul atteint? La paralysie a toujours été reconnue complète, ce qui n'existe pas dans les paralysies nucléaires du nerf facial.

Opinion de Leyden. — Il soutient aussi l'origine bulbaire, s'appuyant simplement sur ce fait qu'à

côté de la paralysie faciale existent des troubles de la déglutition : ce qui existe dans les affections du bulbe. — Même réfutation que pour Triglia.

Opinion de Guiffré. — Ce n'en est pas une. La blessure qui a causé le tétanos a déterminé dans le nerf une altération qui reste localisée dans le tronc et dont nous ignorons l'essence.

Opinion de Villar.— Cet auteur ayant observé que le tétanos céphalique accompagnait de violents traumatismes, a émis l'hypothèse d'une fracture du rocher donnant lieu plus tard à une paralysie tardive du facial, analogue à celle qu'a décrite notre collègue et ami Demoulin. — *Réfutation :* Elle est malheureusement trop facile; les cas de paralysie faciale tétanique étant nombreux dans lesquels le traumatisme a été insignifiant.

Opinion de Houques. — Dans sa thèse de 1894, Houques explique la paralysie faciale par réflexe du trijumeau sur le nerf facial. Les contusions du nerf sensible, dit-il, sont très faciles à la face, parce que ses extrémités périphériques reposent presque toutes sur un plan osseux. — *Réfutation :* Comment expliquer alors la paralysie céphalique quand il n'y a eu qu'une ulcération buccale consécutive à une carie dentaire? Par le gonflement du périoste, répond M. Houques. Mais pourquoi le réflexe du trijumeau sensible ne se manifeste-t-il pas sur le trijumeau moteur et va-t-il prendre la voie des anastomoses pour déterminer une paralysie faciale ?

Théorie infectieuse. — Nous arrivons à la seule théorie sérieuse, celle de l'infection. On sait que le tétanos est produit par le bacille de Nicolaïer et ses toxines. Il en est de même du tétanos céphalique. Albert, en 1890, dans sa thèse, n'avait pas pu trouver encore une observation dans laquelle ce bacille avait été rencontré; mais depuis Nicolaïer, lui-même, Widmann, Poisson et Rapin et bien d'autres l'ont signalé, et le seul point intéressant consiste à chercher, comment produisant des contractures dans le tétanos ordinaire, il produit une paralysie du nerf facial dans le tétanos céphalique.

Albert, dans sa thèse, explique d'abord la localisation de l'agent infectieux en comparant ce qui se passe dans le tétanos céphalique à ce qui se passe dans la diphtérie. Ce sont des faits de même ordre, et le microbe de Nicolaïer, comme celui de Klebs, peut localiser ses effets sur le point de l'économie où il s'est fixé. Il existe, de plus, une ptomaïne isolée par Briéger, qui a nom tétanotoxine, et qui serait susceptible de produire expérimentalement de la paralysie après avoir donné lieu au début à des contractures. Cette toxine agirait sur le territoire du facial en pouvant même en respecter certaines parties; elle remonterait même le long du tronc pour produire les paralysies des nerfs qui naissent dans le rocher, et pourrait encore remonter jusqu'au bulbe en déterminant les accidents signalés du côté des nerfs moteurs de l'œil et du côté des nerfs qui vont aux muscles du cou.

Il y a des objections : Comment expliquer de cette façon les cas dans lesquels il y a contracture d'un côté et paralysie de l'autre? Pourquoi la branche motrice du trijumeau, si voisine du facial, est-elle exempte de paralysie ?

Théorie de Brunner.— La théorie de Brunner serre les faits de plus près et appuie ses affirmations sur des expériences : la voici en quelques mots. Tout d'abord, cet auteur soutient que la paralysie est toujours consécutive à la contracture, et que quand cette dernière n'a pas été signalée, c'est qu'il y a eu mauvaise observation ou qu'elle a été si passagère qu'elle a pu passer inaperçue. Et pour Brunner, le virus tétanique commence toujours par contracturer les muscles; mais s'il est très virulent, il produit une paralysie secondaire de ces mêmes muscles.

Pour cet auteur, le poison absorbé sur place par les lymphatiques de la région, va tout d'abord impressionner localement les branches périphériques du facial, de même qu'il impressionne aussi les branches motrices qui vont aux muscles masticateurs, mais cela ne suffit pas. Ce poison est en même temps absorbé par la voie sanguine, se trouve emporté par la circulation, arrive au bulbe, irrite ce bulbe, qui va réagir tout d'abord sur les nerfs impressionnés localement. Ce qui explique la contracture limitée aux muscles de la face et aux muscles masticateurs. On peut même aussi expliquer les contractures du facial dans les cas (comme celui de M. Terrier) où la plaie siège dans la région occipitale, car on sait qu'une branche du facial vient animer le muscle occipital, et les toxines suivent cette branche pour aller impressionner les autres branches du même nerf.

Les faits expérimentaux concordent avec cette théorie. On sait, en effet, qu'en déposant sur la conjonctive d'un animal une goutte de culture du bacille de Nicolaïer, on détermine une contracture de l'orbiculaire, et depuis longtemps Nocard, Nicolaïer... ont montré qu'en injectant cette même culture on produisait une contracture sur le groupe de muscles voisins du point inoculé.

Brunner a fait des inoculations sur le cobaye et le lapin dans le territoire du facial, et après douze ou vingt-quatre heures il a vu se manifester du côté inoculé une contracture nette des muscles de la face (rétrécissement de la fente palpébrale; rétraction du museau du côté inoculé, puis trismus du même côté); mais chez l'animal, le processus s'étend, douze heures plus tard, la contracture gagne la jambe antérieure, le cou du même côté; puis le côté

opposé est envahi, mais pas avec une aussi grande intensité et, enfin, le tétanos se généralise.

Si l'inoculation est faite sur la ligne médiane, les deux côtés de la face se contracturent en même temps et le trismus est bilatéral.

Vaillard et Vincent auraient produit les mêmes effets avec des injections de toxine.

Voilà pour l'explication de la *contracture*. Quant à la *paralysie*, elle lui est consécutive et est produite, d'après Brunner, par une virulence plus grande du poison ou par une action plus prolongée de ce poison.

Dans le premier cas, la paralysie est presque immédiate et dans le second, elle est plus tardive.

Brunner dit avoir reproduit cette paralysie faciale dans ses expériences, en injectant une dose très forte de culture du bacille de Nicolaïer.

Mais l'interprétation de ces faits expérimentaux est très difficile et l'auteur l'avoue lui-même. Sur l'animal, il est très difficile de savoir si l'immobilité du visage est produite soit par la contracture, soit par la paralysie. Toutefois, la situation fixe des paupières laissant l'œil ouvert, l'absence de contraction de ces mêmes paupières quand, pendant l'expérimentation, on faradisait le noyau bulbaire de l'animal, le déjettement du naseau du côté opposé à l'injection, font croire à Brunner qu'il a réalisé la paralysie.

Cette théorie est satisfaisante ; mais il reste, toutefois, des objections à résoudre. Pourquoi cette paralysie ne se montre-t-elle que dans le tétanos céphalique et pas aux membres, quand l'inoculation a eu lieu sur ce point? A ceci, Brunner répond qu'elle peut exister, mais qu'elle passe inaperçue à cause du petit nombre de muscles qui peut être envahi, un seul nerf des membres ne commandant pas à un aussi grand territoire musculaire que le nerf facial ; de plus, cette paralysie peut être masquée par la paralysie de tous les autres muscles ; enfin, au visage, la moindre contracture frappe l'attention, ce qui n'existe pas aux membres.

Les dispositions anatomiques jouent aussi un rôle important dans l'explication des faits. Nulle part, dans l'économie, il n'existe un plexus nerveux aussi riche et aussi superficiel que celui du facial ; et, de plus, il faut remarquer que les cellules ganglionnaires de la moelle allongée ont été reconnues être spécialement sensibles au poison tétanique.

La théorie de Brunner explique donc presque toutes les manifestations symptomatiques : paralysie d'un côté, par exemple, et contracture de l'autre ; le premier côté ayant été atteint par un virus très énergique qui a produit la paralysie et qui s'est diffusé de l'autre côté pour produire la contracture.

Par voisinage des noyaux dans le bulbe s'expliquent aussi les paralysies du nerf moteur oculaire commun et du nerf pathétique.

Seule, la contracture des muscles masticateurs accompagnant une paralysie des muscles de la face, ne peut s'expliquer. Il doit là y avoir, suivant Brunner, une façon différente d'agir du poison, et il affirme cette manière de voir par ce fait que, plus la paralysie faciale est complète et prompte, plus le trismus a d'intensité. L'énergie de l'action est donc la même, sa modalité seule varie.

Physiologie pathologique. — Est-ce bien la peine de discuter maintenant les questions qui ont été débattues autrefois sur l'origine périphérique ou centrale de la paralysie faciale. Rose, Bernhardt, Gueterbrock, Guffié, la croyaient périphérique, et Nerlich voulait y voir une paralysie centrale à cause de l'absence de lésions du côté du facial et aussi à cause de ce fait que la réaction électrique ne donne pas la réaction de la dégénérescence ; mais, comme le fait remarquer Brunner, certes la limitation au nerf facial, la participation de tout le tronc nerveux, l'absence constante de paralysie de l'hypoglosse, du moteur oculaire externe plaident en faveur de l'origine périphérique ; mais il faut faire observer qu'il n'est pas un de ces symptômes qui ne puisse être expliqué par une lésion centrale du facial.

En somme, c'est une de ces névroses toxiques, une paralysie toxique sur le compte desquelles on n'est pas bien fixé.

Traitement. — Il doit viser deux points : l'infection générale et les accidents spéciaux au tétanos céphalique. Le *traitement général* sera celui du tétanos ordinaire. Il faudra isoler le malade, le placer dans le calme absolu, loin des trépidations de la rue et dans le silence le plus complet. Il faudra même éviter toute excitation lumineuse. Il sera donc bon de lui faire un enveloppement ouaté.

Le chloral sera administré à hautes doses, jusqu'à 10 et 12 grammes en vingt-quatre heures, pris par la bouche, ou 4 grammes pris en lavement. Les injections de morphine de 1 centigramme, répétées deux fois, seront aussi très utiles.

Les *antitoxines* devront être administrées quand il sera possible de s'en procurer. Tout le monde n'est pas de même avis sur leur efficacité. Tizzoni et Cattani prétendent qu'elles sont impuissantes à arrêter la marche du tétanos et qu'elles ne font qu'en atténuer les effets. Ce n'est pas l'opinion des Allemands, qui prétendent en avoir obtenu de très bons résultats. Il est certain, d'une façon générale, que les bons effets sont plutôt rares ; mais leur innocuité commande d'employer les injections de sérum d'animaux rendus réfractaires au tétanos.

Cela ne suffit pas, et nous pensons que, dans certains cas, il sera bon d'instituer en même temps un

traitement chirurgical. Après avoir été longtemps abandonné, on semble vouloir y revenir, et en 1893 M. Berger l'a préconisé en en montrant les heureux effets. Sur quinze tétaniques dont il a recueilli les observations, deux seuls ont guéri, et ceux-là mêmes qui avaient subi l'amputation.

On conçoit en effet qu'il faille supprimer si on le peut le foyer d'infection où se produisent les bacilles, ou faire tout ce qu'on peut pour empêcher leur pullulation. Aussi, à la tête, quand la plaie est trop anfractueuse pour être bien lavée par des irrigations antiseptiques, il ne faut pas hésiter, à défaut d'autre chose, à ouvrir largement la blessure, à la régulariser, de façon à en permettre une désinfection très complète.

Il faut donc, en présence des premiers accidents, savoir, à un moment donné, combiner le traitement chirurgical avec le traitement médical.

Nous ajouterons même que l'on cite des observations dans lesquelles on s'est bien trouvé du traitement par les *injections de Bacelli*, qui ne sont autres que des injections hypodermiques faites avec 1 centimètre cube d'une solution phéniquée au 50me, injection répétée deux fois par jour.

La *névrotomie* a été pratiquée par M. Charvot sur un malade atteint de tétanos céphalique, mais n'a pas donné de bons résultsts.

Les *accidents* contre lesquels on devra diriger un traitement immédiat sont d'abord :

L'*asphyxie*. Les malades étouffent, l'air ne passe plus dans la glotte contracturée ; le seul parti à prendre est d'ouvrir les voies aériennes, de pratiquer la trachéotomie. Elle a été faite avec succès dans un cas par Verneuil. Brunner et Wagner n'ont pu sauver leur malade par cette intervention.

Le *trismus* est quelquefois si intense qu'il faut le faire cesser, et on a recommandé pour cela des inhalations de chloroforme ou d'éther. En Allemagne, on vante les avantages de l'écartement des mâchoires par l'écarteur d'Heister. Cette pratique soulagerait les malades en même temps qu'elle permettrait l'ingestion des médicaments et des aliments. En France cette pratique n'est pas employée, et on se sert en général de la sonde œsophagienne.

La *paralysie faciale*, enfin, doit-elle être traitée ? On sait qu'elle est quelquefois rebelle. Hadlich et Nankivell ont tenté de la faire disparaître avec le traitement par l'électricité. Il faudra n'utiliser cette thérapeutique qu'avec le plus grand ménagement, car l'électricité, appliquée d'une façon intempestive, est susceptible de provoquer de nouveau des contractures. On sait du reste que cette paralysie disparaît d'elle-même avec le temps.

Eugène Rochard.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Bassins d'épuration des eaux de l'usine de Saint-Maur. — Piscines municipales et écoles de natation de la ville de Paris.

L'alimentation en eau potable de la Ville de Paris est la préoccupation constante des hygiénistes. Le Conseil municipal la partage et vient d'en donner la preuve en votant, dans sa séance du 11 avril dernier, un crédit de 550,000 francs, pour construire, à l'usine de Saint-Maur, des bassins de décantation et de filtration susceptibles d'épurer 20,000 mètres cubes d'eau par jour.

C'est une mesure de précaution nécessitée par la possibilité d'une longue sécheresse et de chaleurs insolites qui rendraient insuffisante la quantité d'eau de source dont la Ville dispose et par la crainte d'une rupture dans les conduites. A ces considérations vient se joindre l'éventualité d'un siège, pendant lequel l'ennemi intercepterait nos amenées d'eau, et la Commission d'approvisionnement de Paris a exprimé le désir que l'Administration municipale se mit en mesure d'épurer l'eau de la Seine, pour donner à la population une eau moins insalubre que celle que la rivière charrie, si nous étions réduits à cette seule ressource.

L'éventualité d'un siège et d'un acte de vandalisme de la part de l'ennemi doit se prévoir, mais elle n'est pas de nature à préoccuper vivement. La possibilité d'une disette d'eau de source est bien plus à craindre. En temps ordinaire, la Dhuis, la Vanne et l'Avre fournissent à la Ville 220,000 mètres cubes d'eau par jour. En ce moment, nous en consommons 170,000 en chiffres ronds (1). Il n'y a donc qu'un excédent de 50,000 mètres cubes ; mais nous ne sommes pas encore à l'époque des chaleurs et du gaspillage, et une rupture, survenant à ce moment, pourrait encore forcer le Service des Eaux à lancer l'eau de Seine dans les conduites.

La dérivation des sources du Loing et du Lunain est décidée. Le Parlement, en ratifiant l'emprunt global de 117 millions pour l'assainissement de Paris, a sanctionné l'application d'une partie de cet emprunt à la dérivation dont il s'agit ; mais il reste encore des formalités à remplir. Il faut une loi d'utilité publique pour commencer les travaux et il faudra trois ans au moins pour les exécuter. On ne peut donc qu'approuver la prévoyance dont l'Administration municipale fait preuve en cette circonstance.

Nous avons longuement traité dans ce journal la

(1) Pendant la troisième semaine d'avril, il a été consommé, d'après le tableau dressé par le Service des Eaux, 1,179,400 mètres cubes d'eau de source, soit 169,425 mètres par jour.

question de l'épuration artificielle des eaux potables (1). La décantation et la filtration ne sont que des expédients inapplicables à de grandes masses d'eau. Il faudrait 200 hectares de bassins pour filtrer l'eau nécessaire à la consommation de Paris, ainsi que M. E. Trélat l'a prouvé (2); mais ce n'est pas de cela qu'il est question. Les bassins de Saint-Maur ne sont destinés qu'à parer à l'éventualité d'une sécheresse, d'une rupture de conduite ou d'un siège, et, dans ce cas, il serait évidemment préférable de délivrer à la population de l'eau de Seine filtrée, que de la lui faire boire telle quelle.

Le projet dressé par le Service des Eaux, et adopté par le Conseil municipal, comprend :

1° Deux bassins de décantation;

2° Quatre bassins filtrants;

3° Deux chambres de robinets;

4° Un réservoir d'eau filtrée;

5° La conduite d'amenée et le canal d'adduction des eaux à filtrer, aux bassins de décantation;

6° Les conduites d'amenée et de refoulement des eaux filtrées.

Le Service des Eaux a fait choix de l'usine de Saint-Maur pour les installations projetées, parce qu'il y dispose d'une superficie suffisante pour permettre de la doubler au besoin, et de porter le débit à 40,000 mètres cubes, et parce que les machines et les conduites qui y existent déjà suffiront pour élever les eaux filtrées dans le bassin supérieur de Ménilmontant, qui reçoit celles de la Dhuys.

Le mode de filtration n'est pas encore fixé. Le Conseil municipal a ouvert un concours en vue de déterminer les meilleurs procédés d'épuration ou de stérilisation des eaux; il en attend le résultat pour se décider, mais on va toujours commencer la construction des bassins, et les travaux de terrassement, de maçonnerie, de fontainerie, sont mis en adjudication.

— La piscine municipale de la place Hébert, dont nous avons annoncé la création dans notre « Revue d'hygiène » du 17 janvier 1893 (3), va prochainement être mise à la disposition de la population ouvrière du quartier de la Chapelle, en vue de laquelle elle a été fondée.

Elle doit être alimentée, comme nous l'avons dit, par l'eau du puits artésien de la place Hébert. Le creusement de ce puits a commencé en 1862, mais il n'a été terminé qu'en 1893. Il a 718 mètres de profondeur et débite 10,800 litres d'eau à l'heure. Cette eau, dont la température varie de 27 à 30 degrés, n'a jusqu'ici rendu aucun service et va s'engouffrer dans un égout d'évacuation spécialement construit pour elle. Elle trouvera désormais son emploi. Les travaux de la piscine sont presque achevés. C'est une grande bâtisse de 150 mètres de long sur 40 de large. Elle comprend 250 cabines. Le bassin est immense; il a 1 mètre de profondeur à l'entrée et le fond va s'abaissant jusqu'à l'autre extrémité, où il y a 2 mètres d'eau. Dans un local attenant au premier, se trouvent les séchoirs et les salles de douches.

La piscine municipale sera probablement mise en service le mois prochain. On sait qu'il en existe déjà trois autres, qui sont situées rue Rochechouart, 65, boulevard de la Gare, 45, et rue de Château-Landon, 31; mais ce qu'on connaît moins, ce sont les écoles de natation que la Ville y a fondées.

La loi du 24 juin 1879 a rendu l'enseignement de la natation obligatoire dans les écoles et dans l'armée; mais cette loi est restée à l'état de lettre morte. Elle n'est même exécutée à Paris que depuis 1892, époque à laquelle la Commission de réforme de l'enseignement de la gymnastique décida qu'il serait fait un premier essai sur les élèves des cours supérieurs et complémentaires de quatre écoles de garçons. On choisit celles qui étaient le plus rapprochées des piscines, et 151 élèves y furent conduits. Les résultats furent remarquables. Après une moyenne de 13 leçons de 20 à 25 minutes, 81,6 pour 100 des enfants traversaient la piscine en tout sens; 48,8 pour 100 plongeaient à $2^{m}70$ de profondeur et savaient faire la planche; 32 pour 100, retiraient du fond du grand bain un mannequin représentant un enfant de 5 à 6 ans (1).

L'enseignement commencé pendant l'été a été continué tout l'hiver, l'eau des piscines ayant été maintenue entre 20 et 23 degrés. Du mois de novembre 1893 au mois d'août 1894, 1079 élèves ont appris à nager dans les trois piscines municipales. L'ouverture prochaine de celle de la place Hébert va permettre de développer cet enseignement si utile et si négligé.

Des cours de natation sont faits tous les jeudis matin aux instituteurs dans les piscines municipales. Le service de l'Education physique s'apprête à étendre cette mesure aux institutrices, ainsi qu'au personnel des écoles de filles. JULES ROCHARD.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgie :* Le jury définitif est composé de MM. Terrier, Schwartz, Richelot, Tuffier, Peyrot, Panas, Barié.

---

(1) JULES ROCHARD : « Épuration des eaux destinées aux usages domestiques » (*Union Médicale* du 2 mars 1893, t. LV, p. 301).

(2) ÉMILE TRÉLAT : « L'eau pure à Paris » (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1890, t. XII, p. 316).

(3) *Union médicale*, t. LV, p. 82.

(1) Rapport adressé à l'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine, par M. Lelarge, inspecteur adjoint du service de l'Education physique, sur les résultats obtenus dans l'enseignement méthodique de la natation, aux élèves des écoles primaires de la Ville de Paris.

MÉFAITS DU TATOUAGE

La transmission des maladies infectieuses inoculables par le tatouage est assez fréquente pour qu'il soit utile d'appeler une fois de plus l'attention sur les méfaits de cette pratique stupide.

Dernièrement, nous empruntions aux *Archives de Médecine et de Pharmacie militaire*, le récit d'une véritable épidémie de syphilis (7 cas) propagée par le tatouage pratiqué sur ses camarades, par un soldat des compagnies de discipline, porteur de plaques muqueuses de la bouche.

Nous lisons dans le numéro de cette semaine du *British Medical Journal*, la relation fort intéressante de trois cas d'inoculation de la tuberculose par le tatouage.

Il s'agit de tatouages opérés par un jeune homme âgé de quinze ans, mort de tuberculose pulmonaire le 21 octobre. Peu de temps avant sa mort, ce jeune homme avait tatoué ses deux frères, âgés l'un de treize ans, l'autre de dix ans, et un de ses amis âgé de quinze ans. Pour tatouer ses deux frères, il s'était servi d'encre indienne, mélangée de salive.

La première des victimes de ce tatouage fut présentée au docteur Collings cinq semaines après l'opération. A ce moment, une rose figurée par le tatouage était couverte d'une masse de pustules; le reste du dessin était recouvert de croûtes blanchâtres.

Le deuxième enfant avait un tatouage figurant un cœur avec deux drapeaux. Un mois après l'opération, la figure et particulièrement les drapeaux étaient couverts de croûtes. Du pus sortait par plusieurs points.

Dans le troisième cas, où le dessin tatoué était analogue au précédent, trois semaines après l'inoculation, la partie tatouée était indurée et couverte de croûtes. La lésion suivait les lignes du dessin.

Dans ces trois cas, les ganglions épicondyliens et axillaires étaient engorgés.

La santé générale de ces enfants ne paraissait pas avoir souffert de ces lésions.

Un morceau de peau enlevé à un de ces enfants et examiné au microscope, démontra la présence de cellules géantes bien formées dans le chorion, immédiatement sous la couche de Malpighi, sans qu'on découvrît de bacilles.

Une École de Médecine pour femmes, à Saint-Pétersbourg. — On parle depuis longtemps en Russie de la création d'une École de Médecine pour les femmes. La solution est proche. Le Conseil d'Etat, à l'unanimité, a émis un avis favorable, et, d'autre part, les capitaux nécessaires ont été trouvés, grâce à des dons privés.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 4 JUIN 1895

La question soulevée par M. Vallin, dans la dernière séance de l'Académie, sur les intoxications alimentaires par la viande, provoque aujourd'hui une intéressante discussion dans laquelle M. NOCARD vient, tout d'abord, faire ressortir l'insuffisance du service d'inspection. M. Nocard ne pense pas qu'il y ait inconvénient à laisser vendre des viandes provenant d'animaux atteints d'affections dans lesquelles le tissu musculaire ne renferme pas le contage. La loi de 1884 confie aux municipalités le soin de veiller aux denrées mises en vente, y compris la viande de boucherie. Les dispositions légales ne manquent pas, c'est la volonté de les appliquer qui fait défaut. Mais il existe des tueries particulières non inspectées, d'où les viandes provenant d'animaux malades pénètrent dans les villes en morceaux ou sous forme de pâtés, de saucissons; l'examen est alors impossible. Des équarisseurs ont, dans quelques cas, livré à la consommation des viandes qui leur étaient amenées pour être détruites. M. Nocard insiste, depuis 1878, sur la nécessité de faire l'examen de tout animal destiné à la boucherie lorsqu'il est encore entier, de façon à pouvoir se rendre compte de l'état des viscères. En Belgique, cette inspection se fait d'une façon très régulière.

On s'occupe actuellement en France d'une loi relative à l'organisation des tueries et abattoirs : le Sénat a rendu l'inspection facultative alors que la loi de 1881 l'imposait. M. Nocard espère que la Chambre modifiera cette rédaction et propose à l'Académie d'adopter le vœu suivant :

« Toute viande destinée à l'alimentation publique ne peut être mise en vente et colportée que pourvue d'une estampille prouvant qu'elle a été reconnue saine par un inspecteur compétent; l'inspection doit être faite partout, dans les villages comme dans les villes; on peut l'organiser à peu de frais, sur des bases analogues à celles qui sont adoptées en Belgique. »

Les tueries particulières offrent surtout un danger sur lequel insiste M. TRASBOT. C'est là qu'on conduit les bêtes malades. Il faut donc les supprimer; le Congrès vétérinaire de Rennes a adopté déjà cette conclusion. M. BROUARDEL s'associe aux propositions de M. Nocard. La surveillance des tueries particulières est difficile, mais non impossible. La loi de 1881 ne donne aucune indication sur les maladies qui rendent la viande impropre à l'alimentation. Chaque maire est libre de faire la liste comme il l'entend. Il faudrait donc uniformiser cette liste.

M. BROUARDEL et M. LEBLANC rappellent, en outre, que, dans certains cas, de la viande saine peut produire des accidents graves. Telle est la viande des veaux trop jeunes. D'autre part, la viande provenant d'animaux atteints de certaines maladies infectieuses, la péripneumonie, par exemple, ne détermine pas d'accidents. En tous cas, l'inspection vétérinaire est de toute nécessité. Si l'inspection était faite, ainsi que le fait remarquer M. NOCARD, on ne livrerait pas à la consommation la chair des animaux atteints de septico-pyohémie ou d'entérite infectieuse, comme dans les faits sur lesquels M. VALLIN a appelé l'attention.

L'Académie adopte à l'unanimité, à la suite de cette discussion, les propositions de M. Nocard.

— M. KIRMISSON présente un jeune homme de quinze ans, qu'il a opéré d'un pied plat valgus douloureux par la

méthode d'Ogston, c'est-à-dire par la résection et l'enchevillement de l'articulation tibio-tarsienne. La déformation était énorme, il existait sur le bord interne du pied une tuméfaction considérable, ainsi que le montre un moulage que présente M. Kirmisson. Actuellement, le pied est redressé et la marche facile. C'est donc là un succès de plus à attribuer à la méthode d'Ogston que M. Kirmisson considère comme l'opération de choix dans les cas de ce genre.

— Si le phosphore blanc est toxique, alors que le phosphore rouge ne l'est pas, c'est probablement parce que le premier dégage à l'air des vapeurs d'hydrogène phosphoré, ce qui n'a pas lieu pour le second. M. J. Noé a constaté, en effet, que les vapeurs d'hydrogène phosphoré provoquent les mêmes accidents que le phosphore blanc lui-même. Il propose, pour combattre le phosphorisme, l'emploi du chlorure cuivreux, en solution dans du chlorure d'ammoniaque; c'est, en effet, le corps qui se combine le plus facilement à l'hydrogène phosphoré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin 1895

Traitement des fibrômes utérins.

M. Ricard admet que, pour les fibrômes qui n'atteignent pas l'ombilic, l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix; mais il pense que, pour lui, les très gros fibrômes dépassant l'ombilic, l'hystérectomie abdominale totale doit mériter la préférence sur les autres méthodes. L'hystérectomie partielle tend, en effet, à être abandonnée de plus en plus. Quant à l'hystérectomie totale, que l'on réalise en asservant les deux voies abdominale et vaginale, tous les procédés proposés ont le même défaut : d'exposer à la contamination du péritoine, quel que soit le soin avec lequel on désinfecte le vagin.

L'opération de M. Richelot peut évidemment rendre de grands services dans un certain nombre de cas; mais, d'une façon générale, dans le traitement chirurgical des fibrômes utérins, il faut être éclectique, et, suivant les cas, prendre dans chaque procédé ce qui peut être avantageux.

Le ventre ouvert, M. Ricard commence par placer une ligature sur les annexes, dont il se débarrasse; puis il résèque le fibrôme si celui-ci le gêne, et ouvre ensuite le vagin, en ouvrant le cul-de-sac qui se présente le mieux, et qu'un aide repousse à l'aide d'une longue pince placée dans le vagin. La désinsertion de l'utérus est alors achevée soit par une incision circulaire, en pinçant à mesure et en liant les vaisseaux qui donnent, soit en ouvrant successivement les culs-de-sac antérieur et postérieur.

M. Ricard a pratiqué ainsi dix hystérectomies abdominales totales, avec une mort par infection d'origine vaginale, qu'il cherche à prévenir, dans sa pratique actuelle, en bourrant la cavité utérine avec de la gaze iodoformée, le matin même de l'opération. Jusqu'à présent, il a toujours suturé le vagin et le péritoine, mais dorénavant, il suivra la pratique conseillée par M. Richelot, en drainant par le vagin, et en se mettant ainsi dans les mêmes conditions qu'après une hystérectomie vaginale.

M. Routier a renoncé à l'hystérectomie totale avec canalisation des deux voies abdominale et vaginale, ayant eu trois morts sur six opérations. Il pratique l'hystérectomie abdominale totale, comme M. Ricard, en enlevant l'utérus fibromyomateux, comme on enlève une tumeur quelconque, et draine par le vagin avec une mèche de gaze.

M. Tuffier a fait cinq fois l'hystérectomie abdominale totale, dans les conditions qui viennent d'être indiquées par M. Ricard; il a eu une mort par hémorragie, une ligature placée sur l'artère utérine ayant lâché; les autres malades ont guéri.

M. Quenu n'a pratiqué que deux fois cette opération, et récemment n'avait qu'une expérience très restreinte sur sa valeur, cependant il la considère comme devant être dans l'avenir l'opération de choix.

De l'éthérisation.

Combattant les opinions trop enthousiastes qui ont été émises en faveur de l'éther, M. Reynier cite des statistiques qui ne sont pas favorables à l'éthérisation. Il rappelle les statistiques de Julliard et de Kappeler, comprenant 21 et 50 cas de mort, ainsi qu'une statistique de 52 cas de mort par l'éther, qu'il a pu réunir de 1881 à 1894. Il fait observer que les partisans de l'éthérisation sont unanimes à la considérer comme contre-indiquée dans les opérations sur la face, les hernies étranglées, l'obstruction intestinale chez les enfants, les vieillards et les malades atteints d'affection des voies respiratoires, ce qui restreint considérablement la médication de l'éther.

Quoi qu'on en ait dit, M. Reynier considère la syncope laryngo-réflexe comme possible, quoique rare avec l'éther, de même que la syncope secondaire qui, tout récemment encore, lui a donné une alerte sérieuse. Quant à la syncope tertiaire, la plupart des physiologistes sont d'accord à la regarder comme plus redoutable après l'éthérisation qu'après la chloroformisation.

— M. Mamange lit, au nom de M. Langlois et au sien, une communication sur la méthode inédite d'anesthésie par les injections de spartéo-morphine et le chloroforme (voir *Société de Biologie*, 7 juillet 1894).

Présentation d'instrument.

M. Barrier présente un nouvel appareil ou *porte-aiguille*, pour sutures chirurgicales.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 mai 1895

A propos d'une communication que M. Comby a faite dans une précédente séance sur *les bains froids dans la pneumonie infantile* (1), M. Sevestre a déclaré que le bain froid raccourcit la durée de la maladie, et que la défervescence se produit souvent au cinquième au lieu du septième jour. M. Comby ne pense pas cependant que le cycle thermique soit diminué; sur 16 pneumoniques non baignés, 9 ont eu une défervescence précoce et 7 une défervescence tardive; sur 14 enfants baignés, 5 seulement ont eu une défervescence précoce et 9 une défervescence tardive. M. Comby n'en conclut pas que le bain retarde la guérison, car les petits pneumoniques baignés étaient beaucoup plus gravement atteints que les autres. Mais il pense que si la balnéation froide est précieuse parce qu'elle soulage les malades et les met dans de meilleures conditions de lutte, elle n'agit pas, d'autre part, directement sur la source thermique et ne saurait entraver la production de la chaleur.

— Le fait que rapporte M. Galliard est, au point de vue de la splénomégalie, à rapprocher de celui que M. du Cazal a récemment communiqué (2); il s'agit ici d'impaludisme. Un homme de vingt-quatre ans, ayant fait son service mi-

(1) *Union médicale* du 25 mai.
(2) *Union médicale* du 1er juin.

litaire dans un pays marécageux, entre au mois d'octobre dernier à l'hôpital. Il a l'air d'un phtisique; la rate est énorme, dure; elle mesure 25 centimètres de hauteur sur 27 de large. Le foie est normal, l'urine contient de l'albumine.

Les ganglions lymphatiques sont intacts et le sang ne contient pas de globules blancs en excès; on rejette le diagnostic de leucémie splénique. S'agissait-il d'une splénomégalie essentielle ou d'impaludisme? L'administration du chlorhydrate de quinine vient lever tous les doutes. En effet, quand le malade quitte l'hôpital, au mois de décembre, son état général s'est considérablement amélioré, l'urine n'est plus albumineuse, la rate a notablement diminué de volume, puisqu'elle ne mesure plus que 17 centimètres dans le sens horizontal sur 14 dans le sens vertical. Il s'agissait donc bien d'un cas d'impaludisme latent.

— La malade que présente ensuite M. RENAULT offre un exemple remarquable de *syphilide pigmentaire généralisée*. Les îlots blancs arrondis au milieu de zones fortement pigmentées et la disposition en dentelle sont extrêmement nettés chez cette malade. M. Renault insiste aussi sur l'étendue véritablement exceptionnelle de cette syphilide pigmentaire qui a envahi le dos, la poitrine, les lombes, où elle est extrêmement nette. Enfin la malade n'a, comme autre manifestation syphilitique, que deux papules cuivrées; on comprend donc toute la valeur séméiologique de la syphilide pigmentaire dans ce cas.

M. Renault fait remarquer que celle-ci ne doit pas être confondue avec une autre anomalie pigmentaire également d'origine syphilitique, la *leucomélanodermie* de M. Fournier. Mais cette dernière succède toujours à une éruption spécifique, ce qui n'a pas lieu pour la syphilide pigmentaire; enfin les îlots blancs sont dus, dans celle-là, à une dépigmentation, dans celle-ci, à une hyperpigmentation diffuse laissant des îlots normaux.

La malade présente encore une alopécie de la partie externe des sourcils et du cuir chevelu. M. THIBIERGE fait remarquer que l'association de la syphilide pigmentaire et de l'alopécie en clairières est fréquente; il la rapproche de l'association fréquente aussi des alopécies d'origine nerveuse et du vitiligo, et il voit là une raison d'admettre, avec M. Leloir, l'origine nerveuse de la syphilide pigmentaire.

— M. MARIE a récemment employé le *salophène* chez quelques malades qui ne pouvaient supporter le salicylate de soude, et il en a obtenu d'excellents résultats.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une attaque de rhumatisme aigu chez un homme atteint d'une insuffisance aortique ancienne et de crises d'angine de poitrine; le salicylate de soude exagérait les accidents cardiaques d'une façon intense et provoquait des troubles gastriques. Le salophène a amené un soulagement rapide des douleurs articulaires, et les accidents cardiaques se sont calmés. La guérison complète était obtenue en quinze jours.

Dans deux faits de rhumatisme subaigu, le salophène s'est également montré très actif; il en a été de même dans un cas de goutte saturnine, et enfin dans un cas de chorée de Sydenham, chez une jeune fille de seize ans; la guérison fut ici obtenue en huit jours.

Le salophène peut donc être considéré comme un remarquable succédané du salicylate de soude; il en a l'action bienfaisante sur les manifestations articulaires du rhumatisme aigu et subaigu, et il est mieux supporté par certains malades.

L'élément actif en est l'acide salicylique, qui s'y trouve dans la proportion de 51 %. Comme le salophène ne se dédouble que dans les milieux alcalins, sa décomposition ne se fait que dans l'intestin; il ne peut donc produire d'irritation de la muqueuse gastrique; mais, par suite de sa décomposition tardive, la dose utilisable est peu élevée. Siebel prétend qu'au delà de 5 ou 6 grammes, le médicament traverse l'organisme sans être décomposé.

M. Marie a prescrit le salophène aux doses de 1 à 3 grammes, et par doses fractionnées à cause de la lenteur et de la difficulté de décomposition du salophène dans l'intestin. Le médicament, absolument insipide et insoluble, peut être pris en suspension dans l'eau.

H. RICHARDIÈRE et FOURNIER.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

L'étude des sels de quinine continue à occuper la Société de Thérapeutique. M. A. MARTIN a montré que, dans les pays à malaria, malades et médecins font souvent abus des préparations de quinine. Autant dans les accès la quinine représente le médicament nécessaire et presque exclusif, autant dans les formes chroniques elle doit céder la place à d'autres agents thérapeutiques. Les vieux paludéens sont sujets à dates très irrégulières à des accès qui durent quelquefois une semaine ou qui, d'emblée, affectent l'allure pernicieuse. L'arsenic, quel que soit le mode d'administration, est alors complètement impuissant. La quinine, au contraire, combinée ou non à la digitale, au salicylate de soude, à l'antipyrine, est l'unique remède utile.

Quelle que soit l'affection à combattre, le chlorhydrate, en injections, est supérieur aux autres sels de quinine, par sa rapidité d'action et son innocuité absolue. Or, la quinine n'est un moyen efficace dans les accès simples, héroïque dans les formes pernicieuses, que sous une dose toujours élevée, massive, dont l'organisme doit être imprégné en quelques jours ou en quelques heures. Les accidents fébriles une fois dissipés, il faut abandonner la quinine qui, sans efficacité dans l'impaludisme chronique, est nuisible, par action continue, aux fonctions nerveuse et digestive. Aussi M. Martin ne recommande-t-il pas la quinine employée comme préventif.

— M. WEBER rattache à une commune étiologie le rhumatisme articulaire aigu et le rhume qui le précède. Pour lui, le rhume marque très souvent la première étape du principe infectieux qui produira, dans la suite, le rhumatisme polyarticulaire réputé faux. Il y aurait donc lieu d'instituer un traitement préventif du rhume qui viserait particulièrement l'asepsie la plus rigoureuse possible des voies respiratoires supérieures : fosses nasales et cavité buccale. Ce traitement trouverait son application la plus spéciale, en temps d'épidémie, chez des sujets ayant subi antérieurement une ou plusieurs attaques de rhumatisme.

Pour obtenir l'antiseptie des fosses nasales, le sujet introduit aussi profondément que possible, dans les narines, une petite masse, du volume d'un pois; de cette pommade, une ou deux brusques appositions en favorisent la pénétration.

M. Weber conseille, pour faire la toilette de la bouche, de procéder de la façon suivante :

Avec une brosse à dents de caoutchouc, pour ne pas user mécaniquement l'émail dentaire, et chargée d'eau de savon, on procède à la désinfection des parois du vestibule. La cavité buccale elle-même se nettoie à l'aide d'un linge fin également imprégné d'eau de savon et qu'on dirige sur l'index recourbé en crochet. Un demi-verre d'eau tiède additionnée de dix à quinze gouttes de phénosalyl permet au malade de se gargariser ensuite.

Ce traitement, rigoureusement suivi, assurerait les arthritiques contre la grippe.

— Dans le traitement des kystes synoviaux en général et ceux du poignet en particulier, M. A Martin emploie le procédé suivant: Il fait des injections d'alcool à 90° ou de teinture d'iode pure, à raison de 8 à 10 gouttes, dans une seule séance. De ces agents, le premier est moins certain que le second, mais tous deux ont un inconvénient commun, la douleur. Ils ont, dès la première heure, un engourdissement de la main et des irradiations qui remontent jusque dans l'épaule correspondante, et pouvant durer seize à quarante-huit heures. Avec certaines précautions: asepsie de la région et de l'instrument, injection, sous aspiration, au centre de la tumeur, compression ouatée, etc. Ce moyen est inoffensif, efficace et à la portée de tous les praticiens qui disposent d'une bonne seringue de Pravaz. La réaction douloureuse peut être prévenue ou au moins grandement atténuée par l'adjonction d'une injection de morphine à 1 1/2, pratiquée en dehors de la tumeur, ou par une potion de chloral à 2 ou 5 grammes pour les vingt-quatre heures. L'injection iodée sans évacuation de la poche est bien supérieure à l'écrasement, à la ponction, aux scarifications sous-cutanées.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

MÉDECINE

Quelques particularités relatives au mode d'action et aux effets de certaines toxines microbiennes, par Quinard et Artaud. (*Archives de Méd. expérim.*, mai 1895.)

Un certain nombre de travaux, parmi lesquels il faut citer en première ligne ceux de Courmont et Doyon, sur le mode d'action de la toxine sécrétée par le bacille de Nicolaïer, ont démontré que si certaines toxines microbiennes agissent à la manière des poisons et font sentir leur action immédiatement après leur introduction dans les veines, il en est d'autres qui n'agissent qu'après une période plus ou moins longue, après une phase latente et silencieuse, se comportant ainsi plutôt comme des ferments que comme des poisons analogues aux poisons chimiques.

C'est à l'étude de cette période latente et de l'action de ces dernières toxines qu'est consacré le travail de Quinard et Artaud. Ces auteurs ont étudié successivement les effets physiologiques déterminés par les produits solubles du pneumobacillus liguefacius bovis, par les toxines du bacillus seminecrobiophylus, par la malléine.

Les effets physiologiques déterminés par la pneumobacilline, toxine sécrétée par le pneumobacillus liguefacius bovis, sont particulièrement intéressants. En effet, l'injection de cette toxine dans les veines d'un chien de taille moyenne produit presque immédiatement des troubles caractérisés par de la vapeur, des modifications de la pression artérielle, etc. Ces troubles primitifs sont passagers, l'animal s'en remet rapidement, et il pourrait être considéré comme guéri si plusieurs heures après on ne voyait apparaître des symptômes nouveaux (vomissements, diarrhée sanguinolente, affaiblissement progressif allant parfois jusqu'à la paralysie complète).

Ce mode d'action n'est pas spécial à la pneumobacilline. Beaucoup de substances solubles agissent de cette façon, L'introduction de ces toxines dans les veines est ou bien silencieuse, ou accompagnée seulement de manifestations passagères qui disparaissent et sont séparées des troubles plus graves par une période latente. Cette marche de l'intoxication est caractéristique des produits microbiens solubles.

L'existence d'une période latente ou d'inoculation ne permet pas d'assimiler l'action de ces toxines microbiennes à celle des poisons chimiques. Il est nécessaire d'admettre qu'elles se transforment dans l'organisme récepteur ou qu'elles déterminent des élaborations organiques anormales, par le fait de leur présence dans l'économie.

Lésions ostéomyélitiques expérimentales provoquées par le bactérium coli-commune, par Akerman. (*Archives de Méd. expérim.*, mai 1895.)

L'étude des lésions osseuses déterminées par le coli-bacille n'est pas encore faite, ni au point de vue clinique ni au point de vue expérimental. Il n'existe dans la science qu'une observation de Klemm (de Riga). Encore cette observation peut-elle prêter à la discussion, car il s'agissait de lésions osseuses, dans lesquelles on trouvait simultanément le coli-bacille et le bacille de la fièvre typhoïde.

Pour combler cette lacune de l'histoire du coli-bacille, Akerman a injecté à de très jeunes lapins des cultures de coli-bacille provenant de l'intestin de l'homme. Akerman s'est servi pour ses expériences de deux sortes de cultures : une culture A, dont la virulence était augmentée par plusieurs passages chez des animaux ; une culture B, dont la virulence était affaiblie par une série de cultures. La culture B n'a pas paru déterminer d'altérations appréciables du tissu osseux.

Sur les animaux en expérience, sept sont morts rapidement de septicémie aiguë. Quelques-uns de ces animaux présentaient des traces d'une inflammation commençante du tissu osseux. La moelle de leurs os renfermait constamment des coli-bacilles.

Dix autres lapins ont survécu d'une à six semaines. Tous ces animaux avaient des altérations du tissu osseux, qui renfermait des coli-bacilles.

Les altérations osseuses consistaient dans une inflammation de toutes les parties constituantes de l'os (panostéite). Il y avait une infiltration abondante de cellules embryonnaires dans le tissu médullaire, qui ont, dans les cas avancés, déterminé de vrais foyers de ramollissement.

Chez les animaux qui ont survécu plusieurs semaines, les lésions osseuses rappelaient celles des cas chroniques. Les os étaient augmentés notablement de volume. Le périoste était épaissi. L'intérieur de l'os était rempli de masses confluentes de moelle ramollie. Le cartilage conjugal était plus ou moins altéré, l'articulation juxta-épiphysaire enflammée.

En fait, ces diverses lésions osseuses rappellent, par la plupart de leurs caractères, celles qui sont produites par les microbes de la suppuration.

La conclusion d'Akerman, justifiée par ses expériences, est que le coli-bacille, aussi bien que les microbes pyogènes, peut donner naissance à des lésions ostéomyélitiques spontanées chez l'homme.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Ziembicki (de Lemberg) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. — M. le Dr Audiguier (de Toulouse), pisciculteur, a été nommé chevalier du Mérite agricole. — Le Gouvernement de la République française vient d'accorder les Palmes académiques à M. le Dr P. Apézy (de Constantinople).

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'agrégation* (chirurgie et accouchements) : Leçons d'une heure, après quarante-huit heures de préparation. Voici les questions données :

Le 20 mai. MM. Nové-Josserand : de l'hématurie ; Gervais de Rouville : anévrysme cyrsoïde.

Le 21 mai. MM. Albertin : ostéosarcome des membres ; Broca : pied valgus douloureux.

Le 22 mai. MM. Gaudier : névrites traumatiques ; Hartmann : tuberculose ganglionnaire.

Le 24 mai. MM. Vallas : ruptures et hernies musculaires ; Curtillet : plaies pénétrantes de l'abdomen.

Le 27 mai. MM. Rochard : tétanos céphalique ; Potocki : comparaison entre l'opération césarienne et la symphiséotomie.

Le 28 mai. MM. Schuhl : des indications et contre-indications de l'accouchement prématuré artificiel ; Bué : thromboses veineuses pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Le 29 mai. MM. Oui : de la rétention du placenta après l'accouchement à terme ; Puech : des corps fibreux de l'utérus pendant le travail de l'accouchement.

30 mai. MM. Valois : rupture de l'utérus ; Lavergne : du forceps dans les positions occipito-iliaque postérieures et dans la position occipito sacrée.

31 mai. MM. Lepage : anomalies de forme et déplacements de l'utérus pendant les trois derniers mois de la grossesse ; Bonnaire : de la conduite obstétricale à tenir en cas de danger de mort de la femme enceinte ou après sa mort.

A propos de la sérothérapie. — On nous écrit de Munich, à la date du 20 mai : « Plusieurs faits cités par M. Emmerich en faveur de l'action curative du sérum érysipélateux contre le cancer ont été recueillis dans le service de M. Angerer, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de notre ville. Or, ce dernier, en observant les malades soumis à ces expériences de sérothérapie, est arrivé à cette conclusion que le sérum sanguin d'animaux ayant subi l'infection érysipélococcique n'exerce sur le cancer aucune action spécifique.

« M. Angerer a porté la question devant la Société de médecine de Munich, et c'est dans la séance du 15 mai que notre confrère a fait sa communication sur ce sujet. M. Emmerich avait été préalablement avisé de l'ordre du jour, mais il s'était excusé par lettre de ne pouvoir assister à cette réunion. La Société n'en a pas moins suivi son ordre du jour. Sans entrer ici dans les détails fournis par M. Angerer sur chacun des cancéreux de son service qui ont été traités par la méthode sérothérapique, je crois devoir relever la particularité suivante : dans leur travail publié le 25 avril 1895, MM. Emmerich et Scholl donnent l'observation d'une malade de M. Angerer comme un exemple de « guérison définitive ou tout au moins tempo-« raire » ; or, cette femme, qui avait été traitée à partir du milieu de décembre 1894, était sortie de l'hôpital vers la mi-janvier 1895, ne présentant plus de traces de noyaux cancéreux dans la cicatrice opératoire ; elle était retournée dans son pays, mais, peu après, la néoplasie récidivait sur place et finalement la malade mourait de cachexie cancéreuse le 28 mars 1895, c'est-à-dire un mois environ avant la publication du travail de MM. Emmerich et Scholl. » *(Semaine médicale.)*

Usurpation du titre de docteur. — Le Syndicat des Dentistes de France a cité en police correctionnelle deux dentistes étrangers exerçant à Paris, pour avoir, dans leurs annonces, fait précéder leur nom du titre de docteur, sans pouvoir justifier de ce titre décerné par l'une des Facultés de médecine françaises.

Le défenseur a prétendu que la loi relative aux syndicats médicaux ne leur donnait le droit de saisir les tribunaux qu'en ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine ou de l'art dentaire, et non l'usurpation seule de ce titre.

Le substitut a repoussé cette interprétation. L'article 17, a-t-il ajouté, de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, n'a pas restreint le droit de poursuites des syndicats de médecins et de dentistes au seul délit de l'exercice illégal de la médecine. Ces syndicats peuvent poursuivre en vertu de l'article 6 de la loi de 1884, sur les syndicats professionnels, le délit d'usurpation du titre de docteur en médecine et généralement les infractions à la loi du 30 novembre 1892. Le fait par un dentiste, qui n'est pas docteur en médecine d'une Faculté française, de faire, dans une annonce de journal ou dans un prospectus, précéder son nom de la mention abrégée « docteur » sans autre indication, constitue une usurpation de titre.

Le tribunal a rendu le jugement suivant :

« Attendu qu'il résulte des débats la preuve qu'en 1895 A... a pris dans les annonces-réclames d'un journal le titre de docteur, sans indiquer l'origine de ce titre ; que le mot « docteur » joint au nom de dentiste, ne peut avoir, pour le public, d'autre signification que celle de docteur en médecine ; qu'A... a donc contrevenu aux dispositions de l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892 ; que cet article, rapproché des termes généraux de l'article 16 de la même loi, est applicable à ceux qui exercent l'art dentaire aussi bien qu'à ceux qui pratiquent la médecine... Par ces motifs, condamne A... à 100 francs d'amende et à 1 franc de dommages-intérêts (chiffre demandé par le Syndicat). »

La mortalité de la flotte japonaise dans la bataille de Ya-Lu. — D'après les notes communiquées aux *Archives de médecine navale*, par M. Sangyoski, directeur du service de santé de la marine japonaise, on peut se faire une idée des pertes d'une escadre avec l'armement actuel et dans un combat naval.

L'action dite de Ya-Lu a eu lieu le 17 septembre 1894. Douze navires japonais étaient en ligne. Ils perdirent deux médecins et deux infirmiers. Deux autres médecins et un infirmier furent blessés.

L'effectif japonais s'élevait à 3,717 hommes ; il y eut 113 décès et 180 blessés ; au total, 296 hommes hors de combat.

Les blessés furent évacués sur les hôpitaux maritimes ; 32 avaient des brûlures, 7 des contusions, 44 des plaies, 24 des fractures et 1 de la commotion.

Le coefficient obituaire, dans ce seul combat, a donc été de 8 %.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Dr T. Legry : Des pyléphlébites.
II. Feuilleton.
III. Revue critique chirurgicale.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société médicale des hôpitaux.
V. Les livres nouveaux.
VI. Échos et nouvelles.

DES PYLÉPHLÉBITES (1)

Par le Dr T. LEGRY

La *pyléphlébite* est l'inflammation de la veine porte. Si l'on s'en tenait à la signification rigoureuse du mot, il faudrait décrire, dans cet article, toutes les phlegmasies des rameaux intra-hépatiques de ce vaisseau. A ce titre, les cirrhoses veineuses appartiendraient à l'histoire de la pyléphlébite.

Mais l'usage a singulièrement restreint son domaine.

On comprend en effet uniquement, sous ce nom, l'inflammation, macroscopiquement appréciable, du tronc et des grosses branches de la veine porte.

La division déjà établie par Frerichs, qui distinguait la pyléphlébite adhésive et la pyléphlébite suppurée, doit être conservée au triple point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la clinique.

PYLÉPHLÉBITE ADHÉSIVE

Étiologie. — L'inflammation adhésive de la veine porte ou de ses branches peut se développer sous l'influence de deux processus :

1° Dans une première série de faits, le vaisseau a été comprimé mécaniquement. Ainsi la périhépatite scléreuse, la péritonite sous-hépatique peuvent gêner la circulation dans le sinus de la veine porte et provoquer la coagulation sanguine.

A l'intérieur même du foie, la cirrhose, la présence d'une tumeur, d'une gomme, l'ectasie calculeuse des voies bilaires aboutiront au même résultat. Les adénomes sont susceptibles, comme le cancer lui-même, d'envahir les vaisseaux portes et de déterminer des obstructions, par suite de la pénétration dans la lumière du canal, de véritables thrombus néoplasiques, au-dessous desquels se développe une coagulation sanguine avec pyléphlébite adhésive secondaire ;

2° Dans d'autres cas, il y a eu des phénomènes d'ordre inflammatoire et infectieux : la phlébite a précédé la thrombose.

Le mécanisme décrit par M. F. Widal, puis par M. Vaquez, pour les thromboses consécutives à des embolies microbiennes pariétales est, en effet, vraisemblablement applicable à certaines pyléphlébites adhésives. C'est ainsi qu'agiraient, indépendamment des causes d'obstruction pouvant résulter encore ici du voisinage de noyaux néoplasiques périveineux, les cancers du pylore, du pancréas, de l'épiploon, des ganglions mésentériques, les ulcères de l'estomac et du duodénum. Tel serait le mode de production des thromboses portales, dites marasmatiques, au cours des cachexies tuberculeuse et paludéenne.

C'est encore l'infection qui intervient dans les

(1) Extrait du tome VI du *Manuel de médecine*, publié sous la direction de MM. Debove et Achard, qui doit paraître prochainement.

FEUILLETON

Hérédité.

Parmi les questions dont l'étude est à l'ordre du jour de la science, une des principales et des plus difficiles en même temps, est celle de l'héridité. Elle a, depuis les âges reculés, préoccupé vivement l'esprit des hommes, et cela n'est point pour surprendre, car les méfaits de l'influence héréditaire, les conséquences fatales pour les descendants des tares paternelles ou ancestrales devaient frapper sans peine les observateurs les moins profonds.

Toujours est-il que dans les livres bibliques, comme le rappelait M. Paul Le Gendre dans un récent article d'un haut intérêt, on en trouve l'idée exprimée en des termes saisissants : « Les pères ont mangé des raisins verts, a dit Jérémie, et les dents des enfants ont été agacées ».

Malheureusement les innombrables travaux qu'a suscités la question sont loin de l'avoir élucidée ; ils n'ont même pas encore permis de soulever le plus petit coin du voile qui nous cache le redoutable mystère. La difficulté reste entière. Tout le progrès consiste en ce que le point de départ du problème se recule devant les chercheurs indéfiniment, comme se reculent et s'éloignent à mesure qu'on se hâte vers eux, les décevants mirages du désert.

Nous n'en sommes plus à la « goutte de semence » où Montaigne s'étonnait que fût contenu ce « nombre infini de formes, pensements et inclinations... ; ces ressemblances d'un progrèz si téméraire et si déréglé que l'arrière-petit-fils respondra à son bisayeul, le nepveu à l'oncle ».

Nous n'en sommes plus au simple spermatozoïde et au simple ovule, lequel spermatozoïde était déjà un infiniment petit auprès de la goutte dont parlait Montaigne, et qui en contient des milliers.

Nous connaissons le protoplasma de ces cellules génératrices, nous connaissons leur noyau et les granulations de chromatine du filament nucléaire. La substance héréditaire que ce noyau contient ne se communique d'une cellule à l'autre que par division et grâce à un mécanisme, à un appareil spécial d'une délicatesse et d'une précision

pyléphlébites de la syphilis héréditaire, bien que par une voie un peu différente. La localisation primitive se fait alors directement sur la face interne de la paroi veineuse.

Ajoutons ici, bien qu'il s'agisse d'une affection parasitaire d'un ordre tout différent, que Kartulis a récemment démontré l'existence assez fréquente, en Orient, du distome hématobie dans le tronc de la veine porte et dans les branches intra-hépatiques.

Anatomie pathologique. — Lorsque la thrombose est de date relativement récente, dans les cachexies par exemple, on trouve la veine porte oblitérée, non seulement au niveau du tronc, mais aussi au niveau de ses branches, par des caillots mous, noirâtres, se détachant facilement de la paroi veineuse. Des lésions de congestion secondaire, œdémateuses ou même ecchymotiques, existent sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin. On observe aussi de l'hyperhémie splénique et un épanchement ascitique plus ou moins abondant.

C'est surtout dans la cirrhose atrophique, où le processus a eu le temps d'évoluer, que les lésions offrent le degré le plus avancé. La veine est dilatée et forme un cordon plein; les parois sont épaissies et rigides; le thrombus est formé de coagula stratifiés, décolorés à la périphérie et noirs au centre. La face interne du vaisseau est rugueuse, inégale, parfois recouverte de lamelles calcifiées, et la prolifération fibreuse qui en émane peut avoir transformé la totalité du canal en un cylindre de tissu cellulo-vasculaire. Ici l'obstacle au cours du sang retentit d'une façon plus marquée encore sur les affluents de la veine porte et se traduit, outre les lésions congestives du tractus intestinal, par la dilatation de la veine splénique et des plexus gastro-œsophagiens.

Dans certains cas, la cirrhose hépatique serait consécutive à la pyléphlébite, devenue le point de départ d'une sclérose des gaines glissoniennes périportales : il se développerait ainsi une cirrhose veineuse périlobulaire (Ch. Leroux), comparable à celle que Solowieff a réalisée expérimentalement par la ligature de la veine porte.

Symptomatologie. — La thrombose de la veine porte peut ne se révéler par aucun symptôme pendant la vie, lorsque, par exemple, le coagulum se forme à la période agonique. Souvent aussi, les symptômes se confondent avec ceux de l'affection primitive. Mais, dans d'autres cas, quelques signes nouveaux, indices de la stase dont les racines de la veine porte sont le siège, viennent s'ajouter, le plus fréquemment d'une façon graduelle, à ceux que présentaient jusqu'alors les malades.

Parfois c'est une hématémèse ou une entérorrhagie subite qui ouvre la scène. Presque toujours, il se produit une ascite à caractères assez spéciaux. Cette ascite, qui se développe rapidement, devient en peu de jours considérable et, après la ponction, la reproduction du liquide se fait, au bout de 24 ou 36 heures, avec la même abondance. Sur les 28 cas relevés par Frerichs, l'ascite existait 15 fois; dans les trois autres faits, il y avait eu des hémorragies gastro-intestinales profuses.

Le réseau des veines sous-cutanées, plus dilaté que dans la cirrhose atrophique, atteint parfois des proportions énormes et l'hypertrophie splénique peut être colossale. On constate aussi une diarrhée composée de matières muco-sanguinolentes. L'urine est rare, dense, très colorée. L'ictère s'observe rarement.

La terminaison mortelle est pour ainsi dire la règle, soit par hémorragie, soit par cachexie, à la suite de paracentèses répétées.

étonnantes, qui est aujourd'hui et sera longtemps encore l'objet des recherches ardentes des meilleurs observateurs.

Une analyse anatomique poussée si loin est cependant restée stérile au point de vue de l'explication d'un phénomène qui reste parmi les plus inaccessibles des secrets que nous essayons d'arracher à la nature.

Mais si le point de vue théorique nous échappe et doit nous échapper toujours, pouvons-nous du moins, au point de vue pratique, nous prévaloir de quelque avantage déjà conquis ? Certes, les faits ne manquent point et leurs interprétations pas davantage. Mais cela ne nous suffit pas, et nous en sommes toujours aux à-peu-près. Le jour ne paraît pas prochain où les médecins auront une légitime et efficace influence sur la sélection par reproduction de l'espèce humaine. Des difficultés presque insurmontables s'y opposent. Je ne parle pas du secret professionnel et de l'étroitesse de ses exigences imprescriptibles, qui s'opposera toujours à ce que nous possédions les renseignements voulus, ou, les possédant, à ce que nous nous en servions. Il est vrai qu'on pourrait généraliser l'expédient, qui consiste à exiger d'un futur conjoint dont on suspecte l'intégrité organique, la présentation d'une police d'assurance sur la vie. Mais ce certificat même, si rigoureuses qu'on suppose les conditions requises pour son obtention, renseignera-t-il sur les antécédents héréditaires de celui qui en sera muni ? Fût-on contraint, pour être admis aux bénéfices de l'assurance, de fournir des preuves irrécusables de l'absence de toute tare organique ou fonctionnelle chez ses ascendants, que cela serait encore incomplet comme garantie. Or l'obligation que je suppose là n'est pas même une hypothèse vraisemblable, c'est une utopie, une irréalisable chimère.

On peut aller plus loin encore dans la voie des suppositions. Admettons, en effet, qu'il devienne possible que le public, endoctriné par nous, acquière la conviction ferme et absolue de la réalité des influences héréditaires, de la solidarité entre les générations successives, et que la constatation intégrale de ces influences dans toute l'étendue de leur sphère d'action soit rendue pratique ; en d'autres termes, admettons qu'on réussisse à faire que jamais un taré ou un dégénéré ne se marie ou ne se reproduise, aurait-on vraiment rendu service à l'espèce ? Point du

« Il serait intéressant, dit M. Chauffard, de chercher, dans les cas de ce genre, si la mort est précédée du syndrome toxique que Schiff, Cl. Bernard, Oré, G.-H. Roger, ont observé dans les expériences de ligature de la veine porte : on sait qu'en pareil cas, l'animal opéré présente très rapidement un état parétique du train postérieur, une hypothermie progressive, de la dyspnée, puis une somnolence qui précède la mort. Il est probable que la pathologie humaine peut présenter quelques-uns de ces mêmes traits, mais atténués, car l'obstruction par thrombose de la veine porte ne se produit pas brusquement et n'est pas d'emblée totale, comme dans l'expérience de laboratoire; c'est peu à peu qu'elle s'installe, l'auto-intoxication est lentement progressive, et trouve, jusqu'à un certain point, une voie d'élimination, comme une soupape de sûreté, dans l'état de congestion sécrétoire ou hémorragique de la muqueuse gastro-intestinale. »

PYLÉPHLÉBITE SUPPURÉE

Étiologie. — La pyléphlébite suppurée est moins rare qu'on ne le pense généralement : la collection des cas réunis par Gendron justifie cette assertion.

Le fait bien connu de Lambron est le seul que les auteurs citent comme un exemple de traumatisme direct de la veine porte. On trouva, à l'autopsie d'un individu mort avec des signes d'infection, une phlébite suppurée de ce vaisseau, consécutive à la pénétration d'une arête de poisson dans le tronc de la veine mésentérique supérieure.

La pyléphlébite suppurative est avant tout une affection secondaire, et ses origines doivent être cherchées, soit dans un des organes où la veine porte prend sa source, soit dans l'épaisseur même du parenchyme hépatique.

A. *Pyléphlébites suppurées d'origine extra-hépatique.* — La cause la plus habituelle de ces pyléphlébites est une lésion du canal intestinal.

L'estomac peut être le foyer primitif de la maladie : Gendron mentionne cinq cas consécutifs à l'ulcère rond.

Ce sont plus souvent les inflammations du cœcum, la typhlite, l'appendicite suppurative qui sont le point de départ de la maladie.

Une fistule recto-uréthrale (Borie), la perforation du rectum par la canule d'une seringue (Leuclet), ont également pu être incriminées.

Il est curieux de noter que les ulcérations intestinales de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, de la dysenterie figurent à peine au nombre des causes de la pyléphlébite suppurée.

La lésion originelle peut être encore une inflammation diffuse ou circonscrite du péritoine, un abcès ganglionnaire du mésentère en rapport avec une grosse racine veineuse.

La veine splénique a été la voie de propagation de l'infection dans quelques cas d'abcès de la rate.

Enfin, chez le nouveau-né, on a observé l'inflammation de la veine porte comme conséquence de la phlébite ombilicale.

B. *Pyléphlébites suppurées d'origine intra-hépatique.* — Les abcès du foie, les kystes hydatiques suppurés, surtout l'angiocholite calculeuse et la cholécystite suppurée, provoquent aussi des pyléphlébites. Mais il faut savoir que les rapports de causalité entre l'abcès du foie et la suppuration de la veine porte sont fort difficiles à saisir, puisque la pyléphlébite peut se compliquer d'abcès hépatiques, et, d'autre part, il est intéressant de faire remarquer qu'il est des cas où les calculs biliaires peuvent pénétrer dans la veine porte sans déterminer de phlé-

---

tout, car l'hérédité même morbide, si paradoxal que cela paraisse, est en un sens préservatrice de l'espèce. Elle la défend de deux manières : d'un côté, elle confère l'immunité contre certaines infections lorsque les procréateurs ont eu la puissance de résister à ces infections et qu'ils engendrent des descendants rendus, dans quelque mesure, réfractaires aux affections dont les ascendants ont triomphé; d'un autre côté, elle diminue la résistance des tares à d'autres attaques, elle affaiblit leurs facultés reproductrices, les annihile même en les rendant inféconds, et tue leurs enfants en bas âge. Par là, elle s'oppose à ce que des maladies de famille deviennent des maladies de race, puis des maladies d'espèce. En réalité, elle empêche l'accumulation des dégénérescences en supprimant les dégénérés; elle assure au contraire l'accumulation des forces de résistances aux maladies acquises. C'est pourquoi les endémies sont moins meurtrières que les épidémies; c'est pourquoi aussi la sérénité de celles-ci s'atténue à mesure que leurs retours offensifs se multiplient, tandis qu'elles ravagent effroyablement les races sur lesquelles elles s'appesentissent pour la première fois. Le choléra, la variole, la lèpre, en fourniraient de nombreux exemples. C'est en partant de ces idées qu'on a été jusqu'à considérer la tuberculose comme un bienfait, comme une nécessité, tout au moins, destinée à faire disparaître les familles impropres à la reproduction.

Empressons-nous d'ajouter que ce sont là des aperçus philosophiques dont le médecin peut admirer la portée, mais dont il ne saurait s'inspirer pour régler sa pratique. Il serait prématuré, d'ailleurs, d'essayer de fixer, d'après l'état actuel de nos connaissances sur l'hérédité, les préceptes de notre conduite. Car tout est obscurité encore sur ce sujet et les contradictions les plus étonnantes sont offertes par les savants même les plus autorisés.

Pour n'examiner qu'un point particulier du vaste ensemble, un de ceux où il semble que l'accord dût être le plus facile parce que les faits paraissent le plus simples à observer et à vérifier, voyez ce qui se passe en ce qui concerne la télégonie. On sait qu'on nomme ainsi, suivant la définition de O. vom Rath, « l'hypothèse d'après laquelle la première fécondation exerce chez la mère une influence indélébile qui fait que les rejetons ultérieurs dus à d'autres

bite. On sait en effet que Bianchi n'a pas relevé de lésions de ce vaisseau sur le cadavre d'Ignace de Loyola, dont la veine porte renfermait des calculs.

Les recherches contemporaines sur la microbiologie des voies biliaires et les angiocholites, nous fournissent l'explication de ces faits. Mais sur ce point particulier d'étiologie, comme sur tous les autres, d'ailleurs, nous ne pouvons raisonner que par induction, car les documents bactériologiques font totalement défaut sur la question des pyléphlébites. Il y a là un complément d'enquête indispensable, dont les observations ultérieures apporteront, sans aucun doute, les éléments.

Anatomie pathologique. — Les lésions sont celles de l'endophlébite suppurative. Elles portent primitivement soit sur le tronc même de la veine porte, soit sur l'une de ses branches de bifurcation. La branche droite est beaucoup plus souvent envahie que la gauche.

Le canal veineux dilaté est plus ou moins adhérent aux parties voisines. Les parois sont épaisses, de coloration gris sale, et, quand on ouvre le vaisseau, on voit qu'il reste béant et qu'il contient un thrombus de coloration lie de vin ou franchement puriforme. La face interne de la veine est grisâtre, tomenteuse, végétante, comme ulcérée par places.

La dissection du vaisseau, pratiquée en sens inverse du courant sanguin, permet de retrouver et de suivre le vaisseau veineux qui communique avec le foyer purulent originel.

D'autre part, l'inflammation suppurative se poursuit plus ou moins loin vers les branches intra-hépatiques de la veine porte. Quels sont donc, sur ce point, les renseignements fournis par l'examen du foie? Bien des auteurs ont rapporté des faits où il n'y avait pas de collection purulente intra-hépatique et où les régions péri-veineuses paraissaient absolument saines (1). Mais souvent les coupes contiennent des foyers de suppuration. Les uns sont encore limités par une membrane en continuité avec la paroi veineuse et correspondent à des dilatations ampullaires du vaisseau; les autres sont manifestement creusés aux dépens du parenchyme hépatique. « On trouve, disent Cornil et Ranvier, de véritables abcès ovoïdes, arrondis ou irréguliers, dont la paroi, au lieu d'être formée par les tuniques veineuses, est constituée simplement par le tissu hépatique, après la destruction suppurative de la paroi vasculaire. »

L'histologie montre les différentes phases de ce processus ulcératif. Il y a d'abord infiltration embryonnaire des membranes interne, moyenne et externe de la veine; le tissu conjonctif péri-veineux lui-même est envahi. De la tuméfaction du vaisseau résulte une compression des îlots hépatiques voisins, qui s'aplatissent et prennent la figure de croissants, embrassant dans leur concavité l'espace porto-biliaire. Puis la tunique interne disparaît. « La tunique moyenne résiste assez longtemps, mais elle peut, elle aussi, être entamée à son tour et détruite par la suppuration, qui se limite alors au tissu conjonctif enflammé de la tunique externe, ou au tissu conjonctif hépatique induré qui l'entoure. Ce processus suppuratif et destructif des parois de la veine conduit à la formation d'abcès, qui sont limités, à un moment donné, par les îlots hépatiques. C'est surtout au niveau des petites branches de la veine porte que ce résultat s'observe, parce que les tuniques des veines sont là moins résistantes que sur les gros troncs. » (Cornil et Ranvier.)

(1) M. Achard a rapporté récemment, à la Société médicale des Hôpitaux, un cas d'abcès aréolaire du foie d'origine pyléphlébitique, ayant eu pour point de départ une appendicite.

---

pères présentent d'une façon plus ou moins frappante, des caractères propres au premier mâle ». Le type du genre est le cas, vrai ou faux, mais partout et si souvent cité, d'une femme blanche qui, ayant eu un enfant d'un nègre, n'eut plus avec des hommes de race blanche que des enfants présentant toujours quelques caractères du nègre. Les éleveurs et les gens de *sport* affirment tous qu'une femelle couverte par un mâle de race inférieure ne peut donner que des rejetons inférieurs, même couverte ensuite par des mâles de race supérieure. Il est vrai qu'on n'a jamais émis l'opinion que la réciproque fût vraie.

Voilà pourtant des choses qui devraient être aisées à établir. Or, personne n'est d'accord. *Grammatici certant et ad-huc sub judice lis est.*

Cela n'empêche pas les champions des camps adverses d'édifier, pour expliquer la télégonie ou pour en démontrer l'impossibilité, des théories d'une complication et d'une nébulosité extrêmes. Et ce sont des hommes comme Darwin, Spencer. Weissmann et Manhnke qui se trouvent dans ce désaccord!

C'est qu'en réalité l'observation, même pour ce cas, est d'une difficulté considérable et que les causes d'erreur y sont innombrables. Témoins les chats de O. vom Rath, qui ont failli devenir une preuve parfaitement avérée et tout à fait certaine de la réalité de la télégonie. L'histoire est embrouillée comme un roman judiciaire. Il y figure autant de chats et de chattes qu'il y a de personnages dans la comédie humaine, et l'action s'y développe sur un théâtre étendu qui va de Tunis à Baden. On en est réduit, pour la concision et la rapidité du récit à désigner les acteurs — les acteurs principaux seulement — par une lettre de l'alphabet, comme les quantités algébriques, et tout l'alphabet y passe.

Un très beau couple de chats, dont le mâle a une oreille et la queue atrophiée donnent naissance à une série de portées où l'on trouve toujours un ou deux petits anormaux comme leur père. Celui-ci étant devenu tout à fait méchant et dangereux pendant les périodes de rut, fut châtré. Or les portées que la chatte eut depuis, qui provenaient d'accouplements avec des chats normaux, continuèrent à être signalées par la présence d'un ou deux petits à l'oreille et à la queue atrophiées. Des femelles

Les conduits biliaires peuvent être intéressés. Dans le cas de Gendron, un grand nombre d'entre eux étaient atteints d'angiocholite catarrhale. Dans celui de M. Chauffard, où précisément, il n'y avait pas d'ictère, les canaux biliaires ne présentaient aucune altération.

Il est à noter que les lésions des veines sus-hépatiques et que les suppurations métastatiques dans les poumons, les reins, etc., sont d'une excessive rareté.

Par contre, il existe souvent de la péritonite partielle ou généralisée et de l'hyperhémie de la rate.

Symptomatologie. — Le tableau clinique est très différent de celui de la pyléphlébite adhésive. Comme le fait remarquer M. Chauffard, « ce sont les signes d'une septicémie aiguë qui dominent, alors que les accidents dus à la stase porte sont relativement relégués au second plan. »

Tantôt l'apparition de la pyléphlébite suppurative ne fait que marquer la phase nouvelle d'une maladie antérieure dûment constatée (lithiase biliaire, ulcère rond, périty phlite), au cours de laquelle elle survient. Tantôt, au contraire, la lésion originelle était restée latente et les premières manifestations morbides relèvent de la pyléphlébite, provoquée par une altération ganglionnaire, un foyer de péritonite, une appendicite ulcéreuse, qui évoluaient sourdement au voisinage d'une racine veineuse importante.

Quoi qu'il en soit, la douleur et la fièvre constituent les symptômes d'invasion.

La douleur doit être distinguée par son siège de celle qui appartient à la maladie causale. Cette différenciation est aisée, quand aux phénomènes douloureux résultant d'une périty phlite ou d'une appendicite, vient s'ajouter une douleur de l'hypocondre droit. Elle l'est beaucoup moins si la pyléphlébite se développe à la suite d'une affection du foie ou des organes avoisinants. Toujours est-il que cette douleur spontanée et s'exagérant à la pression, a deux localisations électives, l'épigastre et l'hypocondre droit. Elle diffuse bientôt à tout l'abdomen, mais reste prédominante dans ces deux régions.

La fièvre qui, avec la douleur, ouvre la marche de la maladie, revêt l'aspect d'accès fébriles intermittents. Le malade est pris d'un frisson intense et prolongé, avec élévation de température pouvant atteindre 40°, 41°, et stade de sueur terminal. Ces accès, d'une durée parfois très prolongée, sont tantôt quotidiens (ils peuvent même se renouveler deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures), tantôt séparés par un nombre variable de jours apyrétiques. Les caractères de cette fièvre symptomatique de la pyléphlébite suppurative, s'écartent notablement de ceux de la fièvre intermittente hépatique liée à l'angiocholite suppurée, dont la tendance à la régularité, la lenteur d'allure, les suspensions complètes et prolongées peuvent être opposées, comme l'a bien fait voir Gendron, à l'irrégularité et à la ténacité de la fièvre symptomatique de la pyléphlébite. L'intermittence n'existe pas du reste dans tous les cas, car il se peut que la fièvre offre l'allure rémittente paroxystique.

Il est tout à fait exceptionnel (et il n'y a pas lieu pratiquement de compter sur ce signe), de sentir par la palpation le tronc de la veine porte enflammée, sous forme de tumeur, comme dans une observation de Schönlein.

D'autres symptômes se montrent encore. Le foie et la rate augmentent de volume; les conjonctives prennent une teinte subictérique ou franchement ictérique. L'ictère manque dans un quart des cas, d'après

---

normales, nées de cette seconde série de portées, couvertes par d'autres chats également normaux eurent des portées présentant la même singularité de l'atrophie d'une oreille ou de la queue.

C'est là le résumé très condensé mais fidèle du long récit de l'observation de O. vom Rath. A ne retenir que les faits dont elle se compose, il y avait là évidemment un cas très net et indiscutable de télégonie. Mais en prolongeant l'enquête du côté des ascendants du premier couple, on apprit que le grand-père de la chatte avait une oreille atrophiée et que sa mère n'avait qu'un bout de queue. D'autre part le matou qu'on dût châtrer et qui faisait des petits anormaux, descendait lui aussi des mêmes parents que sa femelle. On ne se trouvait plus ainsi en présence d'autre chose que d'une maladie de famille qui continuait à se transmettre par les filles.

Le seul intérêt de cette hisoire tient aux conclusions qu'on en peut tirer en ce qui touche notre espèce. Que doivent être les difficultés quand il s'agit d'apprécier exactement l'hérédité chez l'homme, puisqu'il en existe tant pour l'étude de ces questions chez des animaux qui atteignent rapidement leur développement sexuel et dont on peut suivre plusieurs générations. Chez l'homme aussi on ne peut guère s'occuper, en dehors des frères et sœurs, que des ascendants directs, encore les renseignements font-ils déjà défaut quand on en vient aux grands-parents. Quant aux collatéraux, aux frères et aux sœurs des parents et surtout des grands-parents, il ne saurait être question de rien savoir à leur sujet. Comment s'en étonner lorsqu'on songe que près d'un siècle peut s'être écoulé entre la naissance du grand-père et l'âge de la majorité du petit-fils ?

Les générations de l'avenir trancheront-elles ces difficultés ? Est-il bien à désirer qu'on les tranche ? Le succès de la fameuse société d'autopsie réaliserait sous ce rapport, dans quelques centaines d'années, un progrès voisin de l'absolu, Mais je continue à douter que ce doive être un avantage. Je plaindrais l'humanité d'alors de la lugubre contemplation où elle serait plongée des vices, des lésions et des tares ancestrales. Quel splen serait celui de nos arrière-neveux ! Et pour quel bénéfice réel ? Car le jour où il n'y aurait plus de goutteux héréditaires, les hommes

Frérichs. Les urines sont peu abondantes et foncées. Il y a des troubles gastro-intestinaux: vomissements au début, puis diarrhée avec selles séreuses, sanguinolentes ou même dysentériformes. La dilatation des veines sous-cutanées abdominales est rare; il en est de même de l'ascite. Lorsqu'il en existe, le liquide est rarement séreux, mais plutôt louche ou même purulent; il s'agit en effet, le plus souvent, d'un épanchement péritonitique.

L'état général s'altère promptement, le malade s'amaigrit, les forces s'épuisent et la mort survient, soit avec des phénomènes de péritonite généralisée, soit plus fréquemment dans le marasme hectique.

La durée moyenne de la maladie est de quatre à cinq semaines. Elle peut, toutefois n'être que de quelques jours ou se prolonger plusieurs mois.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, ET TRAITEMENT DES PYLÉPHLÉBITES

DIAGNOSTIC. — L'étude sémiologique des pyléphlébites, adhésive et suppurative, montre qu'il n'y a pas de symptôme pathognomonique de cette affection. C'est en se fondant sur un ensemble de signes et en tenant compte des conditions étiologiques les plus favorables au développement de cet accident que le diagnostic peut être établi.

Bornons-nous à quelques indications.

Pour la *pyléphlébite adhésive,* un bon signe est la reproduction extrêmement rapide du liquide après la ponction. Ce caractère ne s'observe à un tel degré dans aucune des autres maladies qui s'accompagnent d'ascite (cirrhose atrophique, tuberculose, cancer du péritoine).

La *pyléphlébite suppurée* peut éveiller l'idée d'une des affections suivantes: fièvre intermittente, infection purulente, angiocholite suppurée, abcès du foie.

Les symptômes péritonéaux, l'état cepticémique, l'ictère, les phénomènes de stase, l'inefficacité de la quinine serviront à distinguer la suppuration de la veine porte de la fièvre paludéenne.

L'infection purulente donne lieu à des localisations multiples, au niveau des articulations, des poumons, etc.

En ce qui concerne l'angiocholite suppurée, le doute pourra subsister longtemps, d'autant que l'angiocholite calculeuse est au nombre des causes qui déterminent la pyléphlébite suppurée et que les symptômes des deux affections peuvent se combiner. Les caractères déjà mentionnés des accès fébriles, les signes d'obstruction de la veine porte, seront en faveur de la complication veineuse.

Quant aux abcès du foie, la notion étiologique (séjour dans les pays chauds, dysenterie) l'évolution plus lente, l'absence d'ictère et d'obstacle circulatoire dans le domaine de la veine porte permettront de ne pas les confondre avec la pyléphlébite.

PRONOSTIC. — « Cette malade, dit Frérichs, ne laisse pas l'espoir d'une terminaison heureuse : la mort en a toujours été la conséquence. » Cette affirmation est peut-être excessive : il faut songer qu'à cause des incertitudes du diagnostic, les observations de pyléphlébite ne sont guère publiées comme telles que lorsque l'autopsie confirmative a été pratiquée, et d'autre part il n'est pas inadmissible, si la phlébite, suppurative ou à plus forte raison simplement adhésive, reste limitée à quelques branches de la veine porte, que le processus puisse aboutir à guérison. Pourtant la formule pronostique de Frérichs reste cliniquement vraie : car, lorsque les symptômes sont assez nets pour qu'on puisse reconnaître l'affection, celle-ci a pris une extension telle que l'issue fatale est inévitable.

---

s'empresseraient de contracter à nouveau la goutte acquise, et le cycle de l'hérédité arthritique s'ouvrirait une fois de plus. Et ainsi des autres diathèses.

Le progrès, le vrai, sera d'instituer une prophylaxie des conséquences de l'hérédité, non en supprimant les générateurs suspects, puisqu'il sera impossible d'y arriver, mais en transformant la constitution des procréés. C'est la tâche que l'hygiène peut espérer de mener à bien; c'est à celle-là qu'il faut nous atteler. La sérothérapie ne nous réserve-t-elle pas d'heureuses surprises de ce côté ?

L'École de Médecine de Nantes en émoi. — La semaine dernière, M. le professeur Jouon, conseiller municipal de Nantes, a écrit à M. le maire de cette ville pour l'informer que le Gouvernement avait promis, paraît-il, une subvention de 200,000 francs à Rennes pour la transformation en École de plein exercice de son École préparatoire. Grand émoi au Conseil municipal et à l'École de Médecine de Nantes. De suite, l'assemblée des professeurs s'est réunie et a nommé une délégation, composée de MM. Jouon, Chartier, Malherbe fils, Bureau L. et Perrochaud, délégation qui va être chargée d'intervenir à Paris auprès du ministre de l'Instruction publique, au sujet de la situation qui serait faite à l'École de Nantes si la subvention promise était accordée à Rennes.

Nous nous plaisons à espérer que cette démarche, qui devrait être appuyée par tous les sénateurs et députés, non seulement de la Loire-Inférieure et de la Vendée, mais de France, car il s'agit là d'une question d'intérêt général, obtiendra un résultat favorable.

C'est probablement encore là une combinaison machiavélique de la direction de l'enseignement supérieur, qui ne doute de rien et ne redoute rien! Elle est, dit-on, insubmersible! Vouloir faire une École de plein exercice de Médecine (en réalité presque une Faculté) à Rennes, c'est une conception qui n'est capable de germer que dans la cervelle de bureaucrates n'ayant pas la moindre idée des nécessités de l'enseignement médical moderne. Mais M. le ministre, nous en sommes sûr, aura bon œil et bon bec pour défendre le bon sens, qu'on voudrait attaquer sans crier gare. *(Progrès Médical.)*

Traitement. — La thérapeutique est à peu près impuissante, et la médication des symptômes pourra seule être mise en œuvre. Les paroxysmes fébriles seront traités par la quinine; on luttera contre le marasme hectique par les toniques et les reconstituants; l'opium, les injections hypodermiques calmeront la douleur et la diarrhée. Enfin la ponction parera, mais souvent pour un temps très court, aux dangers résultant de l'abondance de l'épanchement intra-péritonéal.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

Ce serait peut-être beaucoup de condamner l'hystéropexie par le fait que nous allons citer, mais il est certain que cette intervention ne doit pas être faite à la légère, et le cas cité par le professeur Goubaroff (de Dorpat), dans la *Semaine médicale* du 5 juin 1895, est destiné à montrer les fâcheuses conséquences de cette intervention. D'abord, il est bien évident qu'un utérus qui a subi la ventrofixation n'est plus dans ses rapports normaux, de plus, on s'est demandé quelque temps si cette nouvelle situation n'empêcherait pas la fécondation et l'évolution de la grossesse; de nombreux exemples sont venus prouver le contraire; mais le fait du professeur Goubaroff prouve que l'hystéropexie peut rendre l'accouchement impossible.

Voici le résumé de cette observation peut-être unique. Il s'agissait d'une femme ayant subi la ventrofixation quatre ans environ auparavant. Devenue enceinte, la grossesse marcha bien, mais au moment de l'accouchement, on reconnut une présentation de l'épaule dos en avant, et toutes les tentatives de version furent impossibles par le fait même de la situation élevée de l'utérus et de sa fixation en antéversion. Le col était, du reste, complètement fermé; la situation de la malade empirait et on dut faire une laparotomie.

L'ouverture de l'abdomen montra, tout le long de la cicatrice de la paroi, une adhérence ferme dont les attaches avaient la largeur d'un travers de doigt. Les adhérences furent détachées et l'utérus put être alors ramené dans sa position normale; mais il n'y avait pas, malgré cela, de dilatation du col et au niveau de celui-ci existait un rétrécissement du vagin (produit ou non par la fixation de l'utérus, on ne le dit pas), toutes conditions qui nécessitèrent l'opération césarienne. Cette intervention fut suivie de succès pour la mère et pour l'enfant.

Le professeur Goubaroff ne part pas de cette observation pour proscrire l'hystéropexie; mais il émet les idées suivantes : tout d'abord, ce qui a rendu pour lui les adhérences entre l'utérus et la paroi si solides, c'est que les sutures faites étaient des sutures séro-fibreuses ou séro-musculaires. Il y aurait donc avantage à ne pas rapprocher les feuillets séreux l'un de l'autre, mais au contraire à laisser la séreuse en contact avec la surface de la plaie elle-même; idées, comme on le sait, soutenues par Smith.

Quant à l'hystéropexie, il conseille d'éviter tout point de suture passant à travers le fond de l'utérus; mais de placer, au contraire, les fils au-dessous et non pas au-dessus de l'insertion des ligaments ronds.

— Les cas de guérison dus aux *injections de sérum antistreptococcique* sont en chirurgie assez rares pour que nous analysions une observation due à M. le professeur Follet, de Lille, et parue dans le *Bulletin médical* du 2 juin 1895.

Il s'agit d'un malade atteint de vaste et grave phlegmon érysipélateux ayant successivement envahi la cuisse gauche, le bas-ventre et tout le membre inférieur droit. Malgré les incisions et les pansements antiseptiques, malgré les lavages, la suppuration ne diminuait pas et l'état général s'en ressentait. Des eschares multiples avaient déjà apparu au sacrum, au niveau des ischions et des malléoles; la température atteignait 39°,5 et 40°, le soir, quand M. Folet, grâce au sérum fourni par M. Calmette, put appliquer la sérothérapie antistreptococcique à ce malade.

On commença par étudier le pus, qui fut reconnu être du streptocoque très virulent, et on injecta le premier jour 10cc de sérum d'âne. Les deux ou trois jours qui suivirent cette injection furent sans résultat : mais bientôt une certaine amélioration se produisit et du côté des foyers de suppuration et du côté de l'état général. On dut cependant ouvrir encore un énorme abcès du dos qui fut le dernier, car à partir de ce moment l'amélioration fut sensible de jour en jour et la suppuration finit par se tarir.

Dix jours après le premier examen bactériologique, on procéda à une seconde vérification et on ne trouva plus trace de streptocoques.

Par mesure de prudence on fit alors une deuxième injection de 10cc de sérum et, deux jours après, on pouvait à peine assez recueillir de pus pour l'examiner et y reconnaître l'absence de streptocoques.

Mais il y eut rechute; un nouveau plegmon se présenta sur la face postérieure de la cuisse gauche. Il fut ouvert et le pus présenta du streptocoque. Un abcès, celui-ci le dernier, fut encore ouvert à la jambe droite, celui-là staphylococcique cette fois. A partir de ce moment, la maladie marche vers la guérison et y arrive rapidement.

Comme on le voit, une seule injection a été faite et a suffi, suivant M. Folet, pour faire tomber la température, mais elle ne suffit pas à empêcher un

nouvel abcès de se former, et la seconde injection, pratiquée par mesure de prudence, fut cependant suivie de la formation d'un nouvel abcès.

Il est très difficile d'interpréter ces différents faits; et certes il est trop facile de dire « qui sait si sans injection avec la seule pratique des larges incisions, ce malade n'aurait pas guéri. » Quoi qu'il en soit, cette observation est curieuse et surtout au point de vue des examens bactériologiques qui ont été pratiqués et qui ont montré (ce qui est en faveur de l'effet des injections) qu'en même temps que sous l'influence du sérum la température diminuait, le nombre des streptocoques diminuait aussi dans le pus.

— Les fistules uretérales consécutives à un acte opératoire sont aujourd'hui traitées par l'*abouchement de l'uretère dans la vessie*. Tout dernièrement encore on discutait à la Société de Chirurgie pour savoir si cet abouchement devait être pratiqué par la voie vaginale ou par la voie abdominale. Rouffart, dans le *Bulletin de l'Académie de Belgique* de décembre 1894, se montre partisan de la voie abdominale et a même imaginé un instrument qui facilite cet abouchement.

C'est une sonde dont la courbure est celle de la sonde uretérale de Pawlick, mais dont le calibre est un peu plus fort. Latéralement, et à quelques centimètres de l'extrémité percée, de fins trous, se trouvent soudées deux ailettes à rainures et à ressort qu'une sorte de canule vient appuyer contre la sonde ainsi transformée en pince. L'instrument, introduit dans la vessie, sert de guide dans l'incision de la paroi vésicale. Celle-ci étant incisée, l'instrument passe dans le ventre; on le coiffe de l'uretère dont les parois sont alors pincées par les ailettes. On peut ainsi introduire l'uretère dans la vessie.

Comme la sonde dépasse les ailettes, elle empêche qu'on oblitère la lumière de l'uretère dans les sutures; elle permet également de lutter avec succès contre l'élasticité du conduit. De la sorte, l'urine qui vient du rein malade est conduite directement au dehors. Enfin, l'emploi de l'instrument évite la présence de fils dans la vessie et prévient ainsi la formation de calculs.

— La laparotomie pour *appendicites* et les extirpations de l'appendice malade deviennent de plus en plus fréquentes et il nous semble intéressant de signaler le travail d'un Américain, du Dr Edebohls, sur l'incision de l'appendice vermiforme.

Comme on le sait, on enlève, en France, l'appendice à l'aide d'une ligature préalablement placée à la base de l'appendice, et on sectionne ce dernier, laissant la ligature fermer la continuité de l'intestin.

Cette pratique serait imprudente pour une solution de continuité siégeant sur l'intestin lui-même; car elle n'adosse pas les séreuses, et à la chute de la ligature on peut se demander si l'ouverture est bien fermée. Dans nombre de cas aussi ne se contente-t-on pas de la simple ligature, mais on fait par-dessus celle-ci quelques points de suture séro-séreuse destinés à renforcer l'occlusion de l'appendice réséqué.

M. Edebohls va plus loin. Il craint énormément l'infection du péritoine même par les débris de l'appendice, par ce qui reste après son extirpation, et, pour se mettre complètement à l'abri d'une inoculation par les produits septiques de l'intestin, il propose de ne pas faire de solution de continuité, mais bien *d'inverser l'appendice iléocœcal* de façon que toute matière septique, qui pourrait ultérieurement s'en dégager, tombe dans l'intestin et soit entrainée par la digestion.

Pour arriver à ce résultat, deux procédés peuvent être mis en œuvre : ou bien on peut lier l'appendice et, une fois celui-ci lié, l'inverser, le faire rentrer dans le cœcum en l'y maintenant par une rangée de sutures séro-séreuses; ou bien encore on peut s'abstenir de toute ligature, inverser complètement l'appendice, comme on retourne un bonnet de coton et, ceci fait, fixer l'appendice dans cette situation rétroversée à l'aide de points de suture sur la séreuse, à la base de l'appendice retourné.

Cette dernière pratique nous paraît assez délicate. Il ne doit pas, d'abord, être très facile de retourner ainsi un appendice pourvu qu'il soit un peu long et surtout s'il est tuméfié par l'inflammation ses parois sont devenues rigides et se prêtent peu au retournement de ses tuniques. De plus, ce sont là des manœuvres un peu délicates et qui mettent quelque temps les doigts en rapport avec des parties très infectées, doigts qui doivent continuer l'intervention, avoir de nouveaux rapports avec le péritoine et qui, par conséquent, demandent le moins de contact infectant possible.

Aussi le premier procédé, qui consiste à commencer par réséquer l'appendice et, cela fait, à en faire la ligature dans le tube intestinal, comme on le ferait d'une petite portion gangrenée dans une hernie, nous paraît être le plus logique; et nous pouvons dire que c'est une pratique tenue par beaucoup de nos collègues et qui n'ont pas songé à en faire l'objet d'une publication.

La ligature nous paraît nécessaire, car elle met un fil solide pour interrompre la communication de l'intérieur de l'intestin avec le péritoine. Cette ligature peut suffire si on a bien nettoyé le moignon d'appendice qui reste; mais il nous paraît plus prudent, quand on le peut, d'éverser le moignon, comme le recommande M. Edebohls, et de parachever la résection par un plan de sutures séro-séreuses.

— Terminons par deux cas d'intervention abdominale et citons une observation de Bush, dans *The*

Lancet du 6 avril 1895, dans laquelle le bouton de Murphy réussit fort bien.

Il s'agissait d'une hernie inguinale étranglée chez un cyphotique de 55 ans, chez lequel la kélotomie montra l'existence d'une gangrène étendue de l'anse étranglée. L'auteur, pour réséquer l'anse gangrenée, fut obligé de faire la laparotomie sous-ombilicale. L'abouchement fut fait ensuite avec le bouton de Murphy et la guérison obtenue.

Dans le même numéro de *The Lancet*, nous trouvons aussi une observation intéressante de Taylor sur un cas d'occlusion intestinale par un calcul biliaire. Comme toujours, il s'agissait d'une femme sujette à des coliques hépatiques qui, après plusieurs jours de vomissements incoercibles, fut prise d'accidents d'occlusion intestinale avec formation d'une petite tumeur dans la fosse iliaque gauche. La laparotomie ne fut faite que vingt-quatre jours après le début des accidents, au moment où parurent les vomissements fécaloïdes. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva dans la fosse iliaque gauche une anse intestinale contenant une masse dure; on excisa cette anse intestinale parallèlement à son axe et on retira un calcul biliaire. On referma la plaie à l'aide de sutures de Lembert, puis on sutura le péritoine et, enfin, la paroi abdominale.

Le succès vint couronner cette intervention. Les cas de laparotomie pour extraction de calculs biliaires suivis de succès se multiplient et il semble que les guérisons tendent à devenir presque la règle, quand on n'opère pas trop tard; c'est donc, à l'heure actuelle, la pratique à recommander. E. R.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juin 1895

On sait aujourd'hui que le diagnostic des angines pseudo-membraneuses ne peut être fait d'une façon certaine que par l'examen bactériologique des fausses membranes. La clinique seule est bien souvent impuissante à faire affirmer la nature d'une angine. La diphtérie se présente sous des aspects très divers. M. Dieulafoy vient aujourd'hui lui décrire une forme herpétique.

Les angines herpétiques, dont on connaît bien les symptômes, ne doivent donc pas échapper, alors même qu'elles sembleraient typiques, à l'examen bactériologique et aux cultures.

M. Dieulafoy communique trois observations qui montrent à quel point l'existence de vésicules herpétiques peut donner le change, et faire facilement méconnaître l'existence d'une dipthérie. Un homme de cinquante-deux ans entre à l'hôpital pour une angine intense qui a débuté brusquement; on constate sur le voile du palais quelques vésicules d'herpès; quelques vésicules occupent en outre les lèvres de la commissure. Les ganglions sont modérément engorgés. On porte le diagnostic d'angine herpétique. Bientôt des fausses membranes se forment, qui envahissent même les fosses nasales. La culture sur sérum montre alors des bacilles de Loeffler en grande quantité.

M. Dieulafoy pratiqua à son malade des injections de sérum anti-diphtérique qui firent rapidement disparaître les accidents, mais n'empêchèrent pas cependant des phénomènes paralytiques du voile du palais, des membres inférieurs, de la vessie, de certains muscles de l'œil.

Dans un deuxième cas, une jeune fille de dix-huit ans est prise de fièvre, de céphalalgie, et présente une éruption herpétique considérable du pharynx, avec quelques fausses membranes peu adhérentes; il y a aussi quelques vésicules sur les lèvres et aux commissures. Le diagnostic d'angine herpétique semble s'imposer; cependant la culture sur sérum démontre la présence du bacille diphtérique. La malade guérit après une injection de sérum anti-diphtérique.

Un troisième fait, tout à fait analogue au précédent, a été observé chez un enfant; la diphtérie fut suivie ici de phénomènes paralytiques très graves.

Il est utile de signaler de tels faits, car en présence de vésicules d'herpès, on fait toujours le diagnostic d'angine herpétique; les observations de M. Dieulafoy montrent bien les erreurs graves que l'on peut commettre si dans tous les cas, systématiquement, on n'a recours aux cultures sur sérum.

— C'est une méthode complète de *traitement du diabète* que M. A. Robin présente ensuite à l'Académie. Ce n'est point qu'il mette en œuvre aucun médicament nouveau; il propose simplement l'emploi de moyens déjà connus, mais associés d'une façon particulière d'après leur action sur les échanges nutritifs.

Le point de départ de la thérapeutique rationnelle du diabète est dans le fait de le suractivité de la nutrition générale et de la cellule hépatique en particulier. Les médicaments doivent donc être choisis parmi les agents qui ralentissent, d'une façon quelconque, les mutations générales : il faut écarter tous les moyens capables d'accélérer la nutrition; il faut, enfin, priver l'organisme des matériaux avec lesquels il peut fabriquer du sucre.

Sans vouloir insister sur le régime et sur l'hygiène des diabétiques, M. Robin montre la tendance de ces malades à se déminéraliser, et l'urgente indication d'obvier à une déperdition qui peut amener des conséquences graves. Il étudie ensuite les médicaments à utiliser dans le diabète : l'antipyrine, les alcalins, le bromure de potassium, les arsenicaux, les opiacés, la belladone, la valériane, le quinquina, le sulfate de quinine, l'huile de foie de morue. Il importe de les diviser en trois groupes : le premier comprend l'antipyrine; le deuxième renferme les arsenicaux, la codéine, les alcalins-terreux, le sulfate de quinine; dans le troisième enfin entrent la valériane, l'opium, la belladone, le bromure de potassium. Quant au quinquina, aux alcalins, à l'huile de foie de morue, ils font partie des trois groupes à titre de médication adjuvante.

Chaque groupe correspond à une étape du traitement, auquel M. Robin donne le nom de *traitement alternant*.

Donc, après avoir fait le dosage du sucre d'un diabétique, M. Robin lui prescrit d'abord l'antipyrine, à la dose de 2 grammes, associée aux alcalins, pendant cinq jours; l'antipyrine est contre-indiquée en cas d'albuminurie; elle doit être réservée aux diabétiques gras, et ne doit jamais être prescrite quand les malades sont à la période de déchéance ou quand il s'agit de diabètes aggravés.

Si, après cette première étape, le sucre a disparu, on prescrit simplement un régime sévère; s'il a simplement

diminué, on passe à la seconde étape et l'on prescrit le sulfate de quinine, l'arsenic, etc., pendant quinze jours. S'il y a encore du sucre, on recommence la série. Que le sucre disparaisse ou non, il faut, tout d'abord, cesser tout traitement médicamenteux pendant un mois et s'en tenir au régime seul. Puis on recommence la série complète et, cela, jusqu'à ce que le sucre ait disparu complètement ou à peu près.

M. Robin a traité suivant cette méthode cent diabétiques rendant plus de 100 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures. 25 sont définitivement guéris ; chez 25 autres la guérison est encore problématique ; dans 32 cas, il y a eu une amélioration considérable et permanente ; enfin, les résultats n'ont été nuls que dans 18 cas.

— Au cours de la séance, M. Hervieux a lu, au nom de M. Audet, une intéressante observation de *transmission héréditaire de l'immunité vaccinale*, et M. Laborde a déposé une proposition de vœu concernant les mesures prophylactiques contre l'alcoolisme. Nous reviendrons sur cette proposition, qui sera discutée dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juin 1895

Des deux malades que présente M. Gingeot, l'un offre une *inversion générale des viscères*, l'autre une *inversion cardiaque*. Pour ce dernier, il n'est pas possible de dire s'il s'agit d'une ectopie congénitale ou acquise ; le cœur bat dans le cinquième espace intercostal droit ; tous les autres viscères sont à leur place.

— Après cette présentation de malades, M. Siredey vient lire, en son nom et au nom de M. Garnier, une intéressante observation d'*hémoglobinurie paroxystique*. Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, chez laquelle l'affection débuta il y a quatre ans environ. A cette époque, elle eut un premier accès d'hémoglobinurie pour lequel elle entra dans le service de M. Guyon. Puis sa santé était redevenue bonne ; elle eut, dans cette période, un enfant qui est encore vivant et bien portant ; elle pouvait sans en ressentir aucun inconvénient, s'exposer au froid et à l'humidité. Au mois d'avril dernier, à la suite de chagrins et de fatigues, éclata une nouvelle crise débutant comme la première par des frissons, des douleurs épigastriques et lombaires, des nausées, des vomissements. La malade entra à l'hôpital, où les crises se sont répétées à différentes reprises, surtout lorsqu'elle s'exposait au froid

Au moment des crises, les urines étaient rouges et présentaient au spectroscope les raies de l'oxyhémoglobine et de la méthémoglobine. Elles contenaient de l'albumine ; celle-ci existait aussi dans quelques accès très peu intenses, avortés pour ainsi dire ; dans les intervalles des crises elle faisait absolument défaut.

M. Siredey a examiné le sang pendant les accès et dans leur intervalle. Pendant les accès, le sérum était rouge, d'aspect laqué ; le caillot de coagulation se dissolvait assez rapidement ; dans l'intervalle des accès, M. Siredey a pu reproduire l'expérience d'Erlich et de Lépine ; l'annulaire lié à sa base était plongé dans de l'eau froide pendant une demi-heure, puis du sang était pris au niveau du doigt correspondant. Le sérum provenant du doigt immergé dans l'eau froide prenait rapidement l'aspect laqué, comme si on avait provoqué une hémoglobinurie locale : mais le sérum du doigt de l'autre main ne tardait pas non plus à présenter le même aspect ; le caillot se dissolvait plus ou moins complètement dans le sérum.

Cette dissolution du caillot a été plus ou moins complète et plus ou moins rapide suivant les moments où M. Siredey a examiné le sang de la malade. Quelquefois, elle a été absolument complète, d'autres fois le caillot disparaissait aux deux tiers, aux trois quarts.

La coloration du sérum dans les cas de ce genre semble due à la dissolution du caillot. Mais M. Hayem a vu le sérum coloré avant la dissolution du caillot. Il est donc difficile de se prononcer sur ce point.

Il faut noter en terminant, que la malade de M. Siredey n'est ni syphilitique ni impaludique, qu'elle n'a eu, en un mot, aucune maladie générale.

M. Hayem avait déjà attiré l'attention sur ces trois points suivants :

1° Les urines contiennent, dès leur émission, de la méthémoglobine en proportion avec l'intensité de leur coloration. Il ne s'agit donc pas dans cette affection d'une simple dissolution de l'hémoglobine, comme on peut la produire, par exemple, chez les animaux, par des injections intra-veineuses d'eau ; l'urine de ces animaux contient de l'hémoglobine. Celle-ci peut, il est vrai, se transformer en méthémoglobine au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Mais chez l'individu atteint d'hémoglobinurie paroxystique, la méthémoglobine existe d'emblée, comme par exemple, lorsqu'on injecte dans le sang d'un animal certaines substances, telles que le chlorate de soude ;

2° Le caillot se redissout dans le sérum ; cette dissolution se fait au bout de vingt-quatre heures environ ; quelquefois plutôt, quelquefois plus tard. Cette dissolution indique, de même que le fait précédent, une altération profonde du sang, puisque le caillot sanguin provenant d'un individu sain ne se redissout qu'au moment de la putréfaction, au bout de plusieurs jours ;

3° L'aspect laqué du sérum existe dans l'hémoglobinurie paroxystique, mais il peut s'observer aussi dans l'intervalle des accès.

M. Hayem pense que tous ces phénomènes ne peuvent s'expliquer que par la présence dans le sang d'une substance toxique analogue aux substances méthémoglobinisantes, telles que le chlorate de soude. Il s'agirait donc en quelque sorte d'un empoisonnement passager du sang, mais on en connaît encore nullement la nature.

L'influence du système nerveux sur la production de l'accès doit, en outre, être prise en considération. M. Chauffard a vu chez un hémoglobinurique l'accès apparaître quand on plongeait sa main dans l'eau ; il faut bien invoquer ici une action réflexe.

— *Les interventions chirurgicales dans le traitement du croup*, exposent, on le sait, les diphtériques à de graves complications, même avec la sérothérapie. M. Variot a cherché à réduire la nécessité de ces interventions et il semble y être arrivé en faisant inhaler continuellement aux petits malades une atmosphère sursaturée de vapeur d'eau. En effet, les enfants atteints de croup, après avoir subi l'injection de sérum antidiphtérique, sont placés, à l'hôpital Trousseau, dans des chambres closes où l'on fait évaporer constamment de l'eau sur un bec de gaz ou une lampe alcool. La vapeur d'eau semble exercer une action déliquescente sur les fausses membranes qui sont rejetées plus facilement, et une action sédative sur les nerfs de la muqueuse laryngée ; les phénomènes spasmodiques se calment assez rapidement, en effet.

Quoi qu'il en soit, M. Variot a vu, sous l'influence de ce traitement, le nombre des interventions s'abaisser de 26 % à 14 % en moyenne. La vapeur d'eau peut donc être considérée comme un puissant adjuvant de la sérothérapie. Elle a rendu, en outre, de grands services dans

des cas de laryngites simples membraneuses ou spasmodiques.

— M. HUCHARD a présenté, au cours de la séance, deux pièces anatomiques : un cœur atteint *d'endocardite mitrale végétante métapneumonique*, et une *aortite péricoronarienne* avec oblitération complète de la coronaire droite, survenue pendant une néphrite artérielle et ayant amené la mort subite. H. RICHARDIÈRE et FOURNIER.

LES LIVRES NOUVEAUX

Étude sur les virus, par Jean HAMEAU, docteur en médecine, à la Teste, membre correspondant de la Société royale de médecine et de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux (1836 et 1847). Préface par M. GRANCHER, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8°. G. Masson, éditeur. Paris, 1895.

L'importance d'une telle publication pour quiconque s'intéresse à l'histoire de la médecine, se déduit naturellement de cette phrase empruntée à la *préface* de M. le professeur Grancher : « Avoir pressenti, deviné, affirmé, « avec toutes les preuves que pouvait lui fournir la science « de son temps, une doctrine qui devait, cinquante ans « plus tard, et grâce au génie de Pasteur, régner en souveraine, c'est à mon sens, faire preuve d'une sagacité « pénétrante. Et si on veut bien remarquer que le Dr Jean « Hameau était un médecin de campagne, isolé de tout « foyer scientifique, on comprendra mieux encore l'étonnement dont j'ai été saisi à la lecture de son travail. »

Nous avons lu, avec beaucoup d'intérêt, le volume de M. Hameau et nous ne pouvons mieux dire que ce que nous venons de retracer de la préface de M. Grancher.

Nul doute que ce livre, où à côté des idées se trouvent de nombreuses observations, ne donne à l'auteur la part qui lui revient dans les travaux sur les virus.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Mort du professeur Verneuil. — Le professeur Verneuil est mort le 11 juin 1895, en sa propriété, à Maisons-Laffite, à l'âge de 71 ans. Nous nous proposons de dire, dans notre prochain numéro, quel homme de bien fut Verneuil et de retracer sa brillante carrière. La chirurgie française perd une de ses figures les plus intéressantes et les plus originales, en même temps qu'une des plus aimées. On l'a bien vu au cortège de ses nombreux amis, qui ont tenu à aller conduire leur ancien maître à sa dernière demeure. L'inhumation a eu lieu vendredi 14, à Notre-Dame, d'où ses restes ont été transportés au cimetière Montmartre.

Les réformes hospitalières. — De juin, la mise en pratique des nouvelles réformes a été transportée en octobre, et en octobre sera-ce fait? Toujours est-il que le directeur de l'Assistance publique a demandé aux chirurgiens du bureau central d'aujourd'hui (les chirurgiens des hôpitaux nouveau genre), quels sont ceux qui désiraient faire une consultation de chirurgie et, dans une réunion, il a été décidé que M. Ricard prendrait la consultation chirurgicale de l'Hôtel-Dieu; M. Michaux, celle de Beaujon; M. Walther, celle de Saint-Antoine; M. Demoulin, celle de la Charité et M. Legueu, celle de l'hôpital Lariboisière.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. Le Dantec, médecin de première classe de la marine; M. Audubert (de Sainte-Fortunade); Mme Laussel, en religion sœur Joséphine, supérieure de l'hospice civil et militaire de Périgueux (quarante-deux ans de service).

Distinctions honorifiques. — Deux médailles d'honneur en or sont décernées : 1° à Mme Barjaud (Sophie), en religion sœur Sophie, supérieure des religieuses de l'hospice mixte de Bergerac (quarante-six ans de services hospitaliers); 2° à M. le Dr Dussumier, médecin du même établissement depuis trente-cinq ans.

Distinctions universitaires. — A l'occasion du voyage du Président de la République, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique : M. le Dr Bruel, de Moulins; MM. les Drs Pojolat et Rocher, professeurs à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

Officiers d'Académie : MM. les Drs Allot, de Commentry; Fournial et Planchard, chargés de cours à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand; Malson, de Champrée, et Martin, pharmacien à Tauves; le Dr Castanet, de Salignac, conseiller général de la Dordogne; le Dr Desvergnes, de Verteillac, conseiller général de la Dordogne; le Dr Fayard, de Niort; le Dr Dugand, de Bergerac (Dordogne); le Dr Bouny, de Fleix (Dordogne). M. Pierre Apéry, directeur de la *Revue médico-pharmaceutique*, de Constantinople, est également nommé officier d'Académie.

Bureau central de chirurgie. — Le jury est composé de MM. Terrier, Richelot, Schwartz, Tuffier, Peyrot, Panas, Barié.

La question traitée samedi en composition écrite a été : « Région temporale, complications des otites moyennes suppurées ».

Congrès de Chirurgie. — Le neuvième Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 21 octobre 1895, sous la présidence de M. le Dr E. Bœckel.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Chirurgie du poumon* (la plèvre exceptée), M. Reclus, rapporteur;

2° *De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os* (crâne et rachis exceptés), M. Hydenreich, rapporteur.

MM. les membres du Congrès sont priés d'envoyer, le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8. — Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétariat général.

Bourses de doctorat. — Par arrêté ministériel, en date du 5 juin 1895, rendu après avis du comité consultatif de l'enseignement public, l'article 4 du règlement du 15 novembre 1879, relatif aux bourses de doctorat en médecine, est modifié ainsi qu'il suit :

Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année.

Association de la Presse médicale. — *Assemblée du 7 juin 1895 :* Une réunion de l'Association de la Presse médicale a eu lieu le 7 juin 1895, sous la présidence de M. le professeur Cornil, dans le but d'étudier les voies et moyens d'obtenir de l'administration des Postes qu'elle n'exige plus un supplément de port pour le portefeuille

d'annonces des journaux de médecine. Une Commission composée de MM. Cornil, président; Bardet et Marcel Baudouin, secrétaire général, a été nommée à l'effet de présenter à M. le directeur général des Postes les remarques formulées à la réunion, en ce qui concerne cette nouvelle interprétation d'un règlement ancien.

D'autre part, on a approuvé les comptes du trésorier pour l'exercice 1894, et chargé le secrétaire général de représenter l'Association à une réunion internationale des journalistes médicaux, qui aura lieu probablement à Bruxelles, à l'automne prochain, dans le but d'organiser le Comité international de la Presse médicale.

La Commission a été reçue par M. le directeur des Postes lundi matin 10 juin. Rien n'a pu être obtenu, et rien n'est à espérer.

Prix de la Société d'Hygiène publique. — La Société de médecine publique et d'hygiène professionnel met au concours un mémoire sous ce titre : « Les maladies évitables ; moyen de s'en préserver et d'en éviter la propagation ».

CONDITIONS DU CONCOURS

I. — Le concours est international. Tous les mémoires doivent être écrits en français,

II. — Les mémoires devront être adressés avant le 10 octobre 1895, dernier délai, à M. Cheysson, président de la Société, 115, boulevard Saint-Germain, Paris.

III. — Les mémoires ne seront pas signés. Ils porteront une devise reproduite sur l'enveloppe d'un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des concurrents.

IV. — Les manuscrits ne seront pas rendus. Les mémoires couronnés seront la propriété de la Société, qui se réserve le droit soit de les publier *in extenso*, soit de s'en servir pour la rédaction d'un travail définitif sur le sujet.

V. — Une somme de trois mille francs sera attribuée aux prix, de la manière suivante : 1er prix, 1,200 fr.; 2e prix, 800 fr.; 3e prix, 500 fr.

Une somme de 500 francs sera répartie en mentions honorables, selon les appréciations du jury.

Congrès de thalassothérapie. — La deuxième session du Congrès international de thalassothérapie aura lieu du 27 au 31 août prochain à Ostende.

Les deux questions à l'ordre du jour sont :

1° La phtisie pulmonaire au bord de la mer;

2° Technique de la cure marine.

Société de Médecine de Toulouse. — PROGRAMME DES PRIX POUR 1896. — *Prix de Mme A. Gaussail* : « Les infections intra-utérines du fœtus, excepté la syphilis »; valeur du prix, 2,000 fr.

Prix Couseran : valeur du prix, 500 fr. — Le prix Couseran sera décerné à l'auteur du meilleur Mémoire adressé à la Société sur la pharmacie ou les sciences accessoires à cet art. Pour être admis au concours, les auteurs devront être français et étudiants en pharmacie. Ils devront joindre à l'envoi de leur travail les certificats authentiques de quatre années de stage officinal, dont deux années au moins dans la même officine.

PROGRAMME DES PRIX POUR 1897. — *Prix J. Naudin* : « De l'occlusion intestinale au point de vue chirurgical »; valeur du prix, 1,000 fr.

Prix de Mme A. Gaussail : « Un sujet de pathologie externe au choix du candidat »; valeur du prix, 1,000 fr.

MÉDAILLES D'ENCOURAGEMENT. — Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragements : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leurs choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre société savante (art. 31 des statuts).

Une protestation. — Une protestation vient d'avoir lieu à l'Amphithéâtre de la Pitié. En terminant une leçon sur les glycérophosphates, M. A. Robin s'est exprimé ainsi :

« Qu'il me soit permis, en terminant, de protester énergiquement contre la spéculation faite par un industriel, qui utilise une similitude de noms pour établir, à son profit, une confusion et couvrir les journaux médicaux d'annonces où mon nom s'étale en grosses lettres, sans aucun prénom distinctif, et cela malgré mes réclamations. C'est là un procédé dont je veux publiquement flétrir l'inconvenance, en outre des poursuites judiciaires que je me réserve de faire ».

La statue de Broca. — Sur une délibération du Conseil municipal en date du 10 juin 1895, la statue de Broca, érigée sur le boulevard Saint-Germain au devant de la façade ouest de la Faculté de médecine, sera placée en haut des marches de la rue Antoine-Dubois.

Vente des sérums thérapeutiques. — Par décret, il est institué au ministère de l'Intérieur une commission chargée de l'étude de toutes les questions relatives à l'application de la loi du 25 avril 1895, relative à la préparation, à la vente et à la distribution des sérums thérapeutiques et autres produits analogues.

Cette commission sera chargée notamment de déterminer les conditions suivant lesquelles seront instruites les demandes en autorisation et d'assurer l'inspection prescrite par la loi.

La commission est composée des membres du comité de direction des services de l'hygiène, du secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, de huit membres désignés par le ministre de l'Intérieur et choisis moitié parmi les membres de l'Académie de médecine et moitié parmi les membres ou auditeurs du comité consultatif d'hygiène publique de France.

La commission sera présidée par le président du comité de direction des services de l'hygiène.

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Auguste Voisin a repris ses conférences cliniques sur les *maladies mentales et nerveuses*, le jeudi 13 juin, à dix heures du matin. Il les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Nécrologie. — MM. les Drs Brun, trésorier général de l'Association des Médecins de France, et Jean Champouillon, ancien professeur au Val-de-Grâce, décédé à Nancy, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Jules Rochard : Verneuil.
II. E. Valude : Ostéo-périostite et phlegmon de l'orbite d'origine dentaire.
III. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
IV. Les endométrites au Congrès allemand de gynécologie.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Soc. de Chirurgie; 3° Soc. médicale des Hôpitaux; 4° Soc. de Dermatologie; 5° Académie des Sciences.
VI. Les livres nouveaux.
VII. Échos et nouvelles.

VERNEUIL

La mort de Verneuil est le coup le plus douloureux qui ait frappé la chirurgie française depuis bien des années, et la foule qui se pressait à ses obsèques a prouvé par son attitude attristée à quel point cette perte a été ressentie. Tous les journaux politiques lui ont consacré une notice nécrologique; son oraison funèbre a été prononcée par les représentants de l'Institut, de la Faculté, de l'Académie de Médecine et de la Société de Chirurgie; mais je tiens à lui adresser à mon tour, dans ce journal où ses travaux ont été si souvent reproduits, l'adieu que je regrette ne n'avoir pu lui faire sur sa tombe. D'autres ont raconté sa brillante carrière, ont dépeint le professeur et le savant; moi, je me bornerai à parler de l'homme tel que je l'ai connu et aimé, avec les qualités de premier ordre qui le rendaient sympathique à tout le monde et le faisaient chérir de tous ceux qui ont vécu dans son intimité.

C'était une nature d'élite, élégante, distinguée et réunissant, sous la forme la plus gracieuse, les aptitudes les plus opposées. Doué d'une facilité d'assimilation peu commune, d'une promptitude remarquable à saisir le côté brillant des questions scientifiques, il savait cependant les creuser à fond, les envisager sous leurs grands aspects et, quand il s'en était emparé, il les exposait avec une verve, une richesse d'expression qui donnaient de l'attrait aux sujets les plus arides.

C'est surtout à la Société de Chirurgie qu'il a fait preuve de ses rares aptitudes. Dans ce milieu bien homogène, où tout le monde se livre aux mêmes études et parle la même langue, il se sentait sur son terrain. On l'y écoutait avec l'attention respectueuse qui lui était nécessaire pour développer tous ses moyens. Aussi lui a-t-il donné la primeur de la plupart de ses travaux, et plus particulièrement de ceux qui avaient trait à la clinique proprement dite. On s'y souvient encore de ses communications sur *l'extirpation des polypes naso-pharygiens* et *les résections temporaires*, sur *les plaies d'artères*, *la forcipressure*, *la compression préventive* et *les ligatures préliminaires*, sur les *artropathies*, *l'ostéo-périostite des adolescents*, sur *la chirurgie réparatrice*, *les pansements antiseptiques*, etc., etc.

Il réservait à l'Académie de Médecine ses recherches et ses méditations sur la pathologie générale. C'est là que j'ai pu surtout apprécier l'étendue de son savoir et l'originalité de ses vues. Il appartenait à notre Compagnie depuis 1869, et il est resté assidu à ses séances jusque dans les derniers temps de sa vie. Dans le cours de ces vingt-six années, il n'est pas de discussion de quelque importance à laquelle il n'ait pris part et qui n'ait gardé la trace de son intervention; mais nous avons conservé un souvenir plus vif encore de celles qu'il a soulevées lui-même et des débats dont il a pris l'initiative.

Dans la dernière période de sa vie scientifique, Verneuil s'était fait un domaine à part dans le champ des connaissances médicales. Il avait rêvé de ramener l'art de guérir à son unité primitive, par une alliance plus étroite entre la médecine et la chirurgie. Pour réaliser cette pensée, il s'était attaché aux problèmes d'étiologie générale, à l'étude des diathèses, en s'efforçant de préciser leur rôle dans la genèse et l'évolution des maladies chirurgicales, et surtout d'en faire ressortir l'importance au point de vue des indications opératoires et des résultats de l'intervention.

Sans entrer dans l'énumération des travaux dont il a fait part à l'Académie, je me bornerai à rappeler ses communications sur le *parasistisme microbique latent*, sur la *phosphaturie*, sur la gravité des traumatismes et des opérations chez les *alcooliques*, les *diabétiques*, les *paludo-diabétiques* et les *cardiaques;* ses discours sur *l'ictère traumatique*, les *épistaxis liées aux maladies du foie*, *l'origine équine du tétanos*, la *tuberculose*, etc., etc.

Ces vues originales, ces conceptions ingénieuses, n'ont pas toujours résisté au contrôle des observations ultérieures; mais elles portaient toutes l'empreinte d'un esprit puissant, investigateur et passionné pour le progrès.

La conviction profonde, l'ardeur communicative avec lesquelles il les exposait à la tribune nous tenaient sous le charme, même quand nous n'étions pas convaincus. Verneuil possédait au plus haut degré les qualités maîtresses de l'orateur. Lettré comme les hommes de sa génération, il estimait qu'un argument ne perd rien de sa force pour être exprimé en termes choisis et il ne dédaignait pas

l'art élégant du bien dire. Ardent, comme tous les hommes de foi profonde, parfois passionné dans la discussion, il s'y montrait toujours d'une courtoisie et d'une sincérité irréprochables.

La bienveillance et la bonté formaient le fond de son caractère. Cette nature de créole, expansive et distinguée, inspirait à tout le monde de la sympathie, et ceux qu'il attirait par le charme de sa personne, lui demeuraient attachés par la solidité de ses affections. Nul n'a été plus constant dans ses amitiés. Sa tendresse, pour ceux qu'il aimait, allait jusqu'à lui dissimuler leurs imperfections; ses amis n'avaient pas un défaut à ses yeux, ses élèves n'avaient jamais une défaillance; aussi défendait-il leurs intérêts avec une ardeur qui puisait sa source dans sa sincérité même.

Verneuil avait deux qualités maîtresses : l'amour passionné de la science et le désintéressement. A aucune époque de sa longue carrière, il n'a sacrifié ni son enseignement ni ses travaux de cabinet à l'exercice plus lucratif de son art. Jamais il n'a délaissé ni l'hôpital ni les sociétés savantes pour la clientèle, et cet homme, qui a été le maître incontesté de plusieurs générations chirurgicales, ne laisse pas de fortune après lui. En s'élevant dans la hiérarchie scientifique et universitaire, il est resté fidèle à ses habitudes et à la simplicité de ses goûts. Il n'a jamais voulu quitter ce petit appartement du boulevard du Palais, si souriant, si hospitalier, mais si modeste et si peu fastueux. Son luxe a toujours consisté dans les bienfaits qu'il répandait autour de lui, car son désintéressement n'avait d'égal que sa générosité, et s'il s'est parfois montré sévère pour ceux qui ne professent pas le même culte, il en avait le droit, car il prêchait d'exemple.

Ce fut, en somme, une belle carrière que la sienne. Il s'est élevé par son intelligence et son travail aux plus hautes situations qu'il soit donné à un homme de notre profession de conquérir. Après avoir, en vingt ans, franchi par la voie du concours, tous les degrés de la hiérarchie, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de Médecine, commandeur de la Légion d'honneur, il avait été appelé à l'Institut, sans avoir eu besoin d'en briguer les suffrages. Sa carrière était remplie; il n'avait plus un vœu à former; mais, fidèle à ses principes et aux engagements qu'il avait pris envers lui-même, il n'a pas voulu profiter des dernières faveurs de la Fortune; il n'a pas voulu attendre que l'heure de la retraite sonnât pour lui et, devançant l'appel de l'âge, il s'est retiré librement, en laissant à de plus jeunes le soin de guider les générations nouvelles dans la voie qu'il leur avait enseignée.

Comme tous les hommes dont la vie a été une longue lutte, qui n'ont vécu que par l'activité et le travail, il n'a pas joui de ce repos qu'il avait si longtemps désiré, et il s'est éteint doucement, dans sa petite villa de Maisons-Laffitte, près de la compagne qui avait partagé ses bonnes et ses mauvaises heures, et au milieu des fleurs, pour lesquelles il avait une véritable passion.

C'était le dernier survivant de cette brillante triade qui a tracé dans la science un sillon si profond; Follin et Broca l'ont précédé dans la tombe, et moi qui fus leur ami à tous les trois, moi qui les avais devancés dans la vie, j'ai eu la douleur de les voir mourir tour à tour. JULES ROCHARD.

OSTÉO-PÉRIOSTITE
ET
PHLEGMON DE L'ORBITE D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. E. VALUDE,
De la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

M. Panas a rapporté récemment a l'Académie de de Médecine (séance du 12 mars 1895), une observation très complètement étudiée, montrant jusqu'où peuvent aller les accidents infectieux qui procèdent de la carie dentaire. Il s'agissait d'un homme de trente et un ans, chez lequel, à la suite d'une dent cariée, on vit successivement se développer une sinusite maxillaire, une ostéo-périostite suppurée du plancher et de la paroi interne de l'orbite, avec défoncement de la voûte orbitaire au voisinage du canal optique, enfin, une inflammation du nerf par propagation. Il en résulta un phlegmon orbitaire, un empyème du sinus frontal par contiguïté, et, finalement, une méningo-encéphalite suppurée, qui survint tardivement et emporta le malade. Il ressort de l'observation, que cette infection ultime serait secondaire et surajoutée à la première, car, dans le pus du sinus, aussi bien que dans celui de l'orbite, on ne trouva que du staphylocoque doré, tandis que le streptocoque fut rencontré dans le pus méningitique et paraît avoir joué le principal rôle dans l'évolution de la méningo-encéphalite. Ceci est d'autant plus vraisemblable, qu'on sait avec quelle facilité l'érysipèle se greffe sur toutes les lésions infectieuses céphaliques, qu'elles procèdent du nez ou de la bouche; mais le fait n'en demeure pas moins un exemple de la gravité des lésions qui peuvent faire suite à la simple carie dentaire.

Nous avons observé et suivi depuis deux ans, dans notre service des Quinze-Vingts, une malade chez laquelle une carie dentaire a été suivie aussi de sinusite, de phlegmon orbitaire, et, comme dans le fait de M. Panas, de perforation du plancher de l'orbite. Voici cette observation :

Mme J. C..., âgée de vingt et un ans, se présente le 20 mars 1893 à notre consultation des Quinze-Vingts. Elle est atteinte d'une exophtalmie très prononcée du côté gauche, avec immobilité du globe; celui-ci est propulsé en avant, au point de ne pouvoir être recouvert par les paupières. Un chémosis transparent, jaunâtre, entoure la cornée; les paupières sont tuméfiées, d'une teinte livide, et l'on perçoit une fluctuation très nette au niveau de l'inférieure. Il existe des douleurs orbitaires et péri-orbitaires très intenses; la pression directe sur le globe de l'œil est très douloureuse. La vision se montre très diminuée, et l'ophtalmoscope révèle un degré moyen d'œdème de la papille.

En portant l'attention sur d'autres points, on observe également un empâtement un peu douloureux de la région malaire, et, si l'on fait ouvrir la bouche de la malade, on peut voir nettement une voussure de la voûte orbitaire du même côté; la première grosse molaire supérieure gauche est cariée et douloureuse au contact.

Nous concluons de cet ensemble de signes, que le phlegmon orbitaire est dû à une sinusite maxillaire de voisinage, laquelle relève elle-même de la carie dentaire, facile à constater. Pour faire cesser aussitôt les douleurs vives endurées par la malade, nous procédons à l'incision simple de la collection purulente orbitaire.

L'incision est faite au niveau de la paupière inférieure, légèrement au-dessus du rebord orbitaire et un peu latéralement en dehors; il s'écoule un flot de pus bien lié. L'exophtalmie diminue aussitôt dans une très grande proportion; les douleurs deviennent moins vives.

Le lendemain, on procède à l'extraction de la dent cariée et le fond de l'alvéole est attaqué par la trépline. Très facilement on pénètre ainsi dans le sinus maxillaire, et on établit une ouverture d'où il s'échappe du pus en abondance. Un drain est placé dans le sinus par l'alvéole, un autre étant déjà dans l'intérieur de l'abcès orbitaire et sortant au dehors par l'incision faite à la paupière. Des lavages antiseptiques de ces deux cavités sont institués.

Dès le premier lavage, on remarque que les liquides introduits d'un côté ressortent par l'autre, que les lavages soient effectués par la plaie palpébrale ou par l'avéole; ce fait établit la communication du sinus avec l'orbite par l'intermédiaire du plancher perforé; les liquides de l'injection ne ressortent pas par le nez.

Rapidement, sous l'influence de ces irrigations quotidiennes, les accidents inflammatoires et le gonflement rétrocèdent; l'œil reprend sa place, les paupières arrivent à l'occlusion et la plaie de l'incision cutanée se ferme.

Nous relevons, en outre, dans l'observation de notre malade, un signe sur lequel a insisté Fage dans une observation analogue : il existait, au début, une anesthésie marquée de la région innervée par le sous-orbitaire. Quelques semaines après l'évacuation du pus et la réduction de l'exophtalmie, cette anesthésie diminua progressivement, puis disparut.

La malade sortit donc de l'hôpital mais continua, toutefois, à pratiquer des irrigations du sinus maxillaire à l'aide d'une petite seringue. Il est vrai de dire que celles-ci devinrent difficilement praticables en raison du rétrécissement de l'ouverture dentaire, qui se trouve médiocrement maintenue ouverte par le drain de caoutchouc.

Le 6 juin, la malade revient à la consultation. Elle présente de nouveau de l'exophtalmie de l'œil droit, du gonflement de la paupière inférieure; ces accidents sont moins prononcés que la première fois.

Je pratique une incision au même lieu de la paupière inférieure, plus large; il sort du pus, mais en faible quantité. Explorant alors le rebord de la voûte orbitaire avec un stylet, je trouve l'os dénudé et nécrosé; plus loin encore, je tombe sur une perforation. L'os malade est gratté à la cuiller tranchante et je place dans la plaie un assez gros drain.

Dès que la malade peut sortir de mon service, elle va à la consultation du Dr Ruault, aux Sourds-Muets, qui vérifie l'état de son sinus en pratiquant l'éclairage électrique de la face. On trouve, du côté gauche, une obscurité très marquée, principalement vers la partie haute du sinus. M. Ruault agrandit l'orifice ancien, et aux trois quarts refermé, de l'alvéole et y place une canule métallique. La malade peut ainsi pratiquer, plusieurs fois par jour et facilement, des injections antiseptiques dans son sinus.

Sur ces entrefaites, la plaie de la paupière se rétrécit et se ferme presque complètement, mais, malgré les lavages répétés du sinus, la malade se présente encore à nous au commencement de septembre, avec un gonflement fluctuant au niveau de la plaie ancienne, encore fistuleuse.

J'agrandis la fistule des deux côtés au moyen d'une incision et je tombe sur un séquestre osseux mobile, appartenant au rebord orbitaire.

La plaie provenant de cette dernière intervention demeurant fistuleuse après quelques semaines, et jugeant nécessaire une large intervention sur le maxillaire supérieur, j'adressai alors la malade au docteur Ricard, en ce moment à l'hôpital Necker. Le 18 octobre, M. Ricard pratiqua à la malade une ablation des deux tiers du rebord orbitaire et de toute la partie nécrosée du plancher de l'orbite. Après l'opération, la plaie cutanée fut suturée et des lavages quotidiens du sinus furent d'être exécutés par la canule.

Depuis lors, tout phénomène suppuratif a disparu du côté de l'orbite. Le sinus continue d'être entretenu au moyen de lavages quotidiens qui ramènent d'ailleurs peu de muco-pus.

L'éclairage intrabuccal électrique a montré la diminution progressive de l'opacité siégeant à la partie supérieure du sinus. Actuellement, la peau s'éclaire également de chaque côté, ainsi que les pupilles.

Depuis la fin de l'année 1893, les choses demeurent dans cet état satisfaisant, et le nerf optique est resté indemne de la passagère compression du début. Il ne s'est pas produit de névrite par propagation et l'acuité visuelle est normale.

Ce fait, comme celui de M. Panas, que nous avons rapporté plus haut en résumé, est un exemple d'une combinaison du phlegmon de l'orbite et de l'ostéo-périostite de la paroi du sinus. Les deux processus se tiennent en effet assez étroitement pour avoir chance de se trouver souvent réunis, et la complication de phlegmon de l'orbite par voisinage d'une sinusite maxillaire, sans que l'os intermédiaire soit intéressé, est moins fréquente. Elle existe cependant, et Ziem donne comme mode de propagation dans ces cas-là la voie veineuse; l'embolie septique partie du sinus maxillaire en suppuration rejoindrait les veines de l'orbite par l'intermédiaire des veines faciales, puis des veines nasales, et enfin des ethmoïdales. Pagenstecher admet plutôt la transmission par les lymphatiques.

Nous pensons avec Duplay et E. Berger que c'est l'altération du plancher osseux de l'orbite qui sert d'intermédiaire presque constant entre l'inflammation de l'antre d'Higmore et le phlegmon de l'orbite. M. Salva, dans une très bonne thèse toute récente, appuie cette manière de voir de nombreux exemples; notre observation, qui se trouve d'ailleurs dans la thèse de M. Salva et celle de M. Panas, montrent que les lésions peuvent aller jusqu'à la nécrose complète et à la perforation de la paroi. Le fait n'est pas très rare.

Il est plus fréquent toutefois de voir la lame osseuse du plancher de l'orbite résister au processus inflammatoire. Sans occasionner de nécrose, l'inflammation peut se propager de proche en proche à travers les canaux de Havers jusqu'à la face opposée de la paroi, du côté de l'orbite, où vont naître et se développer des phénomènes de périostite suppurée; celle-ci gagne le tissu cellulaire de l'orbite, de façon que le phlegmon se trouve constitué.

Il n'existe pas de signes qui permettent à l'avance de dire si la lésion osseuse a entraîné la nécrose de la paroi et sa perforation, ou si la lamelle d'os qui constitue le plancher de l'orbite a résisté. Le fait est d'ailleurs de peu d'importance et n'influe pas sur le traitement.

Le diagnostic est en général facile à faire, en raison de l'exophtalmie assez rapide, des douleurs vives, de la fluctuation souvent facile à constater, et qui se manifeste au niveau du sillon palpébral inférieur. L'empâtement de la région malaire, sa sensibilité à la pression, attirent d'autre part l'attention sur le sinus maxillaire, et l'existence d'une dent gâtée, d'une voussure palatine, de douleurs sourdes antérieures de la face, viennent lever tous les doutes. S'il en restait encore, l'examen des fosses nasales, qui permet de constater l'écoulement d'un peu de pus provenant de l'orifice du sinus, et l'exploration par l'éclairage électrique intrabuccal, suffiraient à démontrer l'existence d'un empyème de l'antre d'Higmore.

Le traitement de ce double foyer suppuratif, du sinus maxillaire et de l'orbite, devra être double en quelque sorte, et, tandis que l'un de ces foyers sera, d'ordinaire, promptement tari, l'autre demandera, la plupart du temps, des soins beaucoup plus prolongés. Du côté de l'orbite, on se bornera à une incision simple au niveau du rebord orbitaire, s'il n'existe pas de dénudation osseuse, et, après l'incision, on laissera pendant quelques jours un drain dans la plaie. Si le plancher de l'orbite est dénudé, il sera nécessaire de faire le grattage, ou mieux la résection complète de toute la partie osseuse nécrosée : l'abandon d'une partie séquestrée dans le foyer qu'on aurait ouvert exposant, plus tard, à des récidives ou fistules.

Pour évacuer le contenu suppuré du sinus maxillaire, on a proposé divers procédés et diverses voies. Le plus simple de ces moyens, et qui n'est pas le moins efficace, est de pénétrer par l'alvéole de la dent cariée. On perfore très facilement le fond de l'alvéole avec une trephine, et on pratique quotidiennement des lavages de la cavité avec une solution boriquée, et au moyen d'une canule métallique laissée à demeure.

Si les lavages n'amenaient pas la guérison, on pourrait même agrandir encore l'orifice alvéolaire pour pouvoir pratiquer le curettage de la muqueuse du sinus et le tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Mesures d'hygiène à prendre dans les sanatoria *pour les phtisiques, afin d'éviter la contagion. — Réglementation de l'épandage des eaux d'égouts.*

Les *sanatoria* pour les phtisiques se multiplient d'une façon inattendue. Le mode de traitement inauguré par le Dr Detweiler à l'*Institut de Falkenstein* n'avait pas été, dans le principe, pris suffisamment au sérieux. L'idée de faire vivre des

phtisiques au grand air par des froids de — 12° et d'entretenir la nuit des courants d'air dans leur chambre à coucher, avait été considérée d'abord comme une excentricité germanique; mais il a bien fallu reconnaître les avantages de ce mode de traitement. L'air pur et froid calme la toux, fait tomber la fièvre, tarit les sueurs nocturnes, ranime l'appétit et ralentit la marche de la phtisie, lorsqu'il n'en arrête pas les progrès.

La constatation de ces résultats a fait surgir, en Allemagne, un certain nombre d'établissements du même genre. Il en existe déjà six : *Aussée*, en Styrie; *Reiboldsgrün*, en Saxe; *Honnef*, sur les bords du Rhin; *Le Carnigou*, dans les Pyrénées-Orientales, et enfin *Leysin*, dans les Alpes vaudoises, à 1,450 mètres d'altitude. Ces établissements, d'une installation dispendieuse, ne sont accessibles qu'aux personnes riches; mais ils ont appelé l'attention sur l'hospitalisation des phtisiques pauvres, et partout on s'occupe de créer des hôpitaux spéciaux pour les recevoir. Il s'en est ouvert déjà à *Rehbourg*, en Hanovre, à *Malchaw*, près de Berlin. Il vient de s'en fonder un à *Ruppersthain*, près de Falkenstein. En Saxe, ainsi qu'en Autriche, des sociétés se forment pour créer des asiles aux tuberculeux indigents. Chez nous, l'administration de l'Assistance publique a élevé le *Sanatorium d'Angicourt*, dont nous avons longuement parlé il y a dix-huit mois (1). D'autres créations sont à l'état de projet; mais elles ont fait naître des craintes chez les populations du voisinage; le ministre de l'Intérieur s'en est ému, il a consulté le Comité consultatif d'hygiène publique de France, et, le 8 avril 1895, le Dr Netter a donné lecture à ce Comité d'un rapport sur les précautions à prendre pour prémunir le voisinage des *sanatoria* contre le danger de contamination. Le péril, s'il existait, menacerait surtout le personnel des établissements où ces malades sont concentrés; mais, en réalité, il n'y a pas à en tenir compte. Une expérience plus que séculaire a montré que rien n'était plus rare qu'un cas de tuberculose d'origine intérieure, dans les hôpitaux consacrés aux phtisiques qui existent depuis de longues années dans certains pays. La crainte de voir les malades s'empoisonner les uns les autres n'est pas plus fondée, parce qu'on prend, dans les *sanatoria*, des précautions qui sont impossibles dans le monde et dans les hôpitaux généraux.

Le voisinage des *sanatoria* n'est pas plus menacé de la tuberculose que leur personnel. L'air expiré ne renferme pas de bacilles, tout le monde le sait; si le vent peut emporter au loin des germes infectieux redoutables pour les hommes et les troupeaux, c'est uniquement lorsqu'il contient des poussières provenant de la dessiccation des crachats, et il suffit de détruire ceux-ci pour prévenir tout danger.

En somme, le rapport de M. Netter conclut à l'innocuité des *sanatoria*, à la condition de prendre les précautions suivantes :

1° Les *sanatoria* seront adossés à une hauteur et entourés d'une zone d'isolement constituée par un parc et des terrains en culture. Les malades n'en sortiront que le moins possible ;

2° Chaque établissement possédera une étuve à désinfection par laquelle la literie et le linge de corps des malades passeront avant d'être livrés au blanchissage ;

3° Les chambres seront peintes à l'huile et désinfectées avant d'être livrées à un nouveau malade. Les planchers seront couverts de linoléum ;

4° Les déjections seront désinfectées avant d'être livrées à l'épandage ;

5° On défendra aux malades d'expectorer ailleurs que dans des crachoirs portatifs qui seront désinfectés tous les jours.

Ces conclusions ont été approuvées par le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

— La Ville de Paris continue ses travaux d'épandage des eaux d'égout avec une activité que nous avons plus d'une fois signalée, et le Conseil général de la Seine est entré dans la même voie pour les eaux de la banlieue. En 1893, il a décidé que celles qui sont recueillies dans le sud-ouest de Paris seront déversées sur les terrains que l'administration de l'Assistance publique possède dans la plaine de Creteil, à environ six kilomètres des fortifications. Pendant l'année 1894, le service des Ponts et Chaussées a capté les eaux d'égout des communes d'Alfortville et de Maisons-Alfort, situées au confluent de la Marne et de la Seine, et les a amenées à l'usine municipale d'Alfortville, louée pour la circonstance au département, et il a fait sur les routes nationales 5 et 19, ainsi que sur les terrains d'irrigation de Creteil, les travaux de canalisation nécessaires. Ils sont aujourd'hui terminés et l'épandage a commencé il y a environ deux mois.

Les cultivateurs ont montré à Creteil le même empressement qu'à Gennevilliers pour utiliser ces eaux si riches en matières organiques, mais les propriétaires des villas et des maisons d'habitation ont fait entendre les mêmes plaintes. Ils craignent surtout que plus tard, les maraîchers ne viennent faire l'épandage jusque sous leurs fenêtres, et ils redoutent l'incommodité qui en résulterait pour eux. Il est certain que si les eaux d'égout sont inoffensives, elles n'exhalent pas moins une certaine odeur, surtout pendant les chaleurs de l'été et lorsqu'elles reçoivent des eaux industrielles très chaudes en quantité con-

(1) « Hospitalisation des phtisiques. » (*Union médicale* du 19 décembre 1893.)

sidérable. C'est le cas de celles qu'on répand sur les terrains de Creteil et qui sont surtout fournies par les usines du voisinage.

Les propriétaires de la région ont chargé M. Barrier, conseiller général du département et membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, de se faire, près de ce Conseil, l'interprète des réclamations de ses commettants. A la séance du 10 mai 1895, son rapport a été l'objet d'une discussion sérieuse, à la suite de laquelle le Conseil a émis les vœux suivants :

1° Soumettre à une règlementation spéciale, applicable à toutes les localités, la pratique de l'épuration agricole des eaux d'égout ;

2° Ajouter aux prescriptions déjà établies pour la plaine de Gennevilliers par le décret du 23 février 1895 :

a) L'obligation, pour les maraîchers, d'assurer le nivellement convenable de leurs terrains, ainsi que le bon état d'entretien des fosses et des rigoles servant à l'adduction des eaux ;

b) La surveillance, par la commission permanente de contrôle, des puits situés sur les territoires soumis à l'épandage ;

c) L'interdiction de déverser dans les égouts des eaux industrielles à une température supérieure à 30 degrés pendant les quatre mois les plus chauds, et à 20 degrés pendant le reste de l'année ;

d) La défense d'épandre à moins de 100 mètres des propriétés bâties. JULES ROCHARD.

LES ENDOMÉTRITES

AU CONGRÈS ALLEMAND DE GYNÉCOLOGIE

Dans le Congrès qui vient de se tenir à Vienne, du 5 au 7 juin, la question de l'étiologie, de la symptomatologie et du traitement des endométrites, a été longuement discutée, et il nous faut résumer les travaux des rapporteurs qui ont successivement pris la parole sur ce sujet.

Tout d'abord, M. VON WINCKEL, laissant de côté les anciennes classifications, propose la suivante :

I. Endométrites simples, où l'on n'a pu jusqu'à présent invoquer l'action bactérienne. Telles sont : 1° les endométrites dues aux troubles circulatoires ; 2° les endométrites d'origine lactique ; 3° les endométrites *post abortum* et déciduales ; 4° et l'endométrite exfoliatrice.

II. Endométrites suppurées, microbiennes, qui peuvent être divisées en : 1° endométrites à gonocoques ; 2° tuberculeuses ; 3° strepto et staphylococciques, auxquelles on peut joindre l'endométrite à coli-bacille ; 4° l'endométrite saprophytique ; 5° l'endométrite diphtérique ; 6° l'endométrite syphilitique ; 7° à blastomyces ; 8° à protozoaires, endométrites à amibes.

Il étudie ensuite ces différentes formes. Le *catarrhe utérin*, ou *endométrite simple*, peut survenir à tous les âges. Il est occasionné par des troubles circulatoires, par le port de vêtements trop serrés, par la constipation et aussi par la malpropreté. Chez les femmes qui ont eu des enfants, l'accouchement doit en être rendu responsable. Enfin les maladies des annexes, des principaux viscères et même certains états généraux sont aussi susceptibles de produire l'endométrite simple. Les avortements et les fausses couches dans lesquelles la caduque reste en partie ou en totalité dans l'utérus, quand celui-ci n'a pas été infecté, produisent du catarrhe utérin. Il en est de même de l'endométrite exfoliatrice dans laquelle il n'y a pas de suppuration, mais l'expulsion d'une pseudo-membrane à intervalles plus ou moins réguliers.

Quant aux *endométrites d'origine microbienne*, il en existe de beaucoup plus fréquentes que les autres. C'est d'abord l'*endométrite d'origine gonorrhéique ;* mais il ne faut pas croire qu'on trouve toujours le gonocoque ; on ne le rencontre que dans 50 % des cas, et de là il peut passer dans tous les épithéliums en continuité avec l'épithélium utérin.

Viennent ensuite les *endométrites à streptocoques et à staphylocoques*, dites encore endométrites puerpérales. Ces deux microbes sont souvent associés ensemble, et quelquefois même au coli-bacille. Enfin l'*endométrite tuberculeuse* est plus rare, car le bacille de Koch s'adresse plus volontiers aux trompes qu'à l'utérus.

Les autres formes sont exceptionnelles, telles que l'*endométrite saprophytique*, due soit au proteus vulgaris, à la bactérie pyogène, etc. ; l'*endométrite puerpérale diphtéritique* et l'*endométrite syphilitique*.

Les agents de transmission des micro-organismes dans le canal génital peuvent être soit internes (sang, sperme), soit externes (masturbation, rapports sexuels, instruments, doigts, etc.).

Les symptômes des endométrites peuvent être divisés en trois groupes :

1° *Symptômes locaux du côté du foyer morbide*, c'est-à-dire du côté de l'utérus et des parties génitales qui l'avoisinent ;

2° *Symptômes du côté des organes de voisinage :* urèthre, rectum, plexus nerveux ;

3° *Symptômes généraux.*

Dans le premier groupe, on trouve d'abord *les troubles des sécrétions*, sur lesquels le rapporteur s'étend et qu'il est inutile de retracer, car ils sont bien connus de tous, et varient suivant chaque forme, en couleur, en consistance et en abondance. Il en est

de même des *métrorrhagies;* disons cependant que M. von Winckel n'accepte pas le terme de métrite hémorragique, disant que toutes les formes peuvent présenter ce caractère, et cependant il nous semble que cette forme répond bien à une forme clinique bien connue par l'efficacité de la thérapeutique qu'on lui applique.

Nous n'insisterons pas non plus sur le symptôme douleur, et nous en arrivons à la question de *la stérilité.*

Elle est due en partie aux causes mécaniques : gonflement de la muqueuse, stagnation des produits de sécrétion, en partie aux causes chimiques : sécrétion purulente, irritante, souvent de réaction acide. Dans beaucoup de cas, il y a avortement habituel. Comme cause d'interruption de la grossesse, il faut citer l'ectopie de cette dernière, qu'on observe souvent à la suite de l'endométrite. Il faut encore signaler une forme particulière d'endométrite déciduale de la grossesse. C'est une forme hypersécrétoire, l'hydrorrhée de l'utérus gravide décrite par Löhlein comme une endométrite subaiguë, survenant dans le cours du dernier mois de la grossesse.

Quant à la marche, une partie seulement des endométrites a un *début aigu;* mais, pour le rapporteur, presque toutes les endométrites arrivent à la forme chronique et deviennent alors rebelles à tout traitement. Pourquoi? La chose est difficile à dire, probablement à cause des fonctions nombreuses que l'utérus a à remplir : menstruation, copulation, grossesse, accouchement, fonctions qui l'exposent à des infections répétées.

M. Bumm (de Bâle) a cherché par des expériences de laboratoire, à résoudre la question suivante : les microbes ont-ils une part au développement des endométrites chroniques en dehors des formes septiques aiguës, gonorrhéique et tuberculeuse? Voici ses conclusions :

1° Pour l'endométrite du corps, il n'a pu constater, soit dans les sécrétions, soit dans les tissus de la muqueuse malade, la présence d'aucun micro-organisme. L'affection n'est donc pas entretenue par des bactéries;

2° On trouve parfois, il est vrai, des bactéries dans les sécrétions, mais pas dans les tissus; ce sont différentes espèces de microcoques ou de bacilles, même des microcoques pyogènes; mais on doit les envisager comme des visiteurs fortuits sans importance;

3° De ce qu'il n'a pas trouvé de bactéries dans l'endométrite chronique, il ne veut pas conclure que cette affection soit toujours due à une infection aiguë ou subaiguë septique ou gonorrhéique.

M. Doderlen (de Leipzig), s'est surtout occupé de l'influence de l'endométrite sur la grossesse. Il est certain que l'altération de la muqueuse interne joue un rôle considérable sur la conception et sur la continuation de la grossesse. Une endométrite fongueuse peut donc déterminer un avortement, mais c'est l'endométrite interstitielle aiguë ou chronique qui contribuera le plus souvent à la production de l'endométrite déciduale. On peut voir plus; par le fait de l'endométrite déciduale, des adhérences placentaires peuvent se produire avec toutes leurs conséquences.

Quant à l'endométrite d'origine bactérienne survenue au cours de la grossesse, il est difficile de comprendre comment les germes infectants pénètrent pendant la grossesse entre les membranes. Il en existe cependant des observations, mais elles sont très rares, et c'est donc une cause exceptionnelle d'avortement.

Il n'en est plus de même pour les suites de couches. Là, les débris et les caillots retenus dans la cavité utérine forment un excellent terrain de culture, et dans les examens bactériologiques faits par le rapporteur, il a constaté la présence des microbes dans la muqueuse, la musculeuse et les vaisseaux de l'utérus. Ces microbes donnent naissance à deux formes d'endométrite : l'une *putride,* due à des saprophytes qui se sont introduits dans la cavité utérine et s'y sont développés; l'autre *septique,* due au seul streptocoque.

M. Wertheim (de Vienne) s'est surtout occupé de de la gonorrhée utérine. Pour lui, l'utérus est, après l'urètre, le lieu de prédilection de l'infection gonococcique et, dans beaucoup de cas, l'infection de l'utérus est directe et même isolée. Le début de l'affection est toujours aigu.

La présence des gonocoques dans la cavité utérine provoque une inflammation de la muqueuse qu'on désigne sous le nom d'endométrite interstitielle; mais l'évolution chronique peut amener la multiplication des glandes et on a alors une endométrite glandulaire.

A côté des lésions de la muqueuse, on peut observer celles de la musculeuse.

Dans beaucoup des cas, l'augmentation du volume et la sensibilité de l'utérus doivent être considérées comme l'expression d'une métrite. Le processus inflammatoire des tissus du col utérin est d'autant moins prononcé qu'on se rapproche davantage de l'orifice externe. Dans la muqueuse enflammée, on peut parfois démontrer la présence des gonocoques en plus ou moins grande quantité. Dans beaucoup de cas cependant, on ne peut trouver ces micro-organismes ni au microscope ni à l'aide des cultures. Plus les coupes sont profondes, moins on trouve de gonocoques. En tout cas, ces modifications doivent être mises sur le compte des gonocoques, car leur présence est démontrée dans la muqueuse;

on n'a trouvé dans aucun cas examiné d'autres bactéries.

L'orifice interne du col ne possède pas la propriété qu'on lui attribuait, de mettre obstacle à l'ascension du processus blennorragique. Les exacerbations de la blennorragie utérine ont parfois pour cause le milieu de culture, mais le plus souvent elles sont dues à une réinfection. L'état puerpéral joue un rôle exceptionnellement important, par ce fait qu'il favorise la propagation des gonocoques sur les parties non infectées de la cavité utérine. Les autres facteurs invoqués, menstruation, coït, manipulations intra-utérines, sont beaucoup moins importants.

C'est du *traitement des endométrites* que s'est occupé M. Fehling (de Halle). Il doit être le même pour toutes les formes d'endométrite. D'abord, les lavages vaginaux à l'aide d'injections (sublimé, permanganate, lysol, etc.) doivent être faits toutes les trois ou quatre heures. Si après vingt-quatre heures de traitement, les symptômes ne rétrocèdent pas, il faut avoir recours aux injections intra-utérines.

Le co-rapporteur emploie à cet effet une solution tiède de lysol à 0,5 °/₀, ou encore une solution phéniquée ou de thymol. Ces lavages sont faits au début à l'aide d'une canule de verre et, quand l'utérus est revenu sur lui-même à l'aide d'une sonde intra-utérine.

M. Fehling n'est pas partisan du curettage dans l'endométrite aiguë puerpérale. Quand l'affection est déclarée, il est inutile et même dangereux, à cause de la perforation possible de la matrice. Dans les endométrites puerpérales, cette opération n'est marquée que dans les cas suivants : 1° Dans l'endométrite qui ne débute que dans le cours de la deuxième semaine après l'accouchement (rétention de débris placentaires ou de membranes, rétention des lochies); 2° dans l'endométrite *post abortum* avec rétention. Mais il recommande, avant tout curettage, de pratiquer le toucher intra-utérin, afin de reconnaître l'état et le siège des parties retenues dans la cavité utérine. Après l'opération, il cautérise avec une solution alcoolique d'acide phénique à 50 °/₀ ou il introduit un crayon iodoformé. Resterait le tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée pour les seuls cas où il se produit une hémorragie inquiétante.

Dans l'endométrite gonorrhéique, les indications sont différentes. L'infection restant limitée d'abord au vagin et au col, il faut se garder de toute médication intra-utérine, et au contraire attaquer la muqueuse du col par des cautérisations répétées, soit avec une solution alcoolique, soit avec la teinture d'iode, soit avec le chlorure de zinc.

Enfin, arrivant aux endométrites chroniques, l'orateur insiste surtout sur le traitement général qui a une grande importance : il prescrit donc l'ergotine, l'hydrastis canadensis, etc., et interdit toute fatigue et tout exercice violent.

Puis, si la maladie est plus forte, arrive le traitement local. Il faut dilater le col et appliquer sur la muqueuse de l'utérus des corps médicamenteux. Ceux-ci seront liquides et pas solides. Les poudres et les pommades ne valent pas grand'chose. Enfin, quand on devra avoir recours au curettage, c'est que tous les autres sujets auraient échoué. M. Fehling le fait suivre d'un nettoyage à la teinture d'iode, au chlorure de zinc ou à l'acide phénique.

Voici les résultats de cette opération à la clinique de Bâle, d'après Vogelbach : Guérison complète, 69 °/₀; amélioration et guérison comparée, 20 °/₀; résultats nuls, 10 °/₀.

L'étude de cette question des endométrites s'est terminée par l'intervention de plusieurs gynécologues, qui ont surtout exposé la technique de leurs pansements intra-utérins.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juin 1895

La séance a été levée, en signe de deuil, après la lecture du discours que M. Nicaise a prononcé aux obsèques de M. Verneuil.

LISTE DE PRÉSENTATION
DES CANDIDATS AU TITRE DE MEMBRE TITULAIRE
(Physique et Chimie médicale).

En première ligne : M. Regnard;
En deuxième ligne : M. Pouchet;
En troisième ligne (*ex æquo*) : MM. André, Burcker, Weiss.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Au début de la séance, M. le secrétaire général donne lecture du discours prononcé par M. le président Théophile Anger sur la tombe du regretté professeur Verneuil, et la Société reprend ensuite ses travaux.

Deux discussions sont en train : l'une sur l'hystérectomie vaginale, l'autre sur l'éthérisation.

C'est l'*hystérectomie vaginale* qui commence, avec une communication de M. Lucas Championnière, qui s'exprime, en résumé, de la façon suivante : M. Richelot aurait eu tort d'appeler son procédé un procédé définitif, car il n'a que l'expérience d'un petit nombre d'opérées, et M. Championnière qui a, dit-il, comme tout le monde, réfléchi à cette question de l'hystérectomie abdominale totale, a aussi un procédé qu'il a employé déjà neuf fois, et qui lui paraît aussi satisfaisant que celui de M. Richelot. Ce n'est pas le procédé de Doyen, dont l'orateur commence par faire l'éloge; mais, si nous avons bien compris, c'est un procédé qui consiste à enlever la tumeur fibromateuse par l'abdomen, et le col qui reste par le vagin, procédé comme on le voit, déjà employé par beaucoup de chirurgiens.

Cette pratique résume, pour M. Championnière, ce qu'on

peut demander à l'heure actuelle à l'hystérectomie abdominale totale, non pas tant à cause des succès qu'il a obtenus, car il a eu 2 morts sur 9 opérés, qu'à cause des conditions réalisées par la technique, et qui lui paraissent très satisfaisantes.

S'il est arrivé à cette méthode d'hystérectomie abdominale totale, c'est que d'abord, comme à tout le monde, elle lui apparaît comme la méthode de l'avenir, et, de plus, que le pédicule externe ne lui a pas donné satisfaction; ce qui tenait peut-être à ce que, essayant l'électricité dans son service, il n'opérait que les fibrômes qui se présentaient dans de mauvaises conditions.

Cette communication est la dernière, paraît-il, et la discussion sur l'hystérectomie abdominale totale sera close dans la prochaine séance par la réponse de M. Richelot.

Et maintenant, passons à cette éternelle question de la comparaison de *l'éther et du chloroforme !!!*

Les partisans du chloroforme se montrent. C'est d'abord M. Delorme qui, restant sur son terrain, prouve chiffres en mains que dans les campagnes de guerre le chloroforme a donné de meilleurs résultats que l'éther, et démontre que l'éther n'est point aussi inoffensif, et que le chloroforme est moins nocif qu'on veut bien le dire. Ce à quoi M. Ollier, présent à la séance, répond que l'éther, dans la pratique civile, a une innocuité incontestable. Il s'avance dans le débat avec 40,000 anesthésies par l'éther sans une mort, et demande à un autre chirurgien de fournir une statistique pareille pour le chloroforme. Mais le professeur de Lyon fait une réserve à l'endroit de la chirurgie de guerre. En 1870, aux ambulances de Lyon, il a voulu employer l'éther, mais l'approvisionnement fut bien vite épuisé. L'éther a un cube d'encombrement considérable par rapport à celui du chloroforme, étant donné la quantité nécessaire de ces agents pour obtenir l'anesthésie. M. Ollier fut donc obligé d'employer le chloroforme et n'eut, du reste, pas d'accidents. Il croit aussi que dans ce milieu particulier des armées, les sujets, par le fait de l'élimination du conseil de révision, par leur âge, leur robuste constitution, sont moins exposés aux accidents du chloroforme que les malades des milieux hospitalisés de nos villes, et il conclut à l'emploi du chloroforme dans la chirurgie d'armée, profession de foi que souligne M. Delorme, en faisant remarquer l'autorité de la personne qui l'a faite.

Puis nous entendons M. le professeur Le Dentu qui, le premier, a remis la question de l'éthérisation sur le tapis, et qui vient de nouveau défendre cet agent anesthésique. Il fait, toutefois, la même concession que M. Ollier et estime que, sur le champ de bataille, le chloroforme est préférable pour les raisons que nous avons énumérées plus haut. Revenant à l'éther, le chirurgien de Necker expose ses principales qualités : *sécurité* d'abord et, pour cela, il n'y a qu'à consulter les jeunes gens qui l'administrent; l'attention a besoin d'être moins soutenue, l'éthérisateur (?) se sent plus à l'aise; *rapidité*, M. Le Dentu soutient que l'éther, administré comme il doit l'être, avec un bon masque et un produit de bonne qualité, produit le sommeil plus rapidement que le chloroforme donné à petites doses, ainsi qu'il est de mode de le donner dans beaucoup de services; *absence de vomissements*, il a toujours été frappé de leur moins de fréquence qu'avec le chloroforme; enfin, *irritations bronchiques*, sont-elles plus fréquentes avec l'éther? il ne le pense pas. Certes, aujourd'hui, on constate des congestions pulmonaires, des pneumonies; mais l'attention est éveillée de ce côté et il en est de même avec le chloroforme. Du reste, M. Le Dentu se souvient en avoir observé.

M. Ollier ne peut laisser passer cette assertion... Pour lui, l'éther ne donne pas la moindre complication bronchique, il n'en a jamais observé, et rappelle que cette accusation a été faite pour le chloroforme à maintes reprises et, notamment, dans un article des *Archives générales de médecine*, il y a une trentaine d'années.

Certes, on peut constater de l'hypersécrétion bronchique. Mais faut-il la mettre sur le compte de l'éther ou même sur le compte du chloroforme? Il ne le pense pas, c'est là une manifestation qui dépend de l'état des bronches du malade, et voilà tout. Au contraire, il a vu plusieurs fois, et il y a de cela encore trois jours, des malades atteintes de lésions suspectes des poumons, toussant continuellement, qui sont restées quarante-huit heures après une éthérisation sans avoir une seule quinte de toux, et M. Ollier termine en innocentant l'éther des complications pulmonaires.

Cette conclusion n'est pas faite pour plaire à M. Lucas Championnère, qui s'écrie que le fait de l'irritation des bronches a été adopté par tout le monde; c'est là une complication reconnue par les plus fervents partisans de l'éther, à quelque nation qu'ils appartiennent; et, pour sa part, il a été effrayé des conséquences que l'administration de l'éther pouvait avoir, notamment chez les vieillards. Il en est même arrivé à se demander si l'éther n'était pas un trompe-l'œil et si, pour éviter le décès immédiat, la mort sur la table par le chloroforme, on ne s'exposait pas à supprimer secondairement plus d'existences en employant l'éther, qui tuerait plus tard par complications pulmonaires et cela, surtout dans la pratique des hôpitaux de Paris, où on a souvent affaire à des vieillards ou à des personnes atteintes de lésions pulmonaires.

Et l'orateur termine en faisant cette remarque bien juste, qu'avec toutes les qualités dont on a couvert l'éther, on arrive, en somme, à craindre son administration chez le vieillard, chez l'enfant, chez les malades du poumon, dans la chirurgie d'armée, pendant la nuit! qu'est-ce donc qu'il lui reste?

M. Poncet nous redit ce qu'il avait déjà produit dans l'avant-dernière séance; vante l'innocuité de l'éther, en oubliant, peut-être, qu'il en a déjà annoncé deux morts qui lui sont propres, ce qui est déjà gentil pour un chirurgien de son âge, et la discussion est close.

La séance se termine par une lecture de M. Lejars, sur la guérison d'un *anus contre nature à l'aide de la réunion de l'intestin par le bouton de Murphy*.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 juin 1895

A propos de la dernière communication de M. Variot sur les *vaporisations dans le traitement du croup*, M. Comby apporte une observation qui montre bien l'utilité de cette méthode.

Un enfant atteint de diphtérie naso-pharyngée et de croup guérit sans trachéotomie, grâce aux pulvérisations répétées d'eau boriquée chaude. Le procédé n'est pas, d'ailleurs, seulement indiqué dans les cas de sténose laryngée, mais aussi bien dans toutes manifestations aiguës des premières voies, inflammations nasales, buccales, laryngées, trachéales; les pulvérisations agissent en désobstruant et en aseptisant ces cavités. M. Comby les fait faire d'une façon systématique au pavillon de la rougeole, à l'hôpital Trousseau, à titre prophylactique. Il a pour but d'écarter ainsi les complications, et, en particulier, la broncho-pneumonie, dont on connait la gravité à l'hôpital.

— M. Chauffard a déjà fait remarquer, dans la dernière séance, à propos du fait d'*hémoglobinurie paroxystique* rapporté par M. Siredey, que le sytème nerveux joue un rôle important dans la production des crises hémoglobinuriques. M. Chauffard a observé, en 1893, un cas typique de l'affection chez un ancien paludéen, et il a obtenu, en répétant l'expérience classique d'Erlich, d'intéressants résultats.

Dans l'une des veines dorsales de chaque main on a prélevé un échantillon de 5 centimètres cubes de sang. Mais l'une des mains était restée à l'air, alors que l'autre, fortement ligaturée au poignet, avait été maintenue pendant un quart d'heure dans de l'eau glacée.

Dès son extraction, le sang veineux refroidi différait de l'autre échantillon par sa coloration rutilante et artérielle; mais il ne s'agissait là que d'un fait physiologique, dû à l'arrêt des échanges interstitiels, comme l'a montré une contre-épreuve faite sur un sujet sain.

Les deux échantillons de sang se sont coagulés de même et, au bout de quarante-huit heures, il n'y avait de redissolution du caillot ni dans l'un ni dans l'autre tube. Le sérum du sang refroidi était rose-cerise, celui de l'autre tube était citron.

On sait que, d'après M. Hayem, le caillot du sang pris pendant la crise se redissout. Si cette dissolution n'a pas eu lieu ici avec du sang purement refroidi, c'est que le refroidissement du sang n'explique pas, à lui seul, l'hémoglobinurie, ne réalise pas la totalité de la lésion sanguine. Il faut faire intervenir le système nerveux. Chez un sujet prédisposé, par l'infection la plupart du temps, la réaction nerveuse précède et commande la toxémie. La preuve en est que chez le malade de M. Chauffard, la réfrigération intense d'une partie du corps limitée, la main, et isolée par une ligature, a provoqué tous les prodromes d'une crise générale avec albuminurie prémonitoire.

Comment, et par l'intermédiaire de quels organes ou tissus agit ce réflexe nerveux? C'est ce que l'on ignore complètement. Mais la réaction nerveuse paraît bien être l'acte initial qui met en branle le processus chimique, encore mal connu, de la crise hémoglobinurique.

— L'observation que rapporte ensuite M. Hanot a trait à un homme de cinquante-sept ans, atteint de cirrhose alcoolique depuis quatre ans environ. Au mois d'avril dernier, apparurent des hématémèses abondantes qui amenèrent rapidement la mort. On trouva à l'autopsie les lésions ordinaires de la cirrhose alcoolique, on constata que les hématémèses étaient dues à la rupture d'une varice œsophagienne, enfin on découvrit l'existence d'une péritonite chronique généralisée.

Le sang des hématémèses était tantôt noir et mélangé à du mucus, tantôt rouge foncé; dans le premier cas, il était acide; dans le second, neutre ou légèrement alcalin. On peut donc penser que le sang était rejeté, tantôt directement, tantôt après avoir séjourné dans l'estomac.

A côté de ce fait particulier, il faut noter aussi l'existence de la péritonite chronique, avec épaississement considérable du feuillet pariétal de la séreuse, et plaques laiteuses de la largeur d'une pièce de cinq francs, comparables à celles d'une péricardite chronique.

— A la fin de la séance, M. G. Ballet a exposé à la Société un procédé de coloration histologique, permettant d'obtenir rapidement d'excellentes préparations; ce procédé est une modification légère de la méthode de Pal.

H. Richardière et Fournier.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

M. Jeanselme a eu occasion d'observer un cas très curieux de troubles trophiques d'origine blennorhagique. Un charretier de vingt-quatre ans, indemne jusqu'alors de toute affection vénérienne, contracte la blennorhagie. Huit jours après, la coxo-fémorale droite devient douloureuse, puis les genoux et la tibio-tarsienne droite se prennent. Trois semaines plus tard apparaît aux pieds une série d'excroissances cornées, et le malade entre à l'hôpital Beaujon. Actuellement, les orteils sont hérissés de véritables cornes; l'une d'elles s'est détachée récemment; elle est évidée à sa base comme une corne de veau mort. La plante des pieds est doublée d'une semelle cornée épaisse de près de un centimètre au niveau de la coque talonnière. L'extrémité libre des orteils est engainée dans un étui corné qui empiète sur la matière des ongles et en détermine la chute. Tous ces amas cornés affectent sur les deux pieds une disposition manifestement symétrique.

L'analogie de cette éruption avec certains troubles trophiques, sa disposition symétrique, son indolence, sa localisation sur les membres inférieurs qui seuls ont été atteints d'arthropathies, l'intégrité du tégument au voisinage et au-dessous des placards cornés, portent à penser qu'il ne s'agit pas ici d'une manifestation directe de la blennorrhagie, mais qu'entre celle-ci et l'altération cutanée il y a un intermédiaire : le système nerveux. L'hypothèse d'une polynévrite ne pouvant être acceptée à cause de l'exagération notable des réflexes patellaires, il est logique d'admettre que le virus blennorrhagique, gonocoque ou toxine, a touché l'axe médullaire et modifié son pouvoir trophique.

Cette observation jette un certain jour sur la pathogénie du blenno-rhumatisme car elle peut être invoquée comme argument par ceux qui soutiennent que certaines des lésions articulaires qui compliquent la blennorrhaghie, ressortissent aux arthropathies nerveuses et non pas aux arthrites microbiennes.

— En étudiant un certain nombre de cas de mycosis fongoïde, MM. Hallopeau et A. Guillemot sont arrivés aux conclusions suivantes : les poussées eythrodermiques peuvent s'accompagner de sueurs profuses qui, se renouvelant souvent plusieurs fois par jour, peuvent constituer un symptôme des plus pénibles; l'absence de prurigo contraste ici avec l'intensité du grattage; des lésions eczématiformes peuvent survenir secondairement dans la forme nodulaire généralisée, être très étendues, occasionnant une perte abondante de matériaux, devenir une cause d'affaiblissement et servir de porte d'entrée à de nouvelles infections secondaires; leur pronostic est donc grave. L'éruption peut être partiellement bulbeuse, les existantes diffèrent de l'eczéma en ce sens qu'elles se développent sur des surfaces saillantes et végétantes; la peau d'un mycosique offre moins de résistance que celle d'un sujet sain à l'action des causes d'œdème : on peut voir ainsi une lésion mitrale donner lieu prématurément à une anasarque généralisée; les lésions mycosiques peuvent être précédées par une lésion qui laisse à sa suite une induration persistante, pigmentée, enchâssée dans le derme, déprimée ou saillante; ce fait est inconstant et d'une signification encore indéterminée.

— Dans une précédente séance, M. Mendel a présenté une observation de laryngite tertiaire, très rapidement améliorée par une injection de calomel à 0,05. On recueille un second fait du même genre. Le malade, âgé de vingt-

neuf ans, est syphilitique depuis six ans, il a été peu soigné. Depuis trois ans, il a une laryngite tertiaire : la dyspnée était intense depuis six mois et due à l'infiltration énorme de la fausse corde gauche qui réduisait la glotte de plus de moitié. M. Mundel a fait plusieurs injections de calomel. Déjà, vingt-quatre heures après la première, la respiration s'était rétablie et elle n'a plus varié.

— M. L. Wikmann a insisté sur un signe différentiel du lichen plan de Wilson. Il a fait remarquer les stries et les ponctuations grisâtres existant dans l'axe des papu'es. Celles ci sont décomposées à leur sommet plan en deux positions différemment colorées, l'une rose qui forme le fond de coloration, l'autre grisâtre qui forme de fines striations.

— M. Feulard a vérifié récemment la justesse de la loi de Colles chez une nourrice professionnelle. Il s'agit d'une femme âgée de dix-neuf ans, qui après avoir allaité pendant un mois un nourrisson dans une famille bourgeoise, retourna au bureau. Elle y retrouva son enfant, devenu malade, nettement syphilitique du reste, et auquel elle donne le sein. Elle-même, n'a jamais eu jusqu'à présent, trace de syphilis. C'est donc un cas bien net de la loi de Colles. M. Feulard voudrait savoir si cette femme peut être donnée comme nourrice à un enfant sain, si on peut lui confier un enfant syphilitique, si enfin il faut la traiter par les médicaments spécifiques.

— Un malade, âgé de trente-trois ans, observé par M. Pudlitz, a été atteint, il y a trois mois environ, d'un chancre induré à la joue droite, dont l'étiologie reste obscure et qui fut inconnu par le médecin. Deux mois après, subitement, survint une paralysie faciale du même côté. En même temps apparaissaient des syphilides tuberculeuses du cuir chevelu et de la face. L'origine syphilitique de cette paralysie ne peut être méconnue, car elle a été confirmée par le traitement qui l'a fait rapidement disparaître. L'intérêt de ce cas réside dans la coexistence de la paralysie faciale avec les symptômes de syphilis secondaire. Ces faits sont encore peu connus, aussi donnent-ils lieu fréquemment à des erreurs de diagnostic et par suite à des erreurs de traitement fâcheuses pour le malade.

— M. Danlos a observé, sur un de ses malades, un chancre syphilitique de la gencive supérieure. Cette dernière présentait une lésion érosive, saignante, en forme de croissant, accompagnée d'une bandelette ulcéro érosive plus en dehors et sur les dents incisives de la mâchoire inférieure, simulant une stomatite ulcéro-membraneuse.

— M. Albert a montré à la Société deux militaires atteints d'une affection de la bouche, qu'il proposa de dénommer stomatite épithéliale épidémique. Elle est caractérisée : 1° Par sa nature épidermique ; 2° par ses lésions anatomiques ; desquamations de l'épithélium des lèvres dans leur zone de contact et desquamations de l'épithélium de la langue et du palais ; 3° par ses caractères bénins et une évolution rapide de quinze jours ou trois semaines.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juin 1895

Recherches sur les modifications de la nutrition chez les cancéreux. (Note de MM. Simon Duplay et Savoire, présentée par M. Guyon.)

On a attribué une certaine importance aux variations qui peuvent être observées dans la sécrétion rénale chez les malades atteints d'affections cancéreuses, et l'on a cru trouver un élément de diagnostic dans la diminution du taux quotidien de l'urée et des phosphates qui a été considérée comme constante dans le cancer.

Nous avons encore entrepris sur ce sujet des recherches dont les résultats nous ont conduits à une interprétation des faits toute différente de celle qui en avait été donnée.

En variant le régime des malades, nous avons pu nous convaincre de la façon la plus nette que, pour l'urée en particulier, la diminution signalée chez les cancéreux dépend uniquement du régime auquel on les soumet, et que, sous l'influence d'un changement de régime assurant l'alimentation d'une manière suffisante, le taux de l'urée ne s'éloigne pas sensiblement du chiffre normal.

Il en est de même pour la phosphaturie, dont la diminution n'est pas aussi constante qu'on l'a prétendu, et dont les variations sont également liées au régime alimentaire.

Nous n'insisterons pas sur la chlorurie, à laquelle on a attaché moins d'importance, au point de vue des variations qu'elle peut présenter chez les cancéreux.

Nos recherches ont porté sur quinze cancéreux, dont la plupart étaient dans un état de cachexie très avancé, et nos analyses ont été généralement faites, pour chacun d'eux, pendant dix jours consécutifs.

D'après la moyenne de nos observations, le taux quotidien de l'urée n'a pas été inférieur à 21 gr. 14, et nous avons pu voir des cancéreux, deux mois avant leur mort, excréter encore 23 gr. et 28 gr. d'urée, sous l'influence du régime lacté, qui suffit à assurer l'alimentation des malades, alors que, laissés au régime ordinaire, dont ils ne peuvent pas profiter le plus souvent, ils donnaient un taux d'urée qui se rapproche de celui (12 gr.) que M. Rommelaere considère, à tort suivant nous, comme directement en rapport avec l'affection cancéreuse.

Chaque fois que, chez nos malades, nous avons constaté un abaissement du chiffre de l'urée excrétée dans les vingt-quatre heures, cet abaissemunt a coïncidé avec une alimentation insuffisante, le malade étant soumis au régime ordinaire de l'hôpital, mal supporté par lui ; mais, dès que l'on assurait l'alimentation par le régime lacté, le taux normal de l'urée était de nouveau atteint.

Chez deux malades seulement, nous avons observé une hypo-azoturie persistante, et tous deux ne s'alimentaient plus et ne pouvaient même pas supporter le régime lacté.

Chez les treize autres malades, le taux moyen de l'urée s'est montré normal ou a même dépassé le chiffre normal adopté par les auteurs français (18 à 20 gr.), car il a varié de 18 gr. à 20 gr., 21 gr., 22 gr., 23 gr. et même 26 gr.

Pour la phosphaturie, l'influence dn régime n'est pas moins manifeste, et, d'après nos observations, l'hypophosphaturie ne constitue pas plus que l'hypo-azoturie, chez les cancéreux, un signe de diagnostic.

LES LIVRES NOUVEAUX

Formulaire des spécialités pharmaceutiques, composition, indications thérapeutiques, mode d'emploi et dosage, à l'usage des médecins, par le Dr M. Gautier, ancien interne des hôpitaux, et F. Renault, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'École de pharmacie. 1 vol in-18 de 300 pages, cartonné, 3 fr. — Baillière et fils, édit., Paris, 1895.

Les spécialités pharmaceutiques sont de plus en plus ordonnées par les médecins.

Il était donc utile de réunir, sous une forme scientifique et pratique, les données dont le médecin a besoin pour se guider dans son choix, et pour prescrire en parfa te connaissance de cause, selon les cas, tel ou tel médicament.

Ce Formulaire comprend trois parties.

Dans la première partie, sont étudiées sous le nom des médicaments usuels, les spécialités répondant à la médication que le médecin a en vue; les auteurs donnent la *composition*, les *indications thérapeutiques*, le *mode d'emploi* et les *doses*.

Dans la deuxième partie, *Mémorial thérapeutique*, ils énumèrent les différentes spécialités qui répondent à chaque maladie.

Dans la troisième partie, *Mémorial pharmaceutique*, se trouve la nomenclature des spécialités et de leurs fabricants.

Ce Formulaire est précédé du commentaire que M. le professeur Cornil, rapporteur de la loi sur l'exercice de la pharmacie, a fait de l'article relatif aux spécialités pharmaceutiques. Ce commentaire met en lumière les difficultés inhérentes à cette question si complexe qui touche à la fois aux droits du fabricant et du détaillant, et surtout à la sauvegarde de la santé publique qui doit être particulièrement chère au médecin.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Concours de l'internat. — Il a été décidé, à l'administration de l'Assistance publique, que le concours pour l'internat aurait lieu le 21 octobre. Cette date ne serait changée que dans le cas où elle ne concorderait pas avec les obligations du service militaire.

Concours de l'externat. — Il a été décidé que le concours de l'externat sera modifié de la façon suivante : deux jurys, composés chacun de quatre membres opérant simultanément; l'un jugeant l'anatomie, l'autre la pathologie.

Faculté de Médecine de Paris. — CONCOURS D'AGRÉGATION (Nominations). *Chirurgie :* Paris, MM. Broca, Walther, Hartmann; Lyon, MM. Vallas, Curtillet; Bordeaux, MM. Binaud, Braquehaye; Montpellier, M. Gervais de Rouville; Nancy, M. Frœlich; Toulouse, M. Aldibert.

Accouchements : Paris, M. Bonnaire; Montpellier, MM. Puech, Vallois; Nancy, M. Schuhl; Lille, M. Oui.

Chimie : Paris, M. Chassevant; Lyon, M. Barral; Toulouse, M. Biarnes.

Physique : Nancy, M. Guilloz.

Pharmacie : Lyon, M. Moreau.

CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Les jurys des divers concours de clinicats sont composés comme il suit :

Clinicat médical : MM. Jaccoud, Potain, Dieulafoy, Debove, Landouzy.

Clinicat des maladies du système nerveux : MM. Jaccoud, Potain, Dieulafoy, Debove, Landouzy, Raymond.

Clinicats chirurgical et des maladies des maladies des voies urinaires : MM. Duplay, Tillaux, Berger, Guillon, Terrier.

Clinicat obstétrical : MM. Duplay, Tillaux, Berger, Guyon, Terrier, Tarnier, Pinard.

Clinicat ophtalmologique : MM. Panas, Le Dentu, Gariel, Terrier, Gley.

Bourses de doctorat. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, en date du 5 juin 1895, rendu après avis du Comité consultatif de l'enseignement public, l'article 4 du règlement du 15 novembre 1879, relatif aux bourses de doctorat en médecine, est modifié ainsi qu'il suit :

« Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année. »

Échos de la Chambre des députés. — On a adopté, lundi, à la Chambre, l'amendement Berry qui fait bénéficier de la limite d'âge de vingt-sept ans les candidats au doctorat en droit, de même que les candidats au diplôme de docteur en médecine et les externes des hôpitaux des villes où se trouvent des Facultés de médecine.

Hospices civils de Besançon. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A UN EMPLOI DE CHEF DES CLINIQUES DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES : Le concours sera ouvert à l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon, le mercredi 17 juillet 1895, à 9 heures du matin; le jury est composé des médecins et chirurgiens de l'établissement et d'un membre de la Commission administrative, président.

Les matières du concours comportent :

1° Une composition écrite sur l'anatomie; une composition écrite sur un sujet de pathologie interne ou externe; une épreuve pratique d'anatomie pathologique, microscopique. Trois heures sont accordées pour chacune de ces compositions, qui sont éliminatrices.

2° L'examen de deux malades dans chacun des services de médecine et de chirurgie, et dissertation orale ultérieure portant sur les sujets examinés; une épreuve de médecine opératoire.

Conditions d'admission au concours. — Les candidats devront :

1° Se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital; le registre d'inscription sera clos le lundi 15 juillet, à 4 heures du soir;

2° Déposer un certificat de bonne vie et mœurs délivré récemment;

3° Justifier du titre de docteur en médecine (ou tout au moins des titres établissant que tous les examens de doctorat ont été subis avec succès, la thèse seule étant exceptée);

4° Justifier de dispenses définitives du service militaire ou de n'avoir à répondre qu'aux appels de 28 et 13 jours.

(Un avantage équivalent au dixième du coefficient total sera acquis à ceux des concurrents qui auront rempli, durant deux années, les fonctions d'interne soit dans les hôpitaux des villes où existent des facultés de médecine, soit à l'hôpital Saint-Jacques.)

Service et traitement. — Le chef des cliniques hospitalières est nommé pour trois ans. Ses attributions sont déterminées par un règlement déposé au secrétariat de l'hôpital. Ses émoluments sont fixés à 950 francs par an.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. G. Caussade : Considérations sur la pathogénie de la maladie d'Addison.
II. Feuilleton.
III. Revue critique chirurgicale.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.
V. Échos et nouvelles.

CONSIDÉRATIONS SUR LA PATHOGÉNIE DE LA MALADIE D'ADDISON

Par G. CAUSSADE.

Quel est le substratum anatomique de la maladie d'Addison? Les lésions des capsules surrénales suffisent-elles à déterminer le syndrome de la maladie bronzée? Doit-on rejeter l'ancienne conception, d'après laquelle ces altérations étaient considérées comme nécessaires et suffisantes pour expliquer tous les troubles qui apparaissent au cours ou au décours de cette maladie? Faut-il ne voir, dans les altérations capsulaires, que des processus anatomiques contingents, accessoires, et admettre une théorie purement nerveuse? Les lésions des ganglions semi-lunaires du plexus solaire, du sympathique abdominal, peuvent-elles rendre compte, dans tous les cas, de toutes les manifestations de la maladie bronzée? Ou bien peut-on, en analysant soigneusement tous les faits nouveaux enregistrés, d'une part, dans le domaine de l'anatomie pathologique, et révélés, d'autre part, grâce à la physiologie et à l'expérimentation, essayer de concilier des théories qui semblent contradictoires à première vue? Peut-on, sans trop dissocier les divers éléments qui constituent le syndrome addisonien, attribuer à des altérations différentes, capsulaires ou nerveuses, tel ou tel symptôme de la maladie d'Addison?

En d'autres termes, pour expliquer la maladie d'Addison, trois théories peuvent être proposées : la première, la plus ancienne en date, la *théorie capsulaire*, rend responsables les lésions capsulaires seules de tous les symptômes de la maladie bronzée; la seconde, la *théorie nerveuse*, attribue ces derniers aux altérations des ganglions péricapsulaires et extracapsulaires (ganglion semi-lunaire, plexus solaire et filets du grand sympathique abdominal); la troisième, par l'analyse des faits anatomiques et expérimentaux récents, arrive à une dissociation du syndrôme addisonien et considère la mélanodermie comme produite par les lésions du système nerveux sympathique de l'abdomen, les phénomènes de toxémie (vomissements, diarrhée, tachycardie paralytique, collapsus cardiaque, fatigue, asthénie, symptômes cholériques), comme provoqués par un poison, toxine organique, sur la formation et la nature de laquelle la science est sur le point d'être fixée définitivement.

I. — Théorie capsulaire

Elle a été édifiée par les observations d'Addison, parues dans son premier mémoire, en 1854, et par les expériences de Brown-Séquard. Elle repose donc sur deux notions fondamentales : l'une, d'ordre

FEUILLETON

Morts de braves.

Lorsque le colonel du 200e régiment rassemblait à Sathonay, il y a quelques mois les éléments épars de la troupe qu'il devait commander, les amalgamait, les fondait ensemble, en faisait un tout homogène, leur donnait la cohésion nécessaire; lorsqu'il s'embarquait à Marseille, quelques semaines plus tard, au milieu de l'enthousiasme du public, parmi les vivats qui le saluaient, personne ne prévoyait qu'il serait au nombre des premières victimes, presque la première victime non de la guerre, mais du climat meurtrier. Aussi sa mort a-t-elle soulevé une émotion bien légitime dont nous n'avons perçu que l'écho affaibli déjà par la distance, mais qui a dû être grande dans le corps expéditionnaire. Le commandant en chef l'a traduite en un ordre du jour d'une grandeur simple et d'une note très juste. Il n'est pas sans intérêt, à notre point de vue à nous médecins, d'en souligner l'idée principale.

Il y a mille manières de servir son pays, et si toutes ne sont pas également brillantes ou également avantageuses, si toutes ne frappent pas l'imagination de la foule avec la même vivacité, si elles n'excitent pas toutes la même admiration et ne provoquent pas les mêmes bravos, elles sont toutes honorables au même degré. On ne saurait nier, cependant, que les situations si diverses où des hommes peuvent consacrer leurs efforts au développement, à la richesse, ou à la gloire de leur patrie, ne présentent pas une équivalence absolue de mérite, et qu'il y aurait à la fois illogisme et injustice à ne pas établir dans l'estime où on les tient, un classement, une gradation, quelque chose comme une hiérarchie de l'honneur. La proportion des risques personnels auxquels chacun est exposé, semble être une assez bonne et équitable base d'appréciation, parce qu'elle permet de mesurer avec une exactitude parfaite et une impartialité certaine, le degré et la qualité du dévouement, de l'abnégation, de l'héroïsme même, qui doivent être déployés.

Nul doute que ce ne soit là l'origine et la raison d'être du prix auquel on a toujours coté le métier militaire et la

clinique, affirme l'existence d'une cachexie spéciale, accompagnée d'une asthénie profonde, d'une pigmentation de la peau et des muqueuses, et ayant, comme lésion propre, une dégénérescence *plus ou moins complète* des capsules surrénales; l'autre, d'ordre expérimental, due à Brown-Séquard, nous montrant :

1° Dans les capsules surrénales des organes indispensables à la vie et dont l'ablation complète est rapidement suivie de mort, celle-ci survenant plus rapidement qu'après la suppression de la sécrétion urinaire;

2° Que les capsules surrénales modifient et détruisent une substance qui a la propriété de se transformer en pigment. Après l'ablation ou la destruction des capsules surrénales, le pigment s'accumule dans le sang, mais il ne survient aucune pigmentation de la peau;

3° Qu'après la capsulectomie double, le sang devient toxique et, injecté à d'autres animaux de même espèce, il amène souvent la mort.

Ces trois propositions, sous lesquelles peuvent être résumés les résultats des expériences de Brown-Séquard, contiennent en germe le développement de la plupart des travaux qui, depuis, ont été entrepris sur les fonctions des capsules surrénales. Elles expriment la vérité ou une partie de la vérité; d'ailleurs, l'importance du rôle des capsules surrénales ne peut être mise en doute après les expériences du célèbre physiologiste, dont Gratiolet, de Dominicis, Abelous et Langlois, ces derniers temps, ont confirmé, complété, expliqué et étendu les résultats. Les faits contradictoires obtenus en physiologie par G. Harley, Schiff, Nothnagel, Martin-Magron, Chatelain, Philippeaux, Tizzoni, Semmola, Pal et Berdach ne peuvent les renverser. Ils peuvent s'expliquer, en partie, de la façon suivante, comme Tizzoni, d'ailleurs, l'a fait observer : les expérimentateurs se sont hâtés dans leurs conclusions et n'ont pas laissé s'écouler un temps assez long après l'opération pour laisser survenir la mort, du fait de cette dernière. Nous savons, en effet, aujourd'hui, que chez les rats et les cobayes, la capsulectomie double n'amène une issue fatale qu'au bout de vingt, trente et même quarante jours. On doit faire observer, en outre, surtout quand on opère sur le cobaye, que l'ablation ou la destruction de la capsule surrénale droite, entièrement accolée à la V. C. I., présente de sérieuses difficultés, qu'il est aisé, en la réséquant, de produire des hémorragies rapidement mortelles et que, pour les éviter, on est exposé à laisser des fragments de l'organe *in situ*; on peut enfin, à ces expérimentateurs, faire les mêmes objections que celles relevées ces jours derniers, par MM. Abelous et Langlois à M. Boinet, à savoir que, chez certains animaux, les rats par exemple, les capsules surrénales accessoires disséminées le long de la V. C. I. et en arrière d'elle, et laissées dans la cavité abdominale, faussent toutes leurs conclusions. Nous rappelerons en passant que toute expérience de ce genre (capsulectomie, thyroïdectomie) pour avoir de la valeur, doit être totale et complète; les suppléances physiologiques par des fragments d'organes reposent sur une loi bien établie aujourd'hui.

II. — Théorie nerveuse

A défaut de l'expérimentation, l'anatomie pathologique, avec des arguments d'une grande valeur, a essayé de ruiner la théorie *capsulaire* pour édifier la théorie *nerveuse*. A cet égard, les travaux de Jaccoud, d'Alezais et Arnaud, de Lancereaux, de Raymond, de Brault et Perruchet, de Kahlden, ont paru

---

profession des armes. La guenille que nous sommes nous est chère à tous, et il n'est pas donné à tout le monde d'en faire de propos délibéré, d'un consentement donné d'avance, et insouciamment sinon gaiement, le sacrifice. Il faut ajouter que la forme même et les conditions très particulières où se présentent, pour le soldat, les chances de mort, rehaussent le mérite qu'il y a à les affronter.

Pour ne rien exagérer toutefois, on doit reconnaître que ces conditions se sont singulièrement modifiées à mesure que s'est modifié l'armement des troupes et que les engins de destruction ont acquis le degré de perfectionnement (si on peut appliquer à pareille chose un pareil mot), où nous les voyons de nos jours. Et il n'y a guère, en effet, que la cavalerie dont le mode de combattre rappelle les corps à corps, les luttes d'homme à homme qui étaient l'essence même des guerres d'autrefois. Je ne sais plus quel auteur de l'antiquité nous a laissé le témoignagne de l'espèce de dédain dans lequel on tenait ceux qui combattaient avec l'arc ; on les accusait de préférer cette arme parce qu'elle permettait de se tenir plus éloigné de l'ennemi. Les quelques dizaines de mètres qui étaient la portée d'une flèche, sont cependant bien loin des kilomètres où atteignent maintenant nos projectiles explosibles et ces jolies petites balles nickelées, faites comme des bijoux à mettre en vitrines. Quoi qu'il en soit de la distance, les hommes tombent en rangs aussi pressés que jadis, les existences sont fauchées aussi nombreuses, les affres de la mort, les douleurs des blessures sont restées aussi cruelles, pour ne pas dire qu'elles sont devenues plus intenses. C'est pourquoi la mort à l'ennemi a conservé le prestige qui met une auréole au front de ceux qui sont tombés.

Mais il n'y a point que les balles qui tuent, et ce n'est pas sans quelque injustice inconsciente que le préjugé a perpétuée, qu'on n'accorde plus de louanges et de valeurs, — disons le mot : qu'on paie plus cher — pour une vie perdue sur le champ de bataille que pour une vie éteinte par la maladie sur la couchette d'un hôpital d'outre-mer. Où est cependant la différence dans la valeur absolue des deux sacrifices ? Et pourquoi la veuve d'un médecin terrassé par une épidémie meurtrière, reçoit-elle un secours inférieur à celui qu'on alloue à la veuve d'un officier fauché par un boulet ? Les deux hommes ne se valaient-ils

suffisants à certains auteurs pour refuser aux lésions de ces organes tout déterminisme dans la maladie bronzée d'Addison.

Peut-on, en se basant sur les faits établis par des observateurs de la valeur de ceux que nous venons de citer, accorder tout crédit à la théorie nerveuse, et considérer les capsules surrénales comme ayant un rôle effacé, nul même, dans l'apparition du syndrome addisonien? Ne semble-t-il pas, au contraire, envisageant la part importante qu'on donne au corps thyroïde dans la cachexie strumiprive et même dans la maladie de Basedow, qu'on peut conclure par analogie et ne pas rejeter, *à priori*, toute participation des glandes surrénales? Ne doit-on pas les rendre responsables de quelques-uns, sinon de tous les symptômes addisonniens?

Le mémoire d'Alezais et Arnaud (1), les observations de Raymond (2), de Brault et Perruchet (3) doivent être examinés à ce point de vue.

Alezais et Arnaud incriminent le système nerveux péricapsulaire (4). Mais celui-ci est en rapport intime avec la capsule, et on peut supposer qu'il est altéré consécutivement à une lésion même de la substance capsulaire. De leurs observations, il ressort nettement ce fait : que la mélanodermie est produite chaque fois que la périphérie de l'organe, le cortex, les filets nerveux ou les ganglions compris soit dans cette région, soit autour et près d'elle, ont été atteints. Ce dernier fait ressort encore nettement des travaux de (5) Bedford Fenwick, de Greenhow, de Jurgens, de Kalindero et Babès. Mais, par contre, il est difficile de dégager des observations des auteurs précités (Fenwick et Greenhow ont insisté sur ce point) les phénomènes dus à la toxhémie.

S'ils existent, outre la mélanodermie, on constate des lésions médullaires de la capsule, et, dans ce cas, il est difficile de conclure; ou bien ces phénomènes sont confondus au milieu des autres symptômes provoqués par un lymphadénome généralisé comme dans le cas de Raymond; ou bien les lésions nerveuses, qui semblent plus accentuées et primitives, ont déterminé des altérations *légères* et secondaires dans les capsules surrénales. Tel paraît être le cas de MM. Brault et Perruchet.

En résumé, la théorie nerveuse s'appuie surtout sur les faits relatés par Alezais et Arnaud, Brault et Perruchet, qui incriminent tour à tour les ganglions péricapsulaires, le plexus solaire, le ganglion semi-lunaire droit et les différentes branches du sympathique abdominal, et même la moelle (Kalindero et et Babès). Mais pareilles altérations ne sont pas constantes : sur quarante-neuf observations où les altérations du sympathique ont été cherchées, dans douze cas les nerfs et les ganglions étaient sains; sur trente-sept autres observations on signale des lésions nerveuses, mais la mention qui en est faite est succincte ou manque de contrôle histologique. La théorie nerveuse manque donc de base solide; des recherches ultérieures pourront peut-être le lui donner. En tout cas, celles qui ont été entreprises récemment ont démontré :

1° Qu'il fallait tenir compte des lésions nerveuses du sympathique abdominal qui, jusqu'à un certain point, peuvent expliquer un symptôme : la mélanodermie;

2° Que les lésions nerveuses peuvent être diverses,

(1) *Rev. mens.*, avril 1891.
(2) *Arch. de phys.*, 1892.
(3) *Sem. méd.*, 1892, p. 237.
(4) Soc. de biologie, 1892. (Cf. la description du système nerveux des capsules surrénales.)
(5) Voir *British med. Journ.*, 30 mars et 6 avril 1895, n°s 1787 et 1788, n° 745.

---

point? Ne mettaient-ils pas l'un et l'autre au service de leurs concitoyens la même ardeur, le même zèle, le même dévouement, le même courage et la même intelligence? La mort de l'un est-elle plus douloureuse, plus pénible que celle de l'autre? Les chances de périr sont-elles plus grandes, plus multipliées dans une bataille que dans une épidémie? S'y soustrait-on plus facilement dans un cas que dans l'autre? Est-on mieux armé contre elles ici que là? Les angoisses morales y sont-elles de degrés si dissemblables?

Il y a près de vingt ans, une épidémie de fièvre jaune dont la marine n'est pas près de perdre le lamentable souvenir, ravagea notre colonie du Sénégal. Pendant sa durée, trois fois le personnel médical fut renouvelé entièrement. Croit-on que ceux qui partaient de France se fissent illusion sur le sort qui les attendait? Un de mes amis, à cette époque, revenant d'une campagne lointaine, fut désigné le surlendemain de son débarquement pour aller remplacer, là bas, un de ses confrères que le *vomito* avait troussé en quelques heures. Dans la hâte de ce départ foudroyant, il eut le temps de m'écrire, pour m'en informer, ces trois lignes navrantes : « Adieu! Je vais à Dakar sans avoir le temps d'aller embrasser les miens. Huit jours de paquebot pour me rendre là-bas; huit jours dans la fournaise, et ce sera fini. Garde un bon souvenir de notre vieille amitié. » Vous me direz que ce n'était pas un brave, qu'il avait le cœur faible. Je pense simplement qu'il avait de la franchise. Il dura un mois et fit son devoir pendant ce temps, de manière à prouver qu'il avait l'âme haute. Mais je dis que le sacrifice d'une toute jeune vie, fait dans de telles circonstances, met celui qui l'accomplit au niveau de tous les héroïsmes.

Un autre de mes camarades d'enfance périt victime du même fléau dans des conditions vraiment touchantes.

Il était marié depuis fort peu de temps, lorsque les hasards du tour de liste l'envoyèrent servir à la Guadeloupe. C'était un mariage où l'amour seul avait signé au contrat, mais non la fortune. Aussi le jeune ménage faisait-il le couple le plus gracieux et le plus charmant qui se pût voir.

Le mari, en partant, avait eu la douloureuse joie de savoir sa jeune femme enceinte et, dans les larmes de

puisqu'on a pu incriminer même la moelle (on sait qu'on a décrit des lésions ascendantes et descendantes de la moelle), et que, quels que soient les éléments nerveux atteints (nerfs splanchniques, ganglions, tissu vasculo-nerveux entourant la capsule, et les ganglions péricapsulaires), la mélanodermie peut se produire.

Cette lésion peut donc être partielle, unilatérale. Comme telle, elle peut provoquer la mélanodermie, mais peut-être pas les symptômes d'ordre toxique. En admettant cette opinion, on ne se trouve pas en contradiction avec les données récentes établies par la physiologie, pour d'autres organes, à savoir : que la thyroïdectomie et l'ablation du pancréas doivent être totales pour amener des troubles graves et la mort. Il doit en être de même pour les capsules surrénales.

III. — Théorie toxique

De l'insuffisance des caspules surrénales; de la mélanodermie.

Cette théorie nous ramène à la conception d'Addison et de Brown-Séquard, mais amplifiée, complétée et expliquée par les recherches d'Abelous et Langlois, de Charrin, de Boinet, Thiroloix, de Mac-Munn, de Nothnagel, de Schaffer et Oliver, de Kahlden, de Foa et Pellecani, de Tizzoni, de Maccino Zucco, de Carbone, de Supino, d'Albanese (1), de Gluzinski (2).

Il serait trop long de citer les résultats auxquels ces auteurs sont arrivés; d'autant que quelques-uns sont contradictoires. Mais les faits suivants semblent acquis définitivement à la science.

(1) Cf. *British méd. Journ.* Loc. citato : The gustoniau lectures ou suprarenal bodies, par Ralleston.
(2) *Wiener klinishe Woch*, n° 14, 1895.

La destruction ignée des deux capsules produit la mort constante de l'animal.

Chez la grenouille, la mort arrive en douze ou treize jours, si elle est en état d'hibernation, en quarante-huit heures ou plus pendant l'été ; si bien que la longueur de la survie est en raison inverse de l'activité des échanges chimiques.

Si une seule capsule est détruite ou si un fragment notable de la seconde reste, l'animal survit.

Après la capsulectomie double, l'insertion sous la peau, dans le sac dorsal, d'un fragment de rein avec la capsule attenante normale, a prolongé la survie jusqu'à cinq ou six jours en été.

Le sang d'une grenouille acapsulée, paralysée et mourante, est *toxique* pour une grenouille récemment opérée, et entraîne rapidement la paralysie et la mort.

Ces résultats sont identiques chez le cobaye et le chien.

Par la méthode des ablations partielles, on peut se convaincre, chez le chien, que tant que le sixième du poids des capsules est conservé intact, l'animal survit et peut même résister à l'injection du sang d'un animal acapsulé, sans éprouver autre chose que des troubles passagers de somnolence, de faiblesse du train postérieur (Langlois).

On se trouve donc en face d'un véritable empoisonnement ; le sang présente une toxicité spéciale ; la conservation d'une faible partie de leur parenchyme normal neutralise l'intoxication et permet la survie.

Ces toxines existent non seulement dans le sang, mais aussi dans la rate, le foie et les muscles, d'où on peut les extraire par l'alcool. Elles sont identiques à celles qui sont élaborées dans les muscles d'un animal soumis à un travail excessif. L'ani-

---

leurs adieux, avait souri d'un rayon d'espoir. Quelques semaines après qu'il eut pris possession de son poste, un navire d'émigrants apporta dans le pays le germe de la fièvre jaune. Le médecin de ce navire tomba malade dans la maison d'un de ses amis où il avait reçu l'hospiialité et qu'il contagionna. Tous deux furent transportés, en grande hâte, sur les hauteurs du camp Jacob, et mon malheureux ami alla bravement s'isoler là-haut avec eux pour les soigner. Le mal fut impitoyable et tous trois succombèrent. Est-ce qu'un dévouement de ce genre n'exige pas autant de cœur et d'énergie que n'importe quel fait d'armes?

Il semble, d'ailleurs, que les idées du public à cet égard soient plus justes aujourd'hui qu'elles n'étaient naguère. Les militaires eux-mêmes font preuve de moins d'intransigeance qu'autrefois. L'amiral Courbet, encore qu'il eût succombé au choléra, fut honoré comme ayant eu la fin d'un héros, et le commandant en chef du corps expéditionnaire de Madagascar proclame avec raison que si le colonel du 200e n'a pas été frappé d'une balle, il n'en est pas moins mort à l'ennemi.

Rien n'est plus vrai. La mort pour le pays, lorsqu'elle est conquise, suivant la magnifique expression de Trousseau, au milieu des périls de quelque profession que ce soit, et sous quelque forme que se présente la catastrophe, donne au mort le droit à la même gloire et donne à ceux qu'il laisse après lui le droit à la même sollicitude et aux mêmes secours. Quelle inégalité encore, pourtant, dans la manière dont on traite les uns et les autres !

Supposez le cas suivant : Un officier a reçu au feu une plaie pénétrante de la poitrine. A grand' peine il guérit, gardant de sa blessure une diminution de valeur et de résistances physiques. Une fois rétabli, il se marie. A quelques années de là, blessé de nouveau, il succombe. Refuserait-on à sa veuve une pension, en se basant sur ce fait qu'au moment du mariage les chances de la vie du conjoint étaient déjà réduites dans une certaine mesure? Assurément on n'oserait pas opposer une telle raison à si légitime demande ; en le faisant, on souleverait un *tolle*.

Or, voici un fait presque récent sur lequel j'ai eu les détails les plus circonstanciés, et dont je puis garantir l'authenticité. Remarquez sa similitude avec l'hypothèse précédente :

mal acapsulé éprouve, au moindre travail effectué, une fatigue rapide et persistante (Alelous) (1). La paralysie des animaux acapsulés parait due surtout à l'atteinte des terminaisons nerveuses motrices, et les muscles ne sont frappés qu'à un bien moindre degré. Il s'agit donc d'un poison curarisant (Abelous et Langlois, Albanèse, Supino).

Cette dernière proposition n'est pas cependant admise par tous les auteurs.

Oliver et Schafer (2) ont constaté à la suite d'injections hypodermiques, des effets analogues à l'empoisonnement par la vératrine. Quoi qu'il en soit, l'action antitoxique des capsules surrénales vis-à-vis des déchets de la désassimilation musculaire semble certaine et nous explique l'asthénie addisonienne. Cette action antitoxique ou neutralisante s'exerce aussi contre des poisons végétaux, contre certains alcaloïdes (nicotine : Charrin ; atropine : Abelous). On comprend ainsi le rôle antitoxique ou neutralisant des capsules surrénales qui ont une fonction spéciale ou adjuvante, à côté du foie ou parallèlement à lui ; il se dégage alors ce fait, à savoir : que, les capsules surrénales enlevées, apparait une intoxication spéciale. Mais l'expérimentation n'est pas allée plus loin. Sans doute, en feuilletant la bibliographie ancienne, on trouve signalées des expériences dans lesquelles à la suite d'une capsulectomie double, la pigmentation des muqueuses est survenue chez un animal qui a présenté une longue survie. Mais, ces faits ne peuvent prendre rang dans la science. Les expériences sur les capsules surrénales ont été assez variées et multipliées ces temps derniers pour que, si pareille manifestation fût survenue, elle eût été signalée. Il faut donc reconnaitre qu'à ce point de vue la physiologie ne nous a rien révélé.

Mac-Munn a bien trouvé par l'examen spectroscopique, dans la corticalité des capsules surrénales, un corps, l'histo-hœmatine, et dans la substance médullaire, des éléments hémochromogènes à l'état libre (free hœmochromogène) ; il considère l'hémochromogène comme une substance de transformation des pigments sanguins, dérivée probablement par une action métabolique de l'hémoglobine et de l'hématine. Pour lui les capsules surrénales doivent débarrasser le sang des pigments sanguins modifiés ou détruits et des substances protéïques qui les accompagnent. Mais, ce sont ici des vues de l'esprit ; la physiologie ne les a pas confirmées.

Ainsi donc, la destruction des capsules surrénales produit des phénomènes de toxémie. Nous pouvons même reproduire en partie ces derniers en injectant à des animaux non décapsulés des accidents graves et déterminer la mort ; la preuve de l'action élective spéciale du suc capsulaire, nous la trouvons dans l'hypertrophie des capsules surrénales que nous avons maintes fois constatée à l'autopsie de ces animaux. C'est là une action identique à celle du suc thyroïdien sur le corps thyroïde, comme l'ont démontré MM. Ballet et Enriquez. En clinique, les symptômes dus à la toxémie sont à peu près identiques à ceux provoqués par l'expérimentation ; l'assimilation des phénomènes expérimentaux et cliniques est à peu près complète : l'asthénie, la fatigue, les diarrhées, les accès épileptiques, l'hypothermie, l'habitus cholérique, la tachycardie paralytique. Le poison curarisant ou autre, retenu dans le sang, agit en effet sur le myocarde et les terminaisons cardiaques du

(1) *Arch. de physiologie*, 1893, p. 720. « Des rapports de la fatigue avec les fonctions des capsules surrénales. »

(2) *Proc. Phy. Soc.*, march. 10th 1894.

(1) Cf. *British méd. Journ.*, 6 avril 1895, p. 747.

Un médecin de la marine contracta aux Antilles, il y a quelques années, une fièvre jaune (c'est toujours elle, hélas, la grande ennemie de nos confrères des colonies). L'affection fut grave surtout par les lésions qu'elle détermina du côté du myocarde. La myocardite entraina des accidents très prolongés qui obligèrent le malade à quitter momentanément le service de l'Etat et à accepter, pour une durée de trois ans, la position connue sous le nom de « non activité pour infirmités temporaires ». Sa santé se rétablit peu à peu ; il put se livrer à la pratique de la médecine en ville ; se maria et reprit enfin sa place dans les cadres de l'activité, sur les listes d'embarquement. Désigné pour faire deux ans de campagne sur un bâtiment en station dans les Echelles du Levant, il supporta fort bien l'épreuve et revint chez lui l'an dernier en parfait état. Cet hiver une épidémie de grippe sévissait assez rudement dans le port où il servait. Les malades étaient nombreux, les médecins rares. Il eut à supporter de dures fatigues, s'affaiblit un peu, contracta l'influenza et mourut. La pension demandée par sa veuve ne fut pas accordée, malgré les appuis chaleureux des chefs qui avaient vu son mari à l'œuvre pendant l'une et l'autre épidémie et qui savaient à quel point il s'était dépensé, avec quel zèle, quel courage et quelle témérité il avait été au delà même de son devoir. Les droits de sa veuve et de ses trois enfants furent déclarés nuls, par cette raison qu'avant son mariage le malheureux avait une fois déjà failli mourir en service commandé.

Il y a, dit on, des règlements qui concernent ce cas ! *Summum jus, summa injuria*, jamais l'ironique adage n'aura trouvé une plus juste application. Mais il est clair qu'il y a lieu à revision et il faut espérer qu'on l'obtiendra. En tous cas on est fondé à demander qu'on modifie une réglementation surannée qui n'est plus en rapport avec les idées ni avec les mœurs. L'épidémie est notre champ de bataille ; lorsque nous y tombons, nous aussi, nous mourons à l'ennemi. On ne saurait, sans déni de justice, nous refuser le privilège de cet honneur.

Distinction honorifique. — M. le docteur Froidefond (de Bordeaux) est nommé chevalier du Mérite agricole.

pneumogastrique comme sur les muscles et leurs terminaisons nerveuses.

Si l'expérimentation n'a pu reproduire la pigmentation, il est probable qu'elle ne s'est pas adressée à l'élément capable de la déterminer : les filets nerveux du grand sympathique. Les altérations du plexus solaire, du ganglion semi-lunaire, des ganglions péricapsulaires d'Alezais et Arnaud doivent être mises en cause, sans doute, dans la production de la mélanodermie. La participation ou la non participation du sympathique abdominal peut à la rigueur expliquer les cas dans lesquels la tuberculose capsulaire double a fait défaut, mais dans lesquels la mélanodermie a apparu, et inversement ceux dans lesquels, avec des lésions manifestes des capsules surrénales, la mélanodermie était absente. Ces altérations du sympathique abdominal peuvent encore nous rendre compte de quelques symptômes accessoires ou contingents, tels que la glycosurie, et de certains faits dans lesquels on constate de la pigmentation du foie. Celle-ci, nous l'avons constatée nettement dans un cas. Quant à la glycosurie, des expérimentateurs (Thiroloix) l'ont reproduite. Si donc, par les lésions du sympathique abdominal, on peut reproduire ou constater la glycosurie et la pigmentation hépatique, on peut demander si dans un avenir prochain, le diabète bronzé ne trouvera pas son explication toute naturelle dans ces dernières. D'ailleurs, le système nerveux hépato-pancréatique, d'après les récentes expériences de Thiroloix (1), ne semble-t-il pas présider à la formation glycogénique au cours du diabète pancréatique.

Ainsi les altérations des capsules surrénales semblent tenir sous leur dépendance les symptômes toxiques ; la mélanodermie, elle, est due probablement à la propagation de ces lésions aux ganglions et nerfs avoisinants. Intoxication et mélanodermie sont le plus souvent associées, à cause des connections intimes des ganglions péricapsulaires avec les glandes surrénales ; mais ces deux ordres de phénomènes peuvent être distincts et dissociés, comme nous l'avons vu et comme le prouve le fait suivant : un sujet atteint de mélanodermie, caractéristique de la maladie bronzée, n'accusa que huit ans environ après l'apparition de la pigmentation cutanée et des muqueuses, des troubles gastro-intestinaux, de l'asthénie, de la fatigue et ne présenta qu'à partir de cette époque la déchéance spéciale aux addisoniens.

Quant à la production même de la mélanodermie, rien ne l'explique directement, mais on peut accepter la théorie telle que l'a proposée M. Raymond. La peau humaine contient, normalement, des éléments pigmentés. Ceux-ci doivent, dans une certaine mesure, être régis par des influences nerveuses, de même que, dans certaines espèces animales, les chromoblastes sont étroitement subordonnés à une innervation spéciale. La pigmentation addisonienne serait ainsi un trouble dystrophique de la chromogénie cutanée, relevant de la lésion irritative des ganglions périsurrénaux ou semi-lunaires, ou du plexus solaire (1).

Telle est la manière dont on peut envisager, à la rigueur, dans l'état actuel de nos connaissances, la pathogénie de la maladie d'Addison. Sans doute, en s'en tenant à cette conception, il reste beaucoup de *desiderata* à remplir ; mais des recherches ultérieures, suscitées par les considérations précédentes, pourront, peut-être, donner, à cette théorie, les bases inébranlables qui lui manquent aujourd'hui et résoudre ce problème pathogénique dont les données ne sont pas encore suffisamment précises.

(1) Soc. de Biologie, avril 1895.

(1) Voir Chauffard : « Intoxication addisonienne ». (*Sem. méd.*, 1894, p. 75.)

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

Sous le titre d'une *nouvelle opération de néphropexie*, nous trouvons dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, du 20 juin 1895, la reproduction d'une communication intéressante faite par les Drs Poullet et Vulliet au Congrès dernier des médecins suisses.

Cette opération, disons-le de suite, consiste à utiliser une des bandes tendineuses du long dorsal pour fixer le rein en bonne situation. Pour ce faire, le chirurgien après avoir découvert le rein, se porte dans la région lombaire, à 2 centimètres de l'épine dorsale, et, après avoir coupé l'aponévrose, arrive sur les tendons du muscle long dorsal, et choisit celui qui se fixe à l'apohpyse épineuse de la première lombaire. Il l'isole, arrache ses insertions musculaires supérieures et a alors à sa disposition un ruban tendineux de 22 à 24 centimètres de longueur.

Pour le faire pénétrer dans la loge du rein, il faut le faire traverser la masse musculaire, ce qui est facile à l'aide d'un stylet aiguillé. Ceci fait, à l'aide d'une petite spatule métallique massive munie d'un chàs, le tendon est passé en séton de haut en bas sur la face postérieure du rein et près de son bord externe, et le bord libre et inférieur du tendon est engagé et fixé dans la masse musculaire.

Que va devenir cette corde tendineuse? Va-t-elle se résorber, s'exfolier, disparaître? C'est ce que se sont demandé les chirurgiens avant de pratiquer l'opération sur le vivant. Leurs expériences sur les chiens leur ont montré que le tendon ne se modifiait pas,

qu'au contraire il restait solide et parfaitement en mesure de maintenir l'organe en bonne situation.

Une opération de ce genre a déjà été pratiquée chez une malade qui s'en est parfaitement bien trouvée, et qui aujourd'hui a son rein parfaitement bien fixé.

Cette modification de la technique opératoire est ingénieuse. Est-elle bien nécessaire, et de bons fils bien placés sur les ligaments costaux et dans le rein ne sont-ils pas suffisants pour maintenir l'organe ? C'est là une question difficile à résoudre. Il est certain que le procédé de MM. Vulliet et Poullet a les qualités suivantes : on est sûr de l'asepsie de son tendon plus que l'asepsie d'un fil. Ce tendon a un point d'appui supérieur fixe qui ne peut pas céder.

— Le traitement de l'*hypertrophie de la prostate* est, on le sait, à l'ordre du jour : nous n'en donnons pour preuve que les travaux parus sur la prostatectomie ; mais il est une autre thérapeutique dont le point de départ est en Amérique, et qui consiste à traiter l'hypertrophie de l'organe en question par la castration double. Nous avons publié dans l'*Union médicale*, en 1894, un article du propagateur de la méthode, et aujourd'hui nous appelons l'attention sur un récent article paru dans le *Bulletin médical* du 23 juin 1895 et dû à la plume de notre ami et collègue Launois.

Ce travail est basé sur quarante-huit interventions de ce genre, et l'auteur arrive aux conclusions suivantes, qui sont assez modérées et assez intéressantes pour que nous les transcrivions mot pour mot ; les voici :

« Les différents procédés de cure radicale de l'hypertrophie de la prostate reposent tous sur les mêmes principes. Ils sont, en effet, basés sur des données embryologiques, physiologiques et expérimentales qui ont montré les relations étroites qui unissent entre eux les différents segments de l'appareil génital mâle ; elles ont prouvé aussi que le non développement, l'atrophie ou l'ablation des deux testicules (portion véritablement noble) entraine le non développement ou l'atrophie des parties profondes : prostate et vésicules séminales (portion accessoire).

« La castration double employée comme méthode de cure radicale de l'hypertrophie prostratique, peut être considérée comme une opération rationnelle ; ses résultats, au point de vue fonctionnel, sont le plus souvent satisfaisants.

« Il en est de même des autres procédés qui, par des moyens divers, entraînent plus ou moins rapidement l'atrophie des glandes génitales mâles.

« Mais l'emploi et la généralisation de ces méthodes nous paraissent difficiles. Si la femme consent assez volontiers à faire le sacrifice de ses ovaires, l'homme, même âgé, et aux prises avec les difficultés de la miction, éprouve la plus grande répulsion à se laisser châtrer ; beaucoup de vieillards préféreront la souffrance et les moyens palliatifs, aimeront mieux conserver leurs testicules, derniers vestiges de leur virilité passée. On ne peut toutefois mettre en doute les services que peuvent rendre aux malades les méthodes nouvelles lorsqu'elles sont judicieusement appliquées. »

Comme on le voit, ces conclusions sont fort sages et leur auteur prévoit le cas où le vieillard aimera mieux mourir avec ses infirmités que d'être privé des organes qui font son sexe. Et ce n'est pas chez l'homme un sentiment de vanité, car on peut remplacer des testicules vrais par des testicules postiches. Tuffier l'a fait cinq fois ; Humbert a mis aussi une bille de verre dans une poche scrotale préalablement vidée, et de plus, à un certain âge, on ne fait plus parade de ses organes ; mais il y a là comme un sentiment de déchéance, paraît-il.

Ce qu'il y a de plus difficile à comprendre, c'est que des organes qui sont devenus inutiles par le fait même qu'ils ne fonctionnent plus, soient susceptibles de retentir sur un organe voisin et que la suppression des uns amène l'atrophie de l'autre.

— Citons encore dans le *Centralbl. f. chir.*, 1895, un nouveau procédé *d'arthrodèse tibiotarsienne* dû à Samter. Ce chirurgien fait remarquer que les insuccès de l'arthrodèse de cette articulation sont nombreux et il les explique par la technique opératoire suivie jusqu'à présent, qui consiste à attaquer l'article par sa partie antro-externe, ce qui, d'après Samter, ne permet pas d'aviver complètement la surface articulaire et notamment celle de la partie postérieure. Aussi procède-t-il d'une autre façon. Il attaque l'article en arrière, en commençant par sectionner le tendon d'Achille, ce qui n'a rien de fâcheux puisqu'il ne doit plus servir. Il se trouve alors sur la face postérieure de l'articulation et peut facilement la dénuder de ses cartillages. Il nivèle même ces différents plans osseux, de façon à permettre une ankylose parfaite et referme la plaie. Il est bien évident que de cette façon il n'avive pas la partie antérieure de l'astragale, mais cela n'aurait pas d'importance.

Il est bien entendu que l'opération se termine comme dans les autres procédés, par la suture des parties molles, la mise du pied à angle droit et l'application d'un appareil plâtré qui doit rester en place pendant quatre semaines.

Ce chirurgien a pratiqué deux fois l'arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne par ce procédé et a obtenu deux succès, ce qui est encourageant.

— Les cas de *mort subite dans la pratique du massage* sont rares ; cependant il ne faut pas négliger

de les citer, car comme nous le disions dernièrement encore dans ce journal, le massage ne doit jamais être fait à tort ou à travers et, il peut arriver que, certaines conditions viennent le contre-indiquer. C'est ainsi que M. le Dr Cerné, dans la *Normandie médicale*, nous cite le cas d'un sujet atteint *de fracture simple de la rotule*, fracture qui fut soumise au massage. La mort subite eut lieu le lendemain d'une séance et à l'autopsie on trouva une oblitération de l'artère pulmonaire par des caillots volumineux, partis, nous dit le médecin, de la veine fémorale profonde.

L'auteur discute les différents faits de cette intéressante observation et se demande si on peut incriminer le massage. A notre avis, ces manipulations n'ont certainement pas été indifférentes et n'ont pu que favoriser la migration d'un caillot.

Il faut donc, avant de pratiquer le massage dans certaines fractures, bien se rendre compte de l'état des parties et du retentissement que les bris osseux peuvent avoir eu sur les vaisseaux voisins. Il faudra se bien rendre compte de l'état de ces vaisseaux, voir si la région qui les environne est empâtée, et se rendre compte si l'œdème existe dans le membre, et s'il existe, rechercher s'il est dû à l'épanchement sanguin dans les parties profondes ou à l'oblitération d'une grande veine, et en tous les cas, si ces symptômes ont été reconnus, ne pratiquer le massage qu'avec la plus extrême prudence.

— Enfin terminons par l'exposé des conclusions d'un article de M. Rey, professeur à l'École de Médecine d'Alger, sur *le traitement de la pleurésie purulente, par la trépanation costale*. Ce n'est pas la première fois que M. Rey attire l'attention sur ce sujet ; mais il y revient avec de nouvelles observations dans le dernier numéro du *Lyon médical* (23 juin 1895). Ces conclusions les voici :

1° La *trépanation costale* dans l'empyème est une opération facile, bénigne, n'entrainant à sa suite qu'une effusion sanguine insignifiante ;

2° Elle doit porter de préférence sur la huitième et surtout sur la neuvième côte, dans sa portion la plus large, c'est-à-dire en arrière, à sept centimètres de l'angle costal ;

3° La couronne de trépan doit mesurer un centimètre de diamètre ;

4° On peut recourir à plusieurs ouvertures, soit sur le même os, soit sur différentes côtes plus ou moins rapprochées ;

5° Ce mode d'intervention permet de pratiquer largement et jusqu'au bout l'antiseptie intra-pleurale, sans craindre la jonction des côtes et leur chevauchement par suite de rétraction ;

6° Il conserve intacte la cage thoracique, plus encore que la résection partielle, et a sur cette dernière tous les avantages qu'un orifice *parfaitement circulaire* offre pour l'introduction d'un drain à demeure ;

7° L'intégrité *absolue* du thorax facilite le rétablissement de la fonction respiratoire dans le côté malade.

Certes, l'idée est séduisante, mais nous nous demandons pourquoi, quand il est si facile de réséquer plusieurs centimètres d'une ou de plusieurs côtes, et cela avec un appareil instrumental simple, on irait prendre la peine de faire un trou à l'aide d'un trépan dans une côte. Quoi qu'on fasse, l'orifice créé par la couronne du trépan ne sera jamais aussi large que la brèche faite par une résection qui sera aussi étendue que le chirurgien le jugera convenable, et c'est l'écoulement facile des liquides, et par conséquent la grande ouverture, que le chirurgien doit toujours rechercher.

E. R.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juin 1895

Dans cette intéressante séance, l'Académie a d'abord discuté deux questions d'une grande importance : celle du *diagnostic et de la prophylaxie de la diphtérie*, et celle de l'*alcoolisme*.

La récente communication de M. Dieulafoy (1) a vivement attiré l'attention sur les difficultés que peut présenter le diagnostic de la diphtérie, puisqu'elle se dissimule dans certains cas derrière une éruption de vésicules herpétiques. M. Cadet de Gassicourt rapporte aujourd'hui deux cas analogues à ceux de M. Dieulafoy, dans lesquels l'herpès tonsillaire et l'herpès labial coïncidaient avec une angine diphtérique ; dans un de ces deux cas on commit même une erreur de diagnostic, qui ne fut reconnue qu'à l'appation d'une paralysie du voile du palais qui se généralisa.

N'y a-t-il pas dans ces nouveaux faits l'indication de la nécessité urgente d'un contrôle bactériologique ?

Mais ce n'est point seulement au point de vue du diagnostic et du pronostic que l'examen bactériologique est nécessaire. On sait actuellement que les enfants guéris de la diphtérie conservent dans leur bouche, dans leur pharynx, dans leurs fosses nasales, et pendant un temps plus ou moins long, des bacilles diphtériques souvent très virulents. Ces enfants ne sont plus isolés, ils vivent de la vie commune et sont par conséquent susceptibles de créer autour d'eux de véritables foyers épidémiques. L'examen bactériologique est seul capable de déterminer la durée de cette contagiosité.

Les médecins ne sont pas outillés pour de semblables recherches : ils n'en ont pas le temps. Il est donc nécessaire de créer des laboratoires où les examens seront faits par des personnes compétentes. Aussi M. Cadet de Gassicourt propose-t-il à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

« L'Académie de Médecine, convaincue que le seul moyen d'assurer le diagnostic et d'enrayer la propagation de la diphtérie est de s'éclairer de toutes les lumières de la

(1) *Union médicale* du 15 juin.

science moderme, émet le vœu que des laboratoires d'examens bactériologiques, dirigés par des savants spéciaux, soient ouverts dans le plus bref délai, et que tous les médecins en soient avisés dans la plus large publicité. »

Cette sage proposition de M. Cadet de Gassicourt sera certainement adoptée par l'Académie tout entière. Elle est immédiatement appuyée par M. A. Robin qui relate, lui aussi, deux faits d'angine diphtérique ayant présenté toutes les apparences de l'herpès. Enfin, M. Dieulafoy promet d'apporter, à la prochaine séance, quelques observations nouvelles qui démontreront une fois de plus l'urgente nécessité de l'examen bactériologique pour le diagnostic des angines.

— La question de la prophylaxie de l'alcoolisme n'est pas moins importante que celle de la prophylaxie de la diphtérie, et l'on peut dire que ceux-là même qui ont apporté dans la discussion contre l'alcoolisme le témoignage de leur grande expérience et de leur haute compétence se sont honorés aux yeux de tous ceux que les questions d'intérêt public et social ne laissent pas indifférents. Dans une précédente séance (1) M. Laborde, après avoir cité les travaux de MM. Bergeron, Dujardin-Beaumetz, Lancereaux, Magnan, Théophile Roussel, etc., sur l'alcoolisme, avait soumis à l'appréciation et à l'approbation de l'Académie la proposition de vœu suivante :

« 1° Que la *rectification abso'ue* de tout alcool soit établie, imposée et assurée par voie législative, de façon qu'il ne puisse être livré à la circulation et à la consommation aucun alcool ni aucun produit alcoolisé impurs ;

« Que tout produit ou composé destiné à la fabrication artificielle du vin et des liqueurs, ou pouvant simplement y être mêlé et ajouté, tels que bouquets, huiles de vins, aldéhydes, soit l'objet de mesures prohibitives absolues ;

« 2° Que ces mesures fondamentales soient aidées de toutes celles qui, au point de vue fiscal, répressif et moral, notamment, et en particulier la réduction de l'occasion et de la tentation par la limitation des licences et des débits, sont de nature à contribuer au but et au résultat préservatifs visés par la proposition ci-dessus. »

M. J. Rochard vient montrer aujourd'hui que, dans la lutte contre l'alcoolisme, il faut proscrire d'abord les alcools supérieurs, ceux qui contiennent des essences, des bouquets artificiels. Ce résultat ne peut être obtenu que par la surveillance de la rectification par les soins de l'Etat, et un projet de loi dans ce sens est soumis, en ce moment, à la Commission de la Chambre. Mais il ne faut pas oublier, cependant, que l'alcool éthylique, même pur, est un poison dangereux ; il faut donc lutter aussi contre sa consommation. Les statistiques montrent qu'elle a doublé en France depuis vingt ans. Faut-il montrer les resultats? L'aliénation mentale a augmenté d'un quart en peu d'années, et le Conseil général a dû voter récemment quatre millions pour la création, à Ville-Evrard, d'un asile pour 700 hommes et 200 femmes.

M. Bergeron et M. Laborde ont proposé la limitation du nombre des débits pour restreindre la consommation. M. Rochard pense que cette mesure serait excellente ; mais, d'un côté, on ne peut pas fermer arbitrairement des débits, tandis que, d'autre part, les anciens débits deviendraient de véritables charges, comme celles de notaire ou d'agent de change. Ce qu'il faut demander, c'est le rétablissement de la loi de 1850 qui exigeait, pour l'ouverture d'un débit, une autorisation qu'on n'accordait qu'aux personnes présentant des garanties de moralité. Cette loi a été abrogée en 1871. Aussi, depuis cette époque, le nombre des débits s'est-il augmenté d'une façon extraordinaire. Le droit de fermeture par mesure administrative est bien autorisé par la loi contre l'ivresse, mais jamais cette loi n'est appliquée.

En Amérique, les mesures prises contre l'alcoolisme sont d'une extrême rigueur, et ne sont pas applicables en France. En Suisse, on a considéré la fabrication et le débit de l'alcool comme des professions dangereuses nécessitant une surveillance spéciale, et l'on applique sévèrement la loi sur l'ivresse, qui entraîne fréquemment la fermeture des débits. Ce sont évidemment des mesures analogues que l'on devrait prendre en France.

M. Rochard, d'autre part, est d'avis qu'on élève les droits sur l'alcool. On a prétendu que cette élévation augmenterait la fraude. Mais il suffit d'avoir contre celle-ci des armes suffisantes, amendes et prison. D'ailleurs la fraude diminuera certainement lorsque les bouilleurs de cru auront été supprimés.

Donc, rétablir la loi de 1880 sur l'autorisation préalable pour l'ouverture des débits, ne donner cette autorisation qu'à des personnes offrant de sérieuses garanties ; fermer les débits à la deuxième contravention ; enfin élever dans de fortes proportions les droits sur l'alcool, tels sont les moyens que propose M. Rochard.

M. Lagneau, prend à son tour la parole pour montrer les liens qui réunissent la tuberculose à l'alcoolisme. Il pense qu'on devrait imposer aux cabaretiers d'énormes patentes, le nombre des débits diminuerait probablement. En 1890, on en comptait 29,583 à Paris. C'est-à-dire plus de un pour trois maisons et pour quatre-vingt-deux habitants.

Cette intéressante discussion sera reprise dans une séance ultérieure.

— Au cours de la séance, M. Périer a présenté deux malades auxquelles il a pratiqué *la laryngotomie pour papillomes du larynx,* et M. Bordas a communiqué les résultats de ses recherches sur le *pouvoir antiseptique du permanganate de chaux*. Cette substance serait cent fois plus antiseptique que le permanganate de potasse ; de plus, elle est moins toxique, car, dans la décomposition du permanganate de potasse, la mise en liberté de la potasse peut avoir de sérieux inconvénients, dans les affections des yeux, par exemple, ou même des organes génito-urinaires.

— Enfin, M. A. Robin a donné lecture d'une lettre dans laquelle il proteste contre l'abus de son nom fait par des industriels, en vue de la vente de produits pharmaceutiques.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE DANS LA SECTION DE CHIMIE ET PHYSIQUE MÉDICALES

M. Regnard	56 voix.	Élu.
M. Pouchet.....	25	—

CLASSEMENT DES CANDIDATS AU TITRE DE MEMBRE TITULAIRE DANS LA SECTION DE THÉRAPEUTIQUE

En première ligne : M. Ferrand.
En deuxième ligne : M. Huchard.
En troisième ligne *(ex æquo)* : MM. Du Castel, Hutinel, Sevestre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La plus grande partie de la séance a été consacrée à la fin de la discussion sur l'hystérectomie abdominale totale. Nous donnons ici, *in extenso*, la réponse de notre directeur, M. Richelot, qui a soulevé cette discussion en proposant, comme on le sait, à la Société, un procédé nouveau d'hystérectomie abdominale :

« Les critiques qu'on a bien voulu faire à mon procédé d'hystérectomie abdominale totale me permettront de reve-

(1) Séance du 11 juin.

nir sur plusieurs détails que j'ai négligés dans une description volontairement concise, et qui ont besoin, je le reconnais, d'être exposés avec plus de précision.

« Et d'abord, je pense que mes collègues ont fait une confusion entre deux mots de la langue française, *définitif* et *exclusif*. Tous m'ont reproché d'avoir appelé mon procédé définitif, parce que la grande variété des fibrômes abdominaux nous obligent à varier notre conduite. Ils ont voulu dire : exclusif. Et cela va sans dire : il n'y a pas de méthode exclusive, de procédé unique permettant d'aborder de la même façon les tumeurs interstitielles du volume d'une tête de fœtus et les énormes fibrômes inclus dans un ligament large et décollant au loin le péritoine pariétal. Ce que j'ai voulu dire, c'est que mis, en demeure d'enlever un utérus qui contient un ou plusieurs fibrômes dans son épaisseur ou sa surface, j'ai maintenant un procédé qui me paraît le meilleur et auquel je me tiens sans faire de plus amples recherches. Il ne s'agit pas d'une variété quelconque de *myomectomie;* il s'agit de l'*hystérectomie abdominale* proprement dite. Remarquez d'ailleurs que, sauf les cas où il faut énucléer une tumeur du ligament large en laissant l'utérus, l'opération, si complexe qu'elle soit, revient presque toujours à vaincre, suivant l'inspiration du moment, les premières difficultés résultant du nombre, du volume et du siège des fibrômes, pour attaquer ensuite l'utérus « comme à l'ordinaire », c'est-à-dire suivant le procédé qu'on a choisi et qu'on aime le mieux. En d'autres termes, à part des temps accessoires qui peuvent avoir, sans doute, une importance vitale, l'hystérectomie abdominale se ressemble toujours à elle-même dans ses termes essentiels, et voilà pourquoi chaque auteur a « son procédé » qu'il applique à peu près à tous les cas.

« J'insisterai peu sur la comparaison que M. Reynier a faite entre mon procédé et celui de Lanphear (*Annales de gynécologie*, 1893). M. Segond m'a défendu. Il est clair qu'au point où en est la chirurgie, nous n'avons plus rien à inventer de fond en comble. J'ouvre l'abdomen comme tout le monde, je perfore le cul-de-sac antérieur du vagin sans la moindre originalité; avant moi ou en même temps que moi, on s'est servi de pince à demeure dans l'hystérectomie abdominale, mais j'ai dit qu'on n'avait pas encore touché le but, et je ne vous ai pas parlé des opérations que j'ai faites pendant toute l'année 1894, bien qu'elles aient été heureuses, parce que je n'avais pas alors de procédé « définitif ». Ce qui rend une opération nouvelle, ce n'est pas l'ensemble des temps dont elle se compose, c'est un détail souvent minime en apparence, mais qui lui donne un cachet particulier, une simplicité plus grande, un meilleur pronostic. A ce point de vue, je ne vois aucun rapport entre mon opération et celle de Langphear. Il sectionne et lie une partie des ligaments larges, il ouvre le cul-de-sac de Douglas; moi je proscris toute ligature et n'ouvre le vagin qu'en avant, mais je pratique un orifice à la base du ligament pour y insinuer mon mors postérieur. C'est là le nœud de la question, le détail spécifique dont je viens de parler; c'est là le temps, qui, dans les opérations les plus ardues que j'ai faites jusqu'ici, m'a toujours paru simple et ne m'a donné aucun déboire.

« Blesser l'artère utérine en agissant de la sorte, ou passer au-dessus d'elle? Impossible, puisque j'enfonce mes ciseaux mousses au ras du col, au point où je viens d'arrêter la désinsertion du vagin. C'est le même point où après l'incision circulaire de l'hystérectomie vaginale, on n'a jamais peur d'être au-dessus de l'utérine ou de la blesser.

« Toucher l'uretère, en poussant la pince en haut et en dehors des annexes? Impossible. J'ai dit, il est vrai, que, dans l'hystérectomie vaginale, on blesse l'uretère « en poussant trop haut une pince trop longue »; mais ici, nous sommes au pied du ligament, sous lequel passe l'uretère. Chacun sait que, dans la même hystérectomie vaginale, on peut appliquer des pinces aussi loin qu'on veut sur le bord et la moitié supérieure du ligament. L'uretère n'est pas contenu entre les deux feuillets de ce dernier; dès que le mors postérieur de ma grande pince est sorti dans le cul-de-sac de Douglas, il est au-dessus du conduit et peut se porter en dehors par sa pointe.

« Vous craignez qu'avec les fibrômes très volumineux les ligaments larges ne soient trop hauts pour être pris dans une seule pince. Je suis sûr du contraire. Deux cas, en effet, peuvent se présenter : si le fibrôme est développé aux dépens du fond de l'utérus, il peut être énorme, dépasser l'ombilic, remplir le ventre, les ligaments sont à leur place dans le petit bassin et la pince se manie aisément sur les côtés du col. Si, au contraire, la tumeur est incluse dans le segment inférieur, elle remplit la cavité pelvienne, s'élève plus au moins au-dessus du pubis, et on trouve à son sommet, tout en haut, le fond d'utérus et les annexes. Le bord supérieur du ligament peut être alors au-dessus de l'ombilic. Comment faire? Enucléer la tumeur à l'aide d'une incision médiane; l'utérus vidé devient flasque, le segment inférieur s'amincit, le fond de l'organe s'abaisse, le ligament large descend à volonté et la pince est trop longue pour lui. Impossible de commencer l'hystérectomie proprement dite avant de s'être débarrassé des masses fibreuses qui voilent ou encombrent le petit bassin. Et comment donc, en pareil cas, façonnez-vous un pédicule, pour le laisser dans le ventre ou pour l'enlever ensuite par le vagin? Avez-vous la prétention de traiter plus facilement que moi cette masse qui remplit l'excavation? Quand je faisais un pédicule, je ne procédais pas autrement; je vidais le segment inférieur quand il était plein, pour arriver toujours à un pédicule mince.

« L'énucléation préalable ne donne pas beaucoup de sang, quand on fait l'incision sur la ligne médiane, ou quand on ouvre des loges petites, saillantes à droites et à gauche. Elle prolonge peu la durée de l'opération. Ne me parlez pas de la durée et du choc; même avec l'énucléation, même avec des ruptures d'adhérences au début de la manœuvre, c'est moi qui ai tout l'avantage de la rapidité. Dans une opération que j'ai faite le 25 avril, il y avait une quantité de fibrômes saillants à la surface de l'utérus, l'épiploon les recouvrait, s'enfonçait dans leurs interstices et leur adhérait intimement, une anse d'intestin grêle leur était accolée. J'ai mis vingt minutes à me débarrasser de ces adhérences; mais, dès que j'ai pu attaquer franchement l'utérus, tout le reste de l'opération m'a demandé vingt-cinq minutes. J'ai donc mis trois quarts d'heure en tout, y compris la suture abdominale.

« Jusqu'ici, j'ai surtout répondu à mon collègue Reynier. Quant aux arguments judicieux que m'a présentés M. Schwartz, ma réponse est contenue tout entière dans l'opération que j'ai faite sous ses yeux, il y a quelques jours, à l'hôpital Cochin. C'est bien à cette malade qu'il pensait, quand il me disait à cette tribune : « Pourrez-« vous toujours trouer facilement la base du ligament « large, quand un ou plusieurs fibrômes viendront s'étaler « vers l'enceinte pelvienne? Pourrez-vous placer les pinces « quand le vagin sera long et étroit? » Chez la femme qu'il a bien voulu me faire opérer dans son service, j'étais servi à souhait pour faire la démonstration demandée. Le fibrôme, développé dans le segment inférieur, remplissait l'excavation, et je n'ai pu l'en faire sortir; les ligaments larges et le fond de l'utérus, contenant lui-même un fibrôme, dépassaient l'ombilic; le vagin, au fond duquel la tumeur faisait saillie, était d'une étroitesse absolument inusitée. L'utérus mis à nu, j'ai bientôt vu qu'il fallait tourner la difficulté principale en extrayant d'abord les fibrômes. J'ai attaqué franchement le tissu utérin sur la ligne médiane; la grosse masse pelvienne est sortie par morcellement, et M. Schwartz a pu voir comme l'utérus vidé devient complaisant et comme les ligaments se laissent engager entre les mors de la grande pince. L'opération promettait de grosses difficultés; elle a été laborieuse, mais seuls les temps accessoires m'ont donné de la peine, et c'est le détail spécifique, le trou dans le ligament large et le placement de la pince qui ont été simples.

« Je n'ai rien à dire à mon collègue Segond, si ce n'est qu'il m'a fort bien compris. Je relève surtout dans son discours l'insistance qu'il a mise à revenir sur la comparaison

que j'avais faite entre le résultat immédiat de l'hystérectomie abdominale, telle que je la conçois, et celui d'une hystérectomie vaginale. En effet, ce que nous trouvons suffisant ou supérieur dans celle-ci ne peut devenir tout à coup mauvais dans les premières, ainsi les pinces à demeure sans aucune ligature et sans occlusion du péritoine. Je reviens sur ce dernier point, car on m'a dit bien des fois que le danger de l'opération devait être dans l'infection venue de l'extérieur. Pourquoi ici plutôt que là? Aussi bien, je ne laisse pas l'abdomen ouvert. Seulement, au lieu de me donner la peine d'aller placer des fils tout au fond du petit bassin, je ferme la plaie comme dans l'hystérectomie vaginale par le tamponnement.

« Et maintenant, j'ajouterai quelques mots sur certains points du manuel opératoire que je n'ai pas suffisamment traités.

« J'ai dit qu'il fallait se placer entre les jambes de la femme; je renonçais au plan incliné. Or, le professeur Landau (de Berlin), qui assistait à une de mes opérations, m'a donné l'idée, qui aurait bien pu me venir toute seule, d'incliner du côté de la tête le lit de Mariaud ou tout autre analogue, ce qui ne m'empêche pas de me placer entre les jambes, et ce qui a l'avantage de laisser pénétrer le jour dans la cavité pelvienne. J'ai procédé de la sorte à Saint-Louis le 18 mai, à Saint-Antoine le 24, à Cochin le 25.

« J'ai peut-être eu tort de dire que, dans la désinsertion du vagin en avant, « rien ne saigne, pas plus que dans l'hystérectomie vaginale ». Les ciseaux peuvent atteindre une artériole ou des sinus veineux rampant sur le col, à droite et à gauche. Si on ignore d'où le sang peut venir, on hésite, on ne saisit rien, on laisse un flot de sang remplir le champ opératoire. C'est sur la face antérieure du col qu'il faut mettre le doigt et pincer provisoirement. Il faut aussi se rappeler que le museau de tanche est tout petit, qu'un ou deux coups de ciseaux vous mènent à la base du ligament large et qu'en allant plus loin, on risque de trouver les branches de l'utérine.

« Je répète que les pinces du ligament large doivent avoir beaucoup de « bande », pour que leur extrémité ne laisse pas glisser le bord supérieur. Je le répète, parce que les fabricants n'en comprennent pas toujours l'importance, et qu'il est en ce moment difficile de trouver des pinces entièrement satisfaisantes. Si on n'y prend garde, il y aura des malheurs, et on dira que c'est ma faute.

« Un point auquel je tiens beaucoup, c'est l'hémostase complémentaire sur la tranche postérieure du vagin. On m'a demandé pourquoi j'allongeais l'opération en m'obstinant à mettre plusieurs longuettes sur ces points saignants; et on m'a dit que, dans l'hyotérectomie vaginale, le suintement sanguin s'arrête tout seul et que des tampons suffisent. L'argument est très mauvais; je tiens, dans l'hystérectomie vaginale, à une hémostase complémentaire très soignée, et je m'arrête quand je ne vois plus une goutte de sang. Je connais des malheurs arrivés par insuffisance d'hémostase, pendant que les pinces étaient en place; je sais des chirurgiens dont les internes s'attendent, après les hystérectomies vaginales, à être appelés dans la journée auprès de la malade qui saigne; j'ai vu des femmes avoir des accidents graves, suppurer longtemps, parce qu'une certaine quantité de sang avait coulé dans le petit bassin et s'y était infectée.

« Je tiens d'autant plus à achever l'hémostase avec les pinces, que je refuse de tamponner dans le ventre, au delà des points qui saignent. Je place les tampons dans le vagin, à l'entrée du péritoine, ici comme dans l'hystérectomie vaginale. L'extrémité des grandes pinces est libre dans l'abdomen, sans inconvénient.

« J'espère que mes arguments vous auront paru de quelque valeur; ceux qui m'ont vu opérer ne sont pas loin, je crois, d'être convaincus; mais c'est aux faits, recueillis en grand nombre, qu'il faut demander une démonstration. Nous n'avons pas encore de statistique; attendons. »

C'est sur une observation d'*appendicite guérie par la résection de l'appendice*, que M. JALAGUIER fait ensuite un rapport.

Il s'agit d'un malade opéré par M. Rigal, chez lequel des phénomènes de péritonite généralisée avaient éclaté. Ce jeune homme n'en était pas du reste à sa première atteinte, et avait présenté plusieurs mois auparavant une crise de typhlo-appendicite.

Le diagnostic posé, l'intervention fut immédiatement décidée, et le chirurgien, sans trouver de liquide dans la cavité péritonéale, rencontra pourtant de la péritonite, et, au voisinage de l'appendice, une collection louche qui fut reconnue avec soin. L'appendice fut réséqué, et le malade guérit.

A ce propos, M. Jalaguier fait remarquer que, malgré l'absence de selles, M. Rigal n'a pas confondu l'appendicite avec l'occlusion intestinale, et a pris rapidement le parti d'opérer. La tendance de la péritonite à se généraliser était du reste marquée par la discordance qui existait entre le pouls et la température, signe sur lequel M. Jalaguier a appelé un des premiers l'attention, et qu'il n'a pas encore trouvé en défaut.

M. Jalaguier rejette aussi les purgatifs d'exploration qui, pour lui comme pour presque tous les chirurgiens, sont funestes, et enfin il ne pense pas qu'on puisse penser à la tuberculose dans le cas de M. Rigal, car le malade a été revu plusieurs mois après l'intervention, et il était en très bonne santé.

M. ROUTIER prend ensuite la parole pour citer quatre nouveaux faits de résection de l'appendice, et M. MONOD lui fait remarquer qu'il n'y a pas d'analogie entre ces faits et celui de M. Rigal, dans lequel la péritonite tendait à la généralisation. M. Monod a aussi des observations intéressantes d'intervention pour appendicité, qu'il communiquera à la Société dans une prochaine séance.

— M. le professeur LE DENTU monte ensuite à la tribune pour entretenir la Société d'une certaine forme de *tuberculose osseuse affectant le canal médullaire en totalité* et vidant, en quelque sorte, ce canal. Il a observé ces faits dans une amputation du bras; il a été obligé de réséquer l'épaule et le malade a guéri, et dans deux résections du genou, dans lesquelles il a pratiqué la désarticulation de la hanche et les malades ont parfaitement guéri. C'est là la conduite à suivre; car, de cette façon, on enlève radicalement le foyer d'infection et on ne s'expose pas à avoir des fistules suppurant indéfiniment.

Passant à l'étude de la désarticulation de la hanche, M. Le Dentu en cite cinq observations, trois pour sarcome qui se sont terminées par la mort, et deux, au contraire pour tuberculose, qui ont guéri.

Le professeur de Necker conclut, dans ces cas, d'envahissement tuberculeux de tout l'os, à la supériorité de la désarticulation sur l'amputation. Tel n'est pas l'avis de M. QUENN, qui a observé des malades analogues à ceux de M. Le Dentu, mais qui a réséqué, en évidant et curettant, au besoin, le canal médullaire; cela avec succès. M. CHAMPIONNIÈRE s'est aussi comporté de la même façon et rejette absolument la désarticulation; il faut vider le canal médullaire, le désinfecter, et on arrive ainsi à la guérison sans même courir les chances de la nécrose. E. R.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 21 JUIN 1895

M. GAILLARD rapporte l'observation d'une femme de quarante ans qui, à la suite d'une grippe, a présenté une thyroïdite aiguë qui s'est terminée par résolution. Cette malade n'avait jamais eu de goitre.

Au moment où elle entra à l'hôpital, on constatait, au niveau du lobe droit du corps thyroïde, une tumeur grosse comme un œuf de poule, douloureuse à la pression ; la peau était distendue et rouge. Le lobe gauche du corps tyroïde était aussi un peu volumineux et légèrement douloureux. On porta le diagnostic de thyroïdite aiguë et on attribua cette affection à une grippe que la malade venait d'avoir. Elle n'avait pas d'angine, ses ganglions sous-maxillaires étaient normaux, ses muscles stermo-mastoïdiens intacts. La température oscille pendant quelques jours entre 38°5 et 39°5. Peu à peu les phénomènes s'amendèrent et la guérison fut complète.

Un des points les plus intéressants de cette observation est celui qui a trait à des crises de tachycardie que la malade présenta à plusieurs reprises à la suite de sa thyroïdite.

— Le mode d'évolution des grands eczémas chez les enfants et les complications qu'ils peuvent entrainer sont utiles à connaître.

A ce point de vue, le fait dont M. Le Gendre entretient la Société est des plus intéressants. Il s'agit d'un enfant issu de souche nerveuse et arthritique, né dans de bonnes conditions et bien portant jusqu'à l'âge de quatre mois. A ce moment il eut sur la face un petit eczéma séborrhéique qui alla en augmentant malgré un traitement logiquement et prudemment conduit. L'alimentation était régulière, mais en examinant la nourrice, M. Le Gendre remarqua qu'elle présentait une acné rosée persistante qui éveillait immédiatement l'idée d'alcoolisme. Quelques semaines se passèrent durant lesquelles l'eczéma de l'enfant ne cessa de s'étendre. Sur les instances de M. Le Gendre on surveilla étroitement la nourrice et l'on put bientôt, en effet, la convaincre d'alcoolisme.

On changea de nourrice ; l'enfant parut aller mieux pendant quelques jours, mais rapidement l'eczéma reprit sa marche envahissante. L'enfant maigrissait et présentait déjà des troubles digestifs ; il fut pris, en effet, d'une diarrhée qu'on ne réussit par aucun moyen à arrêter.

On consulta M. Besnier, qui confirma le diagnostic d'eczéma séborrhéique, mais qui, pensant que l'enfant avait été trop brusquement privé de l'alcool que contenait le lait de sa première nourrice, prescrivit tous les jours quelques cuillerées de grog.

La situation ne s'améliora pas. L'enfant maigrissait de plus en plus, la diarrhée persistait ; l'eczéma était généralisé. M. Hutinel, qui fut alors appelé à donner son avis, conseilla des injections de sérum artificiel : celles-ci n'amenèrent aucune modification dans l'état de l'enfant.

La deuxième nourrice ayant un abcès au sein, on en changea ; avec la troisième il y eut une légère amélioration qui ne persista pas. L'eczéma et les troubles digestifs reprirent de plus belle. Bientôt la nourrice présenta une lymphangite légère du côté des seins et on craignit qu'elle n'eût un abcès. A ce moment l'enfant avait lui-même de la stomatite ; il présentait donc un état virulent particulier de la salive auquel on doit attribuer les poussées de lymphangite observées chez les nourrices et qui, très probablement, a déterminé, en outre, les accidents ultimes qui ont emporté le petit malade.

En effet, cet enfant qui depuis plusieurs mois qu'il souffrait de son eczéma et des troubles digestifs n'avait jamais eu de fièvre, fut pris brusquement d'une élévation considérable de la température qui alla progressivement jusqu'à 41°. Il tomba sous le coup d'un état commateux et succomba en trois jours avec une dyspnée extrême sans présenter au niveau d'aucun viscère la raison symptomatique de ces phénomènes.

On peut donc ainsi résumer ce fait : eczéma rebelle, dans la naissance duquel l'alcoolisme d'une nourrice a peut-être joué un rôle, troubles digestifs persistants et mort rapide par une sorte de septicémie sans déterminations locales. H. Richardière et Fournier.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Création de l'adjuvat d'anatomie à l'amphithéâtre de Clamart.— On sait que les étudiants affluent à la Faculté de Médecine de Paris, et que l'Ecole pratique est devenue insuffisante et ne peut plus faire face aux besoins d'aussi nombreux élèves. Aussi, après de nombreux échanges de vues entre la Faculté de Médecine et les Hôpitaux, a-t-il été décidé d'un commun accord que deux cents étudiants en médecine seront adressés par la Faculté à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Pour faire face à ces nouvelles charges, il a été décidé que les deux prosecteurs de Clamart verraient leur traitement augmenté et porté à la somme de 3,000 francs, ce supplément de solde étant payé par le ministre de l'Instruction publique. De plus, deux places d'aide d'anatomie vont être créées et ces aides d'anatomie pourront concourir au prosectorat de la Faculté de Médecine. Le concours de l'adjuvat de Clamart se composera des mêmes épreuves que celles de la Faculté. Il aura le même jury que le prosectorat et les deux concours se suivront.

La sage-femme de la Maternité. — Le Conseil municipal vient d'adopter un projet de délibération portant que la sage-femme en chef de la Maternité sera choisie parmi les femmes-docteurs en médecine et les sages-femmes de 1re classe qui auront été inscrites à cet effet, et qu'une commission composée de six membres désignera cinq candidates parmi lesquelles le directeur de l'Assistance publique présentera trois noms au choix définitif du Préfet de la Seine. La commission a été nommée et s'est réunie la semaine dernière. Elle a placé en première ligne Mlle Enault. Reste le choix du Préfet de la Seine. Il est probable qu'il ratifiera celui de la commission du Conseil de surveillance ; mais la question est plus compliquée qu'on ne le pense, car sur la liste se trouve au moins une doctoresse.

Service de santé de la Marine. — M. le médecin principal de la marine en retraite Catelan, ancien directeur de la santé, en Egypte, et inspecteur général des services sanitaires de tout le bassin méditerranéen, vient d'arriver d'Alexandrie à Marseille, où il est appelé à remplacer, comme directeur de la santé, M. le Dr Marroin, que son grand âge oblige à se retirer.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Eugène Rochard : De la mastite carcinomateuse.
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. H. Richardière : Éruption consécutive à une injection de sérum antistreptococcique.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Revue de la Société de Biologie; 4° Académie des Sciences.
V. Correspondance.
VI. Échos et nouvelles.

DE LA MASTITE CARCINOMATEUSE

Cette affection particulière, connue encore sous le nom de *cancer en masse*, de *squirrhe ligneux en masse* (Velpeau), de *cancer d'emblée* ou même de *cancer aigu*, comme le désignent les Anglais, a été, comme on le sait, fort bien étudié par Volkmann.

Les cas de cette espèce passent pour être rares, mais peut-être est-ce à cause des erreurs de diagnostic faciles à commettre; pour notre part, nous en avons déjà observé deux dont l'un nous est personnel; nous en donnons plus loin l'observation. Il ne nous a pas paru inutile d'insister sur quelques particularités qui pourront servir peut-être à compléter la description de cette terrible forme du cancer de la mamelle.

Occupons-nous tout d'abord du diagnostic. Les malades se présentent à l'examen avec tous les caractères d'une maladie inflammatoire, d'une mammite plus ou moins intense qui peut donner le change et qui le donne très souvent. Aussi les voyons-nous soumettre à des traitements antiphlogistiques ou révulsifs, qui loin d'améliorer la situation ne font que l'aggraver. Terrillon rapporte un cas où le diagnostic de phlegmon fut fait. Ce phlegmon fut incisé et la récidive fut si rapide qu'on crut encore à un phlegmon.

Quand la maladie est très avancée, la rougeur est livide, la peau tend à s'ulcérer par places et de gros lacets veineux rampent sur la mamelle; l'affection est alors plus facile à reconnaître. Il n'en est pas toujours ainsi, et comme chez notre malade, le sein peut présenter tous les caractères d'un phlegmon.

Pour éviter l'erreur, il faudra savoir que les douleurs n'ont pas le même caractère, qu'elles sont moins lancinantes dans le cancer en masse que dans la mammite; on devra de plus palper avec soin toute la région, jamais on n'y rencontrera de collection purulente, et enfin, une recherche attentive de l'histoire de la maladie prouvera que quoique rapide la marche de l'affection est en général plus lente que dans une lésion purement inflammatoire. Si on a quelque doute, on pourra prescrire une compression bien faite de la mamelle et revoir la malade au bout de quinze jours : après ce laps de temps, ou l'empâtement aura diminué et la palpation plus facile permettra de reconnaître nettement un néoplasme, ou comme cela arrive quelquefois, loin de s'améliorer, la lésion n'aura fait qu'augmenter d'importance et de gravité; dans ce dernier cas le doute ne sera plus permis.

Voici l'observation à laquelle je viens de faire allusion :

Le 27 juillet 1894, je reçus dans mon cabinet une malade atteinte d'une tumeur du sein droit.

L'affection n'était pas très ancienne, puisque ce n'est qu'en janvier de la même année que l'attention fut portée du côté de la mamelle. Quelques douleurs qui ne tardèrent pas à être accompagnées d'un léger gonflement amenèrent la malade à consulter un médecin, en février 1894. A ce moment il n'y avait, au dire de la patiente, qu'une petite boule et quelques petits cordons indurés, mais bientôt après toutes ces parties se fondirent pour ne plus former qu'une seule masse. Le diagnostic était mal assis, il était, comme nous allons le voir, difficile, et croyant à une mammite, on prescrivit des révulsifs et on appliqua des pointes de feu sur la région malade.

La tumeur devint de plus en plus grosse et, Mme X..., inquiète alla consulter le Dr Hamon, qui me l'adressa immédiatement.

A ce moment le sein était volumineux, montrait une teinte rouge inflammatoire intense, était douloureux à la pression et présentait une consistance assez égale dans toute son étendue.

Cette consistance était dure, sans la moindre partie ramollie.

Le mamelon n'était pas rétracté et n'avait jamais présenté le moindre écoulement. Le sein adhérait en masse au plan profond et il existait un paquet ganglionnaire dans l'aisselle. Rien dans le sein du côté opposé.

Mme X... était âgée de quarante-neuf ans et était encore réglée peut être un peu plus irrégulièrement depuis quelque temps. Elle ne présentait pas le moindre signe de grossesse; elle n'avait du reste eu qu'un enfant qui a aujourd'hui dix-huit ans.

Comme on le voit, l'affection se présentait à ce moment avec toutes les allures d'une mammite, et comme la rougeur et l'induration pouvaient être mises sur le compte des révulsifs, nous prescrivîmes à la

malade, le repos, la compression du sein à l'aide d'un bandage ouaté, en la priant de venir nous revoir au bout de quinze jours.

Cette thérapeutique améliora tellement l'état du sein que Mme X..., quand elle vint nous trouver, se trouvait en bien meilleur état. Les douleurs avaient considérablement diminué, de même que l'empâtement de la mamelle. La rougeur était très peu vive et occupait une bien moins grande étendue de la région. Le sein pouvait être palpé facilement et il était facile de reconnaître une masse dure, diffuse, irrégulière, qui ne laissait aucun doute sur le diagnostic. Ganglions dans l'aisselle.

L'extirpation du sein s'imposait. Elle fut proposée à la malade qui pour des raisons particulières ne fut opérée que le 12 septembre.

Le sein fut enlevé en totalité, l'aisselle curée; pas de drainage; la réunion eut lieu sous un seul pansement.

Le soulagement fut immédiat, et la malade alla à cette époque habiter Montmorency, d'où le 20 novembre je recevais de ses nouvelles, me disant que le soulagement était inespéré, qu'il y avait seulement un peu de gêne pour élever le bras, et que l'état général n'était pas très satisfaisant, qu'elle avait, pour me servir de l'expression de la malade, « une difficulté dans la circulation du sang ».

En décembre, une bronchite se déclara avec des troubles de la digestion, tous symptômes qui furent mis sur le compte de l'influenza. Le 30 janvier, elle présentait une petite récidive au milieu de la cicatrice. Son état s'aggrava et elle mourut de généralisation le 15 mars 1895, six mois après l'opération, avec un noyau de récidive insignifiant.

L'examen histologique de la tumeur pratiquée par M. le Dr Papillon, chef du laboratoire de l'hôpital Beaujon, ne nous avait du reste laissé aucun doute sur le pronostic, car voici ce qu'il nous écrivait : « La tumeur du sein que vous m'avez confiée est un cancer épithélial, reproduit d'ailleurs dans les ganglions. Histologiquement, ce me paraît être un épithélioma à *marche rapide*, dans lequel la néo-formation épithéliale l'emporte sur la néo-formation conjonctive ».

Comme on le voit, les lésions ont marché vite chez notre malade. La mort a eu lieu quinze mois après le début de l'affection et six mois après l'intervention.

La marche de la mastite carcinomateuse est très souvent plus rapide. Klotz (thèse de Halle, 1869) cite une malade qui n'a survécu que six mois à son affection; Schmidt donne une observation où la durée de la maladie n'a été que de trois mois. Mais quelquefois l'évolution de ce cancer est pour ainsi dire foudroyante. Billroth *(Deutsche chirur.)* nous montre une femme grosse qui mourait au bout de six semaines, et, dans un cas d'Aitken, la durée totale de la maladie n'a été que de trente-huit jours. Il n'en est pas toujours ainsi. Nous pouvons citer une observation de Delbet, dans laquelle la malade subit l'ablation de la mamelle et ne mourut environ que deux ans après de généralisation sans traces de récidive.

Il semble, et cela n'a rien du reste qui doive nous étonner, que la grossesse et la lactation aient une influence considérable sur l'évolution de ce néoplasme à forme aiguë, car dans toutes les observations où la mort est arrivée avec une rapidité surprenante, les femmes étaient grosses ou allaitaient leurs enfants.

On sait, du reste, que la mastite carcinomateuse a été surtout observée chez les femmes qui étaient enceintes ou qui allaitaient, et a été décrite comme occupant presque toujours les deux seins. Il est loin, nous le pensons, d'en être toujours ainsi. Delbet, dans son article du *Traité de chirurgie,* cite un cas de Schmidt en dehors de la grossesse et de la lactation et en ajoute un autre qui lui est propre. Notre observation en serait un nouvel exemple, et nous pensons qu'il en existe bien d'autres; mais sur les glandes mammaires non en activité, l'erreur de diagnostic est plus facile; les symptômes sont moins tranchés, et l'évolution de la lésion étant beaucoup plus lente, la maladie est plus facilement prise pour une mammite.

La bilatéralité de la lésion a été, comme nous l'avons dit, signalée comme très fréquente. Dans les quelques observations que nous avons pu lire, cette bilatéralité existait toujours chez les femmes enceintes ou chez les femmes qui allaitaient. Il n'en était pas de même chez notre malade et chez celle de Delbet, qui ne présentaient le cancer aigu que d'un seul côté; mais il faut remarquer que chez ces femmes les glandes mammaires étaient au repos, et il n'y avait rien du côté de l'utérus.

Il est un fait qui a frappé Delbet, sur lequel il a attiré notre attention, et que l'observation de notre malade est venue confirmer : c'est la généralisation rapide du néoplasme. Chez la malade qu'il a opérée, la récidive n'a pas eu lieu, comme nous venons de le dire, mais elle est morte de cachexie, et, à l'autopsie, il a trouvé des noyaux cancéreux dans les principaux organes. Dans l'observation que nous donnons plus haut, la récidive a eu lieu, mais minime, de peu d'importance, et, quoique l'autopsie n'ait pu être faite, nous sommes convaincu que nous aurions trouvé des noyaux métastatiques dans le foie, dans l'appareil pleuro-pulmonaire, étant donné les symtômes présentés par la malade au moment de sa mort.

Cette question de la généralisation rapide a une certaine importance au point de vue de la thérapeu-

tique. Il s'agit en effet, de savoir si on doit ou on ne doit pas intervenir. Certains chirurgiens rejettent absolument l'intervention à cause de la rapidité même de la maladie. Certes, quand on a affaire à une femme enceinte ou même à une femme qui nourrit, chez laquelle la lésion a envahi les deux seins et marche avec une rapidité désolante, il faudrait s'y prendre de bien bonne heure pour pouvoir espérer faire retirer à la malade un petit bénéfice de l'intervention; c'est ce qui ne peut avoir lieu, car en général on vient consulter trop tard. Aussi dans ces cas, a-t-on en général raison de s'abstenir.

Il n'en est pas de même quand le cancer aigu se développe chez une femme qui n'a pas les glandes mammaires en activité; comme nous l'avons dit, l'évolution du néoplasme est dans ce cas bien moins rapide et les lésions moins avancées quand le chirurgien est consulté. De plus, il n'y a en général qu'un sein de pris, ce qui permet une intervention moins dangereuse, et chez de pareilles malades, il nous semble qu'il n'y a pas à hésiter que l'opération doit être toujours faite, non seulement pour cette raison qui en est bien une, qu'il n'y a rien à perdre, mais encore parce qu'on améliore considérablement la situation de la patiente.

Dans notre cas, cette amélioration n'a pas été, il est vrai, de longue durée, mais la survie a été pourtant de six mois, et pendant trois mois notre opérée a pu se considérer comme guérie, ce qui est bien quelque chose. De plus, elle a échappé aux ulcérations qui allaient se former quand nous sommes intervenu, et c'est à peine si au moment de sa mort elle avait sur son noyau de récidive deux ulcérations de peu d'importance. Enfin, on peut espérer que la mort surviendra par cachexie, par généralisation, sans que la région présente la moindre trace de récidive et dans ces circonstances la malade retire un énorme bénéfice de l'intervention; c'est ce qui est arrivé dans le cas de Delbet, qui a pu donner à son opérée une survie de près de deux années, survie suffisante à elle seule pour commander l'intervention.

Quant à la cause qui donne à cette affection une marche aussi rapide, elle est encore inconnue. La dénomination de mastite carcinomateuse appelle l'idée d'infection greffée sur un néoplasme épithélial. Ce sont deux termes qui, il nous semble, ne vont pas très bien ensemble; mais nous touchons là à la question brûlante du parasitisme du cancer, et nous nous garderons bien de nous y engager.

EUGÈNE ROCHARD.

Élection à l'Académie des Sciences. — L'Académie des Sciences a, dans sa dernière séance, élu M. Laveran, membre correspondant de la section de médecine et de chirurgie.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Intoxications alimentaires et inspection des viandes de boucherie. — Mesures à prendre pour l'assainissement des propriétés inondées.

La communication faite, le 28 mai, à l'Académie de Médecine, par M. Vallin, sur les intoxications alimentaires par la viande de veau, et le débat qui s'en est suivi (1), ont rappelé l'attention sur cette importante question d'hygiène et sur la législation qui la régit. Tous les journaux de médecine en ont parlé; ils ont apporté leur tribut de renseignements à cette enquête qui n'a pas été sans résultats, ainsi que nous allons le montrer.

Les accidents causés par les viandes de mauvaise qualité sont fréquents; nous avons eu souvent l'occasion d'en parler dans ce journal et de faire connaître les mesures qu'on a prises, dans les différents pays, pour les prévenir (2). Parmi ces intoxications qu'on observe souvent sous forme épidémique, les plus nombreuses sont causées par la chair des veaux morts très jeunes, ou sacrifiés au moment où ils allaient mourir. Sur trente épidémies dont M. Vallin a étudié la relation originale, quatorze reconnaissaient cette origine, et la maladie incriminée était le plus souvent soit la *septico-pyoémie*, soit la *diarrhée septique* ou *pneumo-entérite infectieuse*. M. Vallin a émis, en conséquence, le vœu que ces deux affections fussent comprises au nombre de celles que la loi du 21 juillet 1881 considère comme contagieuses, qui entraînent l'abatage et dont la viande ne peut pas être livrée à la consommation.

Cette proposition a rencontré de l'opposition au sein de l'Académie, surtout de la part des membres de la section de médecine vétérinaire.

La loi du 21 juillet 1881 n'est pas, comme l'a fait observer M. Nocard, une loi d'*hygiène publique*, mais une loi de *police sanitaire*. Elle vise uniquement les dommages que les épizooties causent à la production agricole, et par conséquent à la fortune publique. Si elle prescrit l'abatage, c'est pour arrêter ces épizooties; si son article 14 interdit la vente des animaux ainsi abattus, c'est moins pour sauvegarder la santé des consommateurs que pour éviter les chances de contagion qui pourraient résulter de la manipulation et du transport des bêtes sacrifiées.

L'obligation d'assurer la bonne qualité des viandes de boucherie est du ressort de l'hygiène publique; elle est implicitement comprise dans la loi du 29 mars 1851, qui défend la vente des denrées alimentaires corrompues, falsifiées ou nuisibles, et dans

(1) *Union médicale* des 1er et 8 juin 1895.

(2) *Union médicale* du 9 février 1893, du 16 mai 1893, du 12 juillet 1894, du 21 août 1894.

celle du 5 avril 1884, qui confie à l'autorité municipale le soin de veiller à la salubrité des comestibles exposés en vente. C'est en vertu de cette loi qu'on a organisé, dans quelques grandes villes, un service d'inspection des viandes de boucherie qui s'étend aux viandes foraines, comme à celle des abattoirs.

C'est dans la généralisation de ce système qu'il faut chercher le remède et non dans une législation nouvelle. Nous avons en France bien assez de lois ; mais on ne les applique pas. En ce qui concerne la boucherie, si l'on met en vente des veaux trop jeunes, c'est en violation d'une loi qui a plus d'un siècle puisqu'elle date du 1er juin 1782. Son article 7 défend, en effet, de vendre des veaux de moins de six semaines, sous peine de confiscation de la marchandise et de 300 livres d'amende. La loi du 5 avril 1884 est également suffisante, puisqu'elle permet d'établir un service d'inspection qui donne toutes les garanties désirables. On sait avec quelle perfection ce service fonctionne à Paris. Créé par une ordonnance de police du 5 décembre 1825, modifié en 1830, en 1876, en 1878, il a été réorganisé par l'arrêté du 21 juillet 1890. Il fonctionne sur tous les points de la ville, dans les abattoirs, les halles, les marchés, les gares, les étaux de boucherie, de charcuterie, de triperie, ainsi qu'aux postes d'octroi. Il comprend soixante-dix employés et coûte 274.800 francs par an. Lyon, Bordeaux, Le Havre, Nantes, Saint-Etienne, Troyes, Dijon, ont organisé des services semblables et s'en trouvent très bien. On pourrait, sans frais exagérés, établir cette inspection sur toute l'étendue du territoire. Il faudrait pour qu'elle fût efficace qu'elle portât sur l'animal entier, muni de tous ses viscères, et que toute viande mise en vente ou colportée fût munie d'une estampille prouvant qu'elle a été visitée et trouvée saine par un inspecteur compétent. L'estampillage des viandes a été prescrit par plusieurs décisions du Conseil municipal de Paris (1) ; mais il ne s'opère pas d'une manière régulière, ainsi qu'il résulte d'une discussion qui a eu lieu le 22 juin dernier, au Conseil municipal. Le secrétaire général de la Préfecture de police, répondant à une question de M. Foussier, a promis que sous peu le service vétérinaire serait en mesure d'assurer l'estampillage de toutes les viandes mises en vente dans Paris (2). L'Académie de Médecine, sur la proposition de la section vétérinaire, a émis le même vœu pour la France entière et propose de l'appliquer, comme en Belgique, dans les villages comme dans les villes (3).

(1) *Bulletin municipal officiel* du 22 juin 1895, p. 1584.
(2) Délibérations des 5 juillet et 14 déc. 1891 et 1er déc. 1893.
(3) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 4 juin 1895, t. XXIII, p. 584.

Le complément de cette mesure serait la suppression des tueries particulières, dans lesquelles sont abattues toutes les bêtes malades et d'où proviennent presque toutes les viandes malsaines; mais nous avons si souvent traité cette question dans ce journal, qu'il est inutile d'y revenir aujourd'hui.

— La catastrophe de Bouzey, qui a eu lieu il y a deux mois, a soulevé la question de l'assainissement des localités inondées; le Conseil central d'hygiène des Vosges s'est réuni le mardi 7 mai pour prendre les mesures d'urgence, et le Comité consultatif d'hygiène publique de France a rédigé plus tard des instructions auxquelles il y aura lieu de se conformer, si pareil malheur survenait de nouveau.

On se souvient encore du formidable accident à la suite duquel la vallée de l'Avière a été inondée sur une longueur de 20 kilomètres.

Le réservoir destiné à alimenter le canal de l'Est était formé par un barrage en maçonnerie de 500 mètres de longueur, haut de 22 mètres, large de 20 mètres. Il renfermait 7 millions de mètres cubes d'eau, lorsque la digue s'est rompue tout à coup sur une longueur de 200 mètres, et cette énorme masse liquide s'est précipitée dans le petit vallon où coule la rivière, renversant les maisons, déracinant les arbres, emportant les habitants et les bestiaux. En se retirant les eaux ont laissé sur le sol, outre un limon chargé de matières organiques, des débris de toute sorte, des cadavres, des amas de boue et de détritus végétaux. Ces épaves répandaient dès le lendemain une odeur désagréable, et la population redoutait une épidémie. Les mesures prises rapidement par le Conseil général d'hygiène des Vosges a conjuré le péril. On a commencé par enfouir les cadavres des animaux dans des tranchées profondes en les saupoudrant de chaux vive. Les débris de toute sorte ont été réunis en tas, arrosés de goudron et brûlés sur place. On a enlevé les arbres qui encombraient le lit de l'Avière et on a pratiqué des rigoles pour y amener les eaux stagnantes. Les puits ont été condamnés jusqu'à nouvel ordre. Le séjour des maisons inondées et remplies de boue a été interdit jusqu'à ce que leur assainissement ait été effectué; les murs ont été grattés, lavés et peints à la chaux, les tapisseries arrachées, les planchers lavés, les meubles désinfectés.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a donné son approbation à ces mesures et les a complétées dans l'instruction dont nous avons parlé plus haut (1), et qui comble une lacune dans notre réglementation sanitaire.

JULES ROCHARD.

(1) Le texte de ces instructions a paru dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* du 20 juin 1895, p. 509.

ÉRUPTION

CONSÉCUTIVE

à une injection de sérum antistreptococcique

Par H. RICHARDIÈRE.

Les éruptions cutanées consécutives aux injections de sérum de cheval immunisé contre la diphtérie, sont bien connues depuis la merveilleuse application de ces injections au traitement de la diphtérie, suivant la méthode de Roux. Elles constituent un accident fréquent, sans aucune gravité d'ailleurs, de la sérothérapie antidiphtérique. La question se pose encore de savoir leur véritable cause. Doivent-elles être attribuées au sérum de cheval ou à l'antitoxine que renferme ce sérum? Les faits rapportés par les docteurs Bertin, Attimont et Gouon (de Nantes) (1), semblent plaider en faveur de la première interprétation. En effet, ces auteurs ont inoculé à des enfants atteints de diphtérie du sérum de cheval neutre, c'est-à-dire provenant d'animaux n'ayant subi aucune injection immunisante et ils ont vu, dans trois cas, des éruptions d'urticaire se produire sept à huit jours après l'injection. Dans les faits cités par ces auteurs, le sérum de cheval neutre devait manifestement être rendu responsable des éruptions cutanées consécutives. De même, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, M. Sevestre a rapporté l'observation d'un enfant atteint d'une angine à streptocoques qui, cinq jours après une injection de 20^{cc} de sérum de cheval non immunisé, a eu une éruption d'érythème rappelant, de tous points, suivant l'expression de l'auteur, les érythèmes infectieux. M. Sevestre concluait fort justement de cette observation, que *les éruptions ne résultaient peut-être pas de l'action de l'antitoxine, mais plutôt de l'influence du sérum lui-même.*

Un fait que je viens d'observer à l'hôpital Hérold semble également être à l'appui de l'influence du sérum de cheval, sur la production des éruptions consécutives à la sérothérapie. Il s'agit d'une malade atteinte d'érysipèle de la face qui reçut une injection de 10^{cc} de sérum de cheval antistreptococcique, dans le service du docteur Chantemesse, à l'hôpital des érysipélateux (bastion 29). Huit jours après cette injection, cette malade, complètement guérie de son érysipèle, a eu une éruption d'érythème d'apparence hémorragique, analogue à certains érythèmes toxiques.

Ce fait démontre que le sérum de cheval immunisé contre l'infection streptococcique peut, comme le sérum de cheval immunisé contre la diphtérie, donner lieu à des éruptions érythémateuses. Comme, d'autre part, les faits observés par Bertin, Attimont et Gouon montrent que le sérum de cheval non immunisé peut donner des éruptions semblables, il semble en résulter que c'est le sérum de cheval seul, et non les principes antitoxiques ajoutés dans les tentatives d'immunisation, qu'il faut rendre responsable de ces éruptions.

(1) Bertin : *Gazette médicale de Nantes*, 1895, n° 4.

Str... (Clémence), âgée de vingt ans, entrée à l'hôpital Hérold le 18 juin 1895.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une maladie de cœur. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Str... s'est toujours bien portée. Elle est sujette à des rhumes fréquents, mais de courte durée. Elle n'a jamais eu aucune espèce d'éruption.

Le 1er juin de cette année, la malade a été atteinte d'un érysipèle de la face, pour lequel elle a été admise au bastion 29 (service du Dr Chantemesse), le 4 juin. L'érysipèle était très bénin. Le 7 juin, Str... a reçu dans la région inguinale droite une injection de 10^{cc} de sérum antistreptococcique de Marmorek (sérum de cheval). Pendant le jour qui a suivi l'injection, elle dit avoir éprouvé une très grande faiblesse? Elle était comme paralysée? Ses règles, qui ne devaient arriver que le 18, se sont montrées le 10.

Le 11 juin, Str... a quitté le bastion 29, complètement guérie de son érysipèle.

Elle s'est très bien portée jusqu'au 15 juin. Le soir de ce jour, où elle était allée laver du linge dans un lavoir, elle s'est aperçue en se couchant qu'elle avait une éruption sur les bras et sur les jambes. Cette éruption consistait en papules analogues à des piqûres d'ortie. Elle n'était pas prurigineuse.

Le lendemain matin, ces papules avaient disparu et étaient remplacées par de larges plaques d'un rouge foncé.

L'éruption persistant, la malade est entrée à l'hôpital Hérold le 18 juin.

Quand je l'ai vue pour la première fois, Str... présentait une éruption très spéciale sur la peau des membres, particulièrement prononcée au niveau des membres inférieurs.

Sur les jambes, l'éruption consistait en larges plaques rouges. Ces plaques entouraient presque complètement les chevilles et formaient sur le reste des jambes des zones plus ou moins étendues d'une coloration rouge-brun. Entre les plaques, la peau avait gardé sa coloration ordinaire.

Sur les cuisses, même disposition en placards d'apparence purpurique. En certains points les éléments éruptifs figuraient des disques entourant des zones de peau de couleur normale. Au centre des disques, on voyait une macule rougeâtre, sans point ecchymotique central.

Au niveau des membres supérieurs, même aspect de l'éruption. La coloration était moins foncée, comme si l'éruption avait pâli à ce niveau.

Sur le tronc et sur le ventre, on voyait un certain nombre de placards de couleur peu prononcée.

La face et le cou étaient complètement épargnés.

Les éléments éruptifs avaient une teinte fixe. La coloration n'était pas modifiée par la pression. A ce point de vue, l'éruption était plutôt constituée par des taches purpuriques que par des taches erythémateuses. Cependant au point de vue de la coloration, l'éruption ressemblait plus à l'érythème qu'au purpura.

L'éruption n'était nullement prurigineuse. A aucun moment, la malade n'a souffert de démangeaisons.

Avec cette éruption, il n'existait aucun symptôme appréciable. Pas de fièvre, pas de douleurs dans les articulations. Pas de troubles digestifs. Pas d'albuminurie.

Le 20 juin, l'éruption avait pâli.

Les placards, les jambes avaient la teinte atténuée qu'avait l'éruption des membres supérieurs, quand je l'ai vue pour la première fois. Aux membres supérieurs, elle avait pris une teinte analogue à celle de la peau badigeonnée plusieurs jours auparavant avec de la teinture d'iode.

Le 22 juin, l'éruption a encore pâli.

La malade accuse quelques douleurs vagues, au niveau des chevilles et des genoux.

25 juin. Les douleurs ont complètement disparu; l'éruption est effacée aux membres supérieurs et sur le tronc. Elle est à peine perceptible aux membres inférieurs.

Pas de desquamation de la peau, aux endroits où ont siégé les placards.

26 juin. La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Quel nom donner à cette éruption? Il s'est agi d'un érythème, mais d'un érythème spécial. Remarquons, en effet, que l'éruption a consisté en larges placards d'une étendue considérable. Aux chevilles, les plaques entouraient complètement la jointure et avaient une hauteur de près de 6 à 7 centimètres. Ces placards ne se modifiaient pas par la pression. La coloration gardait toute son intensité, comme s'il s'était agi d'une hémorragie intra-dermique. Cependant, la rougeur était moins prononcée que dans le purpura. D'autre part, l'éruption n'a pas disparu rapidement. Il a fallu plusieurs jours pour que la peau reprît sa coloration ordinaire. Pendant que l'éruption pâlissait, la peau prenait au niveau des placards une teinte jaune orangée, assez analogue à la teinte des ecchymoses.

On voit, en résumé, que par ses caractères cette éruption se rapprochait à la fois des érythèmes et des purpuras.

Cette éruption rappelait les érythèmes infectieux ou toxiques. Elle présentait quelques analogies avec les éruptions hydrargyriques. Aussi, ma première idée fut-elle qu'elle était en rapport avec l'absorption de médicaments. Après interrogatoire de la malade, qui déclara n'avoir absorbé aucun médicament, ni pendant ni depuis son érysipèle, je renonçai à cette interprétation.

J'appris d'ailleurs que la malade avait été traitée par le sérum anti-streptoccocique, onze jours avant son entrée à l'hôpital Hérold. Dès lors, l'origine de cette éruption était facile à expliquer. L'analogie de cette éruption avec celles qu'on voit parfois à la suite des injections de sérum antidiphtérique, les caractères même de cette éruption, qui en montraient bien l'origine toxique, permettaient de l'attribuer à l'injection de sérum.

En terminant, je ferai remarquer que cette éruption a été absolument bénigne. A aucun moment, elle ne s'est accompagnée de fièvre. Elle n'a donné lieu à aucun symptôme, autre que les placards éruptifs.

La malade a accusé quelques douleurs vagues dans les chevilles et dans les genoux, mais ces douleurs étaient assez peu marquées pour qu'il ait fallu attirer son attention sur ce point, pour qu'elle les signalât.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet 1895

Ainsi qu'il l'avait promis, M. Dieulafoy vient communiquer de nouveaux faits d'angine diphthérique à forme herpétique. Un de ces faits est dû à M. Kelsch, un second à M. Huchard, un troisième a été recueilli par M. Roché dans le service de M. Gouguenheim, à Lariboisière; les deux autres, enfin, ont été fournis par M. Martin.

La question est ajourd'hui jugée; un certain nombre d'angines à forme herpétique sont des angines diphtériques. M. Dieulafoy vient donc appuyer la proposition de vœu de M. Cadet de Gassicourt pour la création de laboratoires d'examen bactériologique.

M. Dieulafoy montre que la clinique seule est impuissante dans bien des cas à poser le diagnostic des angines. Nos grands cliniciens d'autrefois n'étaient pas à l'abri des erreurs, et la bactériologie a démontré qu'actuellement un grand nombre d'angines regardées comme diphtériques ne le sont pas, et inversement.

Dans leur mémoire, MM. Roux et Yersin constatent que sur 52 angines membraneuses ayant les apparences diphtériques, 19 n'étaient pas diphtériques. Morel rapporte dans sa thèse (1) que sur 86 angines à fausses membranes diphtéroïdes, 20 n'étaient pas diphtériques. Martin (2), sur 112 enfants entrés au pavillon des diphtériques, à l'hôpital des Enfants malades, en trouva 36 non diphtériques.

A l'étranger, les erreurs sont aussi fréquentes. En 1891, Baginsky publie une série de 93 cas sur lesquels 25 n'étaient pas de la diphtérie; l'année suivante, sur 154 observations nouvelles, 36 erreurs de diagnostic. Sur 159 cas relevés par William Hallock Park, 89 étaient indemnes de diphtérie.

Il serait facile d'allonger encore cette liste d'erreurs, en y ajoutant tout d'abord celles commises à propos des angines secondaires survenant dans les fièvres éruptives, par exemple.

La nécessité de l'exemen bactériologique s'impose.

Mais M. Dieulafoy estime que c'est aux pharmaciens qu'il faut confier cet examen, comme on leur confie l'examen des urines. Aussi serait-il nécessaire d'enseigner les principes de bactériologie à l'École de Pharmacie.

Cette nécessité a déjà été comprise, et M. Planchon déclare que l'enseignement de la bactériologie va être prochainement organisé à l'École de Pharmacie.

Il serait peut-être plus urgent, d'après M. Laborde, d'instituer d'abord cet enseignement dans les écoles de Médecine.

(1) Thèse, 1891.

(2) *Ann. Inst. Pasteur*, mai 1892.

Quoi qu'il en soit, cette importante discussion sera reprise dans la prochaine séance, dans laquelle M. LANDOUZY présentera les statistiques que fournit l'examen des fausses membranes.

— Dans une série d'expériences, M. François-Franck a étudié l'action de la digitale sur le cœur, ainsi que celle des diverses digitalines. A la dose thérapeutique, la digitale produit les effets suivants : elle ralentit les battements du cœur accélérés, elle régularise les battements du cœur arythmiques, elle augmente la puissance systolique et la résistance diastolique du cœur.

Ces différents effets se produisent aussi bien sur le cœur droit que sur le cœur gauche.

Aux doses toxiques, la digitale amène un ralentissement excessif du cœur, une arythmie spéciale, puis une accélération avec irrégularités et intermittences nombreuses, enfin la mort du cœur, qui s'arrête en systole et non en diastole, comme on le croyait autrefois.

M. François-Franck démontre que les effets produits sur les ventricules ne sont pas subordonnés à une action primitive sur les oreillettes; que l'action produite sur le cœur n'est pas secondaire à une action primitive sur les vaisseaux contractiles du système aortique; que le ralentissement produit par la digitale ne ressemble ni à celui qu'on produit en suspendant l'activité des nerfs accélérateurs du cœur, ni à celui qu'on produit en excitant les nerfs modérateurs.

M. François-Franck étudie ensuite les diverses digitalines et les différences qu'elles présentent entre elles.

— M. NICAISE lit, au nom de M. DELBET, une note sur le *Traitement hémothérapique du lymphadénome*. M. Delbet substitue simplement l'hémothérapie à la sérothérapie. La première consiste à injecter le sang lui-même, rendu incoagulable par la précipitation des sels de chaux. Cette précipitation s'obtient facilement par le procédé d'Arthus et Pagès (addition d'oxalates alcalins).

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE DANS LA SECTION DE THÉRAPEUTIQUE

MM.	Ferrand.....	48 voix.	ÉLU.
	Huchard.....	21 —	
	Hutinel.....	1 —	

— L'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Lucas-Championnière sur les candidats au titre de membre titulaire pour la section de médecine opératoire.

Voici l'ordre de classement :

En première ligne : M. Reclus.

En deuxième ligne *(ex æquo)* : MM. Delens, Delorme, Monod, Pozzi, Richelot.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La plus grande partie de la dernière séance a été occupée par la discussion sur la communication de M. LE DENTU, ayant rapport à l'*infiltration tuberculeuse de la moelle osseuse*.

C'est le professeur de Necker qui prend le premier la parole. Il a fait des recherches, et les faits analogues à ceux qu'il a cités sont rares, car il n'en a pas rencontré de semblables dans le travail le plus complet sur la question, et dû à Reichel.

Il faut, du reste, bien se garder de confondre cette infiltration tuberculeuse avec l'inflammation chronique non tuberculeuse, ou même la dégénérescence graisseuse de la moelle osseuse. Jamais, dans ces lésions non tuberculeuses, la moelle n'est si diffluente, jamais le canal médullaire n'est vide complètement : c'est là un point particulier.

Les recherches de M. Le Dentu lui ont, du reste, montré que les lésions tuberculeuses de la moelle osseuse étaient beaucoup moins fréquentes que les altérations simples du même tissu, et les travaux écrits sur la matière par Ollier, par Parot, par Koenig, par Gangolphe, ne lui ont pas montré une description analogue à celle qu'il a donnée.

Gangolphe, notamment, a bien décrit un abcès froid du canal médullaire, mais cela ne ressemble pas à l'envahissement en entier de la moelle osseuse.

L'auteur en arrive ensuite au traitement. Certes il accepte les pratiques recommandées par MM. Championnière, Quénu et autres. Le curettage, l'évidement, l'écouvillonnage doivent toujours être tentés, et M. Le Dentu admet très bien qu'on n'arrive pas d'emblée à la désarticulation; mais les lésions peuvent être telles que la vitalité de ce qui reste d'os sain peut être compromise; on s'expose, de plus, à avoir un membre fistuleux et, dans ces conditions, la désarticulation est nécessaire pour amener la guérison.

D'accord avec Reichel et Gangolphe, il insiste pour qu'on se porte au-dessus de la lésion et, quand celle-ci est très avancée, il faut arriver jusqu'à la désarticulation.

M. FÉLIZET prend ensuite la parole et apporte les résultats de sa grande pratique des résections. C'est sur un total de cent cinquante résections du genou qu'il s'appuie, et deux fois seulement il a été contraint de faire l'amputation de la cuisse, sans avoir jamais songé à la désarticulation de la hanche. Et cependant, il s'est trouvé en face de lésions ayant envahi au loin le canal médullaire; souvent il n'a laissé qu'une coque diaphysaire et pourtant ses malades ont guéri.

L'orateur pense, du reste, que dans la tuberculose du genou le point de départ est osseux et fait le tableau du gros genou qu'on ouvre et dans lequel l'appareil ligamenteux est intact, le squelette étant seul pris. C'est donc dans l'épiphyse que se montrent les premières lésions tuberculeuses, et le cartilage de conjugaison offre une barrière à l'envahissement du canal médullaire; mais cette barrière peut être rompue et alors il faut, de toute nécessité, traiter cette moelle osseuse, devenue tuberculeuse, en la râclant, en curettant le canal.

On se trouvera bien même, quelquefois, de faire une trépanation en pleine diaphyse, qui permettra le nettoyage plus complet du canal médullaire et qui permettra aussi de détruire le moins possible du cartilage de conjugaison, à travers lequel on est obligé, dans une résection du genou, de passer pour évider la moelle devenue tuberculeuse. Par ce procédé, suivi du flambage, M. Félizet a toujours eu d'excellents résultats.

Voilà ce que le chirurgien de Tenon a observé chez l'enfant. Chez l'adulte, il n'est plus sur son terrain; mais il cite cependant le cas d'une résection du genou, dans laquelle les lésions étaient si avancées que ce sont deux cornets osseux qu'il a juxtaposés et pourtant la guérison s'est parfaitement effectuée.

M. CHAMPIONNIÈRE trouve qu'on est bien près de s'entendre, puisque M. Le Dentu accepte le curettage et l'évidement de la moelle osseuse avant d'en arriver à la désarticulation et il insiste sur ce fait, très important pour lui, que la suppression du tissu osseux médullaire n'amène pas la mortification de l'os. Du reste, depuis l'antisepsie, il faut bien savoir qu'on peut contusionner, coupailler, farfouiller un os sans que pour cela il y ait à craindre le moindre accident.

M. DELORME (du Val-de-Grâce) prend ensuite la parole

et cite un cas dans lequel dans une résection du coude il a évidé toute la diaphyse de l'humérus et même une partie de l'épiphyse supérieure, et pourtant le malade a fort bien guéri.

La discussion se termine par ce vœu de M. Le Dentu, que dorénavant ses collègues pratiquent l'examen bactériologique quand ils opéreront des malades atteints de médullite.

— C'est d'une opération très intéressante que M. Poirier entretient ensuite la Société. Il a remplacé chez un petit malade toute la diaphyse du tibia nécrosé à la suite d'une ostéomyélite par la transplantation du péroné resté sain. Les deux épiphyses tibiales étaient conservées et en deux opérations successives, il y insinua les deux extrémités du péroné qui, devenu tibia, permet à l'enfant de marcher aujourd'hui avec un appareil prothétique. Le membre n'est pas encore très solide, mais il est certain que les nouvelles fonctions hypertrophieront le péroné qui deviendra un tuteur suffisant.

— Citons encore une communication de M. Delagenière (du Mans) sur dix nouveaux cas d'hystérectomie abdominale totale, sans un seul décès.

Eugène Rochard.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Depuis 1892, Litten a décrit à diverses reprises un phénomène qu'il appelle le phénomène du diaphragme. Il consiste dans la manifestation extérieure du décollement progressif du diaphragme de la paroi thoracique pendant son abaissement, dans l'inspiration, et son accollement progressif à cette même paroi pendant son élévation, dans l'expiration. Ce phénomène se manifeste extérieurement sur la paroi thoracique par la descente et l'ascension régulières d'une ombre linéaire qui correspond à la limite supérieure de l'accolement du diaphragme, à la paroi thoracique. Cette ombre descend en ondulant du sixième espace intercostal, en formant avec les côtés un angle aigu, parcourt deux ou trois espaces intercostaux, c'est-à-dire six à sept centimètres. Cette ombre peut s'étendre à toute la région latérale du thorax, et on peut la voir aussi bien dans la position génu-pectorale que dans le décubitus dorsal. On peut la voir chez tous les sujets, pourvu que la respiration soit profonde et l'éclairage convenable.

Dans ses diverses communications, Litten a insisté sur l'importance de ce phénomène tant au point de vue de la physiologie du diaphragme qu'au point de vue du diagnostic des affections des organes thoraciques et abdominaux.

M. Ch. Féré a étudié le phénomène du diaphragme chez les hémiplégiques dans trois cas : dans l'hémiplégie infantile, dans l'hémiplégie de l'adulte, dans l'hémiplégie hystérique.

L'amplitude du phénomène était diminuée dans tous les cas du côté malade, et dans les hémiplégies datant de l'enfance, elle était moindre aussi du côté sain.

— MM. E. Auscher et Louis Lapirque ont fait des recherches chimiques intéressantes dans un cas de diabète pigmentaire. A l'autopsie on avait trouvé le péritoine noir bleuâtre, le foie et la rate de coloration ocre, ainsi que les ganglions qui accompagnent le pancréas, ceux du tube du foie et de la rate, ceux qui accompagnent le tronc cœliaque. Tous les organes colorés en rouge contenaient de prodigieuses quantités de fer; le foie en renfermait 11,3 ‰, un ganglion lymphatique du tube de cet organe, 18,5 ‰. Le fer existait à l'état d'hydrate ferrique. En même temps les tissus colorés en noir contenaient un pigment organique.

— M. Roger a étudié l'influence des produits solubles du bacille prodigiosus sur l'infection charbonneuse. En injectant, sous la peau de l'oreille d'un lapin, un mélange de 0cc01 d'une culture charbonneuse et de 0cc5 d'une culture de prodigiosus stérilisée à 110°, on voit se développer une lésion locale, caractérisée par de la tuméfaction, de la rougeur et de la chaleur; chez les témoins inoculés avec du charbon pur, il ne se produit qu'un peu d'œdème, sans rougeur ni chaleur; ces derniers périssent du deuxième au cinquième jour; les autres survivent ou meurent plus tardivement. Les animaux qui résistent n'ont pas contracté l'immunité; ils succombent, quand on les réinocule plus tard sous la peau de l'oreille, il se produit seulement un phénomène spécial, un œdème énorme. Si on répète les mêmes expériences sur des cobayes, on obtient des résultats diamétralement opposés. Les animaux qui reçoivent le mélange de charbon et de prodigiosus, présentent des œdèmes précoces et fort étendus, et ils succombent plusieurs jours avant les témoins; les différences sont très nettes quand on emploie des cultures peu virulentes, qui permettent une survie assez longue. Les effets sont d'ailleurs identiques, que le prodigiosus soit injecté au même point que le charbon ou en un point différent.

Ces faits, en démontrant, une fois de plus, combien il est périlleux de généraliser les résultats et de conclure d'une espèce à l'autre, doivent mettre en garde contre la tendance, bien naturelle, de faire profiter la thérapeutique humaine des recherches poursuivies sur les animaux. Les expériences faites sur le lapin pouvaient faire espérer que les cultures stérilisées de prodigiosus entraveraient le développement de la bactéridie; si on s'en était contenté, on aurait pu se croire autorisé à employer ces cultures dans le traitement du charbon chez l'homme; mais les recherches poursuivies sur les cobayes donnant des résultats tout à fait différents, la tentative thérapeutique se trouve formellement interdite. Au point de vue théorique, ces expériences ont aussi une grande portée, car elles vont à l'encontre de toutes les hypothèses proposées pour expliquer le mécanisme des associations microbiennes.

M. Fabre-Domergue s'est élevé contre la sérothérapie commune, rien n'étant moins démontré que la nature parasitaire des cancers. Cependant les injections de MM. Richet et Héricourt, celles de Emmerich et Scholl semblent produire des effets de régressions identiques, bien qu'elles soient très différentes de nature. M. Fabre-Domergue explique ces effets de la façon suivante :

Les tumeurs sont constituées par un tissu adulte ou embryonnaire, vivant, susceptible, par conséquent de subir, sous l'influence de certains agents, tout comme le tissu normal qui les environne, des phénomènes de désorganisation et de régression. De plus, dans toutes les formations, l'élément conjonctif migrateur tient une place importante. Or, quand on traite une tumeur par des injections modificatrices, huiles phosphorées, acide phénique ou tout autre poison alcaloïde, l'injection agit à la façon d'un simple caustique; les éléments touchés par le réactif périssent immédiatement et celui-ci se combine avec les albuminoïdes des tissus pour former des combinaisons insolubles et inertes.

Les parties ainsi frappés de nécrose aseptique ne tardent pas à être résorbées par les éléments mobiles du tissu conjonctif, et le volume de la tumeur diminue proportionnellement. Jamais tous les éléments de production morbide ne sont atteints à la fois.

Mais on peut injecter aussi des substances qui n'interviennent que par leur action chimico-toxique sur les leucocytes. L'observation microscopique démontre que toute tumeur

contient une proportion sensible, une masse leucocytaire dont le volume peut osciller dans de larges limites, sans que pour cela le tissu néoplasique proprement dit subisse des fluctuations parallèles. C'est sur cet élément migrateur que l'injection modificatrice exerce son action chimico-toxique, et l'on conçoit que dans certains cas particulièrement propices cette chimistaxie négative puisse être assez considérable pour amener une diminution temporaire et très notable de la masse totale d'une tumeur. Il y aurait simple régression apparente par raréfaction des éléments conjonctifs migrateurs, cette raréfaction pouvant coïncider avec une destruction partielle du tissu néoplasique.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Production expérimentale d'un lymphadénome ganglionnaire généralisé chez un chien. (Note de M. Pierre Delbet, présentée par M. Guyon.)

Je présente à l'Académie la première démonstration complète de la nature infectieuse du lymphadénome. Cette preuve est basée sur la reproduction expérimentale de cette forme de cancer par l'inoculation de cultures pures d'un bacille particulier.

J'ai trouvé ce bacille dans le sang de la rate, chez une femme atteinte de lymphadénome généralisé, mais surtout splénique, et arrivée à la dernière période de l'affection. La malade a succombé quelques jours après aux progrès de la cachexie, et j'ai pu constater qu'il s'agissait bien de lymphadénome.

J'ai expérimenté sur un chien; les inoculations ont été faites, soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire, avec des cultures pures du bacille; mais elles ont été faites à doses massives et répétées.

Les inoculations ont déterminé des troubles graves de la santé, se traduisant par un amaigrissement rapide. En quinze jours, l'animal a perdu plus du cinquième de son poids. Deux fois, il s'est produit, au siège des inoculations, des collections inflammatoires d'allures torpides, renfermant du pus séreux ou de la sérosité à peine louche. Ces abcès incisés ont guéri avec une rapidité extraordinaire. Il n'existait, dans le liquide, aucun autre microbe que le bacille injecté.

Un mois après le début des inoculations, j'ai pris tout le sang de ce chien pour essayer de traiter avec lui une malade atteinte d'un lymphadénome ganglionnaire généralisé, dont les tumeurs contiennent un bacille qui me paraît être le même. Je ne puis rien dire encore de cette tentative thérapeutique; je me borne à relater le résultat de l'autopsie du chien.

On sait que, normalement, les ganglions de cet animal sont à peine visibles, sauf un, qui est situé dans le mésentère, près de la terminaison de l'intestin grêle. Chez le chien inoculé, il existait en ce point, c'est-à-dire dans l'angle formé par la jonction de l'intestin grêle et du côlon, un volumineux paquet de cinq ou six ganglions. On trouvait, en outre, dans le mésocôlon, trois ganglions ayant chacun le volume d'une petite noisette; de chaque côté de la colonne vertébrale, une chaîne de ganglions ayant, en moyenne, le volume d'un haricot; dans le thorax, au-dessus de la crosse de l'aorte, plusieurs ganglions peu volumineux, mais manifestement hypertrophiés; dans l'aine gauche, un ganglion du volume d'un pois; dans chaque aisselle, un ganglion gros comme une belle amande. Ces ganglions ne présentaient aucun caractère inflammatoire.

Il est bien évident que ce chien était atteint d'un lymphadénome ganglionnaire généralisé. Toutefois, la démonstration n'était pas encore complète, car on aurait pu prétendre qu'il s'agissait d'une coïncidence, et que l'hypertrophie ganglionnaire était due à toute autre cause que les inoculations. Pour me mettre à l'abri de cette objection, j'ai fait des cultures avec les ganglions du chien et j'ai pu constater qu'ils contenaient, à l'état de pureté, le bacille inoculé, tandis que le sang n'en renferme pas.

La démonstration me paraît ainsi complète, et je crois pouvoir dire que j'ai réussi, pour la première fois, à produire expérimentalement le lymphadénome par inoculations de cultures pures d'un bacille, sinon spécifique, du moins pathogène.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Directeur,

Il a paru dans les journaux de médecine une annonce émanant d'un pharmacien qui se sert de mon nom pour vanter sa marchandise.

Je proteste énergiquement contre cet acte de flibusterie. Je n'ai donné et ne donnerai à personne le droit de mettre ses produits sous le couvert de mon patronage.

Un autre industriel utilise une similitude de noms pour établir à son profit une confusion et insérer des annonces où mon nom s'étale en grosses lettres sans aucun prénom distinctif, et cela, malgré mes réclamations.

C'est là un procédé dont je veux publiquement flétrir l'inconvenance et la déloyauté, en attendant les poursuites judiciaires que je me réserve de faire.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Albert Robin.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Légion d'honneur. — M. le Dr Bertin (de Nantes) a été promu au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Distinctions honorifiques. — Les médailles d'honneur ci-après ont été décernées pour récompenses des actes de dévouement à l'occasion de l'épidémie de grippe infectieuse compliquée de méningite cérébro-spinale, de pneumonie, de bronchite purulente, qui a sévi sur les troupes de la garnison de Vitré, en avril et en mai 1895, savoir :

Médaille d'or : M. Landriau, médecin-major de première classe au 70e régiment d'infanterie.

Médaille de bronze : MM. Jartel, étudiant en médecine, et Barbé, soldat de deuxième classe au 70e régiment d'infanterie.

Médaille d'argent : Mme Caillière, en religion sœur Saint-Pierre (salle militaire de l'hospice mixte de Vitré).

Faculté de Médecine de Paris. — Concours d'agrégation (Nomination). *Anatomie* : Paris, M. Thiéry; Bordeaux, M. Cannieu; Lyon, MM. Siraud, Durand; Montpellier, M. Mouret; Nancy, M. Jacques; Toulouse, M. Soullier.

Physiologie : Bordeaux, M. Pachon; Lyon, M. Doyon; Montpellier, M. Delezenne; Nancy, M. Lambert.

Histoire naturelle : Bordeaux, M. Beille; Montpellier, M. Galavieille; Nancy, M. Vuillemain.

Concours du prosectorat (Nomination) : MM. Bouglé, Auvray.

Concours des clinicats (Nomination). *Médical :* Hôtel-Dieu, M. Hochet; Pitié, M. Lesage, M. Thiroloy, adjoint.

Chirurgical : Hôtel-Dieu, M. Cazin; Pitié, M. Reblaud; Charité, M. Rieffel.

Voies urinaires : Necker, M. Chevallier.

Système nerveux : M. Charcot.

Ophtalmologie : M. Terson.

Obstétrical : MM. Dubrisay, R. d'Assas; Bouffe de Saint-Blaise, Baudelocque.

Concours du Bureau central (médecine). — Le concours du Bureau central (médecine) vient de se terminer par la nomination de MM. Morel-Lavallée, Guignon et Dalché.

Étudiants étrangers. — Par arrêté ministériel, en date du 25 juin 1875, il est institué au ministère de l'Instruction publique une commission chargée d'examiner les demandes d'équivalence et de dispense formées par les jeunes gens de nationalité étrangère qui désirent être inscrits dans les Facultés et Ecoles de médecine comme aspirants au grade de docteur en médecine.

Cette commission est composée : du directeur de l'Enseignement supérieur et de six membres du comité consultatif de l'Enseignement public (section de l'Enseignement supérieur).

Congrès de gynécologie. — La deuxième session du Congrès international d'obstétrique et de gynécologie se tiendra à Genève dans la première quinzaine de septembre 1896.

C'est par erreur que divers journaux ont annoncé que cette session aurait lieu en 1895.

Les principaux sujets mis à l'ordre du jour sont :

Pour l'obstétrique : 1° la fréquence relative et les formes les plus fréquentes de rétrécissement du bassin dans les différents pays; 2° le traitement de l'éclampsie.

Pour la gynécologie : 1° le traitement opératoire des rétrodéviations utérines; 2° les suppurations pelviennes et leur traitement; 3° les méthodes de suture des parois abdominales.

Stage hospitalier. — Année scolaire 1895-96 (1er semestre). *Avis.* — Le classement des stagiaires pour les mois de décembre 1895, janvier et février 1896, aura lieu les 4, 5 et 7 novembre 1895, de 9 à 11 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1895-96, et qui auront pris l'inscription de juillet 1895 à la Faculté de Médecine de Paris (8e ou 12e).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 1er novembre 1895, MM. les étudiants, soumis au stage, qui n'auraient pas pris l'inscription de juillet 1895 (8e ou 12e), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements.

MM. les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1895, sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 1er novembre 1895.

Tarif des journées d'hôpital à Paris. — Par arrêté préfectoral, le tarif des journées dans les hôpitaux de Paris est fixé de la manière suivante :

Journées d'adultes : médecine, 3 fr. 50; chirurgie et accouchement, 5 francs.

Journées d'enfants : médecine, 2 fr. 80; chirurgie, 3 fr. 50. — Hôpital de Berck, 2 fr. 10.

Monument Guérin. — Les amis d'Alphonse Guérin ont eu la pensée de lui élever une statue à Ploërmel, sa ville natale. Deux comités se sont formés pour organiser une souscription : l'un médical, présidé par M. le Pr Guyon; l'autre breton, constitué par l'Association des Bretons de Paris, dont Alphonse Guérin était président d'honneur. Le monument, confié au jeune statuaire Georges Bareau, sera l'œuvre commune des deux comités.

Garages de bicyclettes dans les hôpitaux. — On nous apprend qu'on a l'intention, à l'administration de l'Assistance publique, de faire, dans les différents hôpitaux de Paris, des garages pour les bicyclettes des internes, externes et élèves. Nous ne saurions qu'applaudir à cette innovation.

Legs à l'Assistance publique de Paris. — Le directeur de l'Assistance publique de Paris est autorisé à accepter le legs de 100,000 francs fait par Mme Alboni, pour fondation de lits dans un hospice de Paris.

La liberté de l'empoisonnement. — Sur la demande de M. le Préfet de police, M. Bourgeois a examiné un produit appelé *le tueur de microbes* et vendu, en plein boulevard, comme spécifique de la bronchite, du cancer, de la diphtérie, etc. De l'analyse, il résulte que ce produit est à base d'acide sulfurique, à la dose de trois grammes par flacon.

Le procès-verbal et le rapport de M. Bourgeois ont été envoyés par le Préfet de police au Procureur de la République et l'affaire a *été classée sans suite* par le Parquet, de telle sorte que les industriels — deux étrangers — continuent en toute liberté leur coupable commerce.

Le Conseil d'hygiène, saisi de cet incident, a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« Le Conseil d'hygiène, considérant que le produit « appelé : *le tueur de microbes* est un liquide toxique, destiné « à l'usage interne, dont les effets peuvent déterminer des « accidents mortels. Emet le vœu que la vente de ce pro- « duit soit interdite d'urgence en France. »

Espérons que ce vœu ne sera pas *classé sans suite.*

(*Bulletin médical.*)

Hôpitaux de Bordeaux. — Par suite de la retraite de M. Gervais, nommé chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux, M. Boursier, chirurgien titulaire à l'hôpital des Enfants, est nommé chirurgien titulaire à l'hôpital Saint-André; — M. Pousson, chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-André, est nommé chirurgien titulaire à l'hôpital des enfants; — M. Villar, chirurgien à l'hospice général, passe au même titre à Saint-André; — M. Binaud, récemment promu, remplace M. Villar à l'hospice général.

— Les concours du clinicat des hôpitaux de Bordeaux se sont terminés par les nominations suivantes : M. Cabanes est nommé chef de clinique opthalmologique, et M. Vitrac est nommé chef de clinique chirurgicale.

École de Médecine de Marseille. — M. le Dr Alezais est nommé suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

École de Médecine de Reims. — M. le Dr Eugène Doyen vient de donner sa démission de professeur suppléant de l'École de Médecine de Reims.

École de Médecine de Dijon. — Le 17 juin 1895 s'est ouvert devant la Faculté de médecine de Lyon, un concours pour la place de professeur suppléant de pathologie et de cliniques chirurgicales et de clinique obstétricale.

Le jury était composé de MM. Fochier, Augagneur, pro-

fesseurs à la Faculté de médecine, Condamin, agrégé, et de MM. Parizot et Broussoles, professeurs à l'Ecole de médecine de Dijon.

Trois candidats étaient inscrits. Deux seulement ont pris part au concours qui s'est terminé par la nomination de M. le Dr Lagoutte, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Hôpitaux de Grenoble. — Les concours se sont terminés par les nominations suivantes : médecin adjoint, M. le Dr Porte ; accoucheur, M. le Dr Flandrin ; accoucheur adjoint, M. le Dr Gotteland.

Le tabac dans les hôpitaux. — Le décret suivant vient d'être promulgué. Il règle une question dont on a déjà parlé il y a quelque temps. Celle du tabac au rabais pour les malades des hôpitaux.

Article premier. — Il pourra être délivré, dans la limite de 100 grammes par dizaine pour chaque ayant droit, aux conditions de prix déterminées par l'article 5 du présent décret, du tabac à fumer, à priser ou à mâcher aux malades et nécessiteux recueillis dans les établissements hospitaliers entretenus par l'Etat, les départements et les communes.

Œuvres de mer. — Les chantiers de M. Buron, à Saint-Malo, vont entreprendre la construction du premier navire de la flotte des *Œuvres de mer*, sous les plans et sous la direction de M. Gautier père, le constructeur si connu.

Ce bâtiment-hôpital, d'environ 300 tonneaux, de grande marche, aménagé spécialement pour le service qu'il est appelé à faire, est destiné aux parages de Terre-Neuve, sur lesquels près de 10,000 Français se livrent au dur métier de la pêche. Il quittera la France au mois de mars de l'année prochaine.

Tandis que le conseil de l'Œuvre poursuivait les études qui l'ont conduit à la mise en chantier de ce bâtiment, il envoyait deux délégués à Saint-Pierre et Miquelon pour les les dernières études sur la question ; ces envoyés ont été accueillis avec la plus grande sympathie par tous dans notre colonie ; leur domicile est devenu le rendez-vous des pêcheurs français quand ils sont dans le port ; ils y trouvent un lieu de réunion, des nouvelles de France et de bons conseils.

Un remède à la misère humaine : La Castration préventive. — M. Robin, le pédagogue connu, voudrait soulager d'une paternité douloureuse celui qui n'en pourrait supporter le poids. Les hommes et les femmes qui s'apercevraient que, déshérités par la nature ils ne peuvent donner le jour qu'à d'autres déshérités, malingres ou infirmes, s'éviteraient cette famille sans s'astreindre au célibat. Pour résoudre ce problème, il appelle le physiologiste et le chirurgien à la rescousse. Il a étudié la chose, dit-il, avec attention et il penche pour obtenir la neutralité nécessaire, vers l'intervention du chirurgien. Ce praticien accomplirait sa besogne sanglante sans ôter à qui la subirait le pouvoir d'une satisfaction désormais sans alarme. *(Progrès médical.)*

Les médecins en Belgique. — Le nombre des médecins en Belgique est de 2,950. Le rapport à la population totale est de 1 médecin par 2,122 habitants.

A Bruxelles, le nombre des praticiens est de 558, soit 1 pour 1,370 habitants. A Liège, la proportion est de 1 pour 1,771 ; à Gand, de 1 pour 2,186 ; à Anvers, de 1 pour 2,251.

Il y a en Belgique 2,372 sages-femmes, soit une proportion de 1 pour 2,640 habitants.

La vaccination en Espagne. — Une Commission nommée par la Chambre des députés s'est prononcée pour la vaccination obligatoire en Espagne.

On pense que cette mesure rencontrera une forte opposition quand le projet viendra en discussion.

Un sanatorium à Hendaye. — L'Assistance publique de Paris est sur le point d'établir un sanatorium pour enfants scrofuleux à Hendaye, sur la frontière d'Espagne.

Une délégation de la commission du Conseil municipal ira visiter les terrains que l'Assistance a l'intention d'acheter à Urugue et à Hendaye pour l'établissement de ce nouveau sanatorium, dont la construction a été décidée en principe depuis un certain temps.

Sanatorium pour tuberculeux à Berlin. — M. von Bleichroder a légué à la ville de Berlin la somme d'un million de marks pour la fondation d'un sanatorium à l'usage des tuberculeux.

Les autorités ont décidé que le sanatorium serait annexé au nouvel hôpital municipal qui est en voie de construction. Le sanatorium pourra recevoir 50 malades. Les cas considérés comme incurables ne seront pas admis.

Désinfecteurs diplômés. — A la date du 29 mai dernier, le gouvernement du Grand-Duché de Mecklembourg-Schwérin a décidé de créer un désinfecteur des appartements. Les candidats devront sublir un examen spécial devant une commission médicale siégeant à Rostock, et ceux qui auront été reçus auront seuls le droit de s'intituler *désinfecteurs diplômés pour les habitations*. Ils prêteront serment d'observer toujours fidèlement les règles de la désinfection et de procéder avec soin et consciencieusement à l'exécution de tous les travaux sanitaires qui leur seront confiés. Dans l'exercice de leur profession, ils seront placés sous la surveillance du *Physikus* et de la police locale. *(Semaine médicale.)*

La Réclame médicale. — La Chambre des médecins de Vienne a discuté récemment au delà de quelles limites la réclame devait être interdite aux médecins, et elle a adopté les articles ci-dessous comme formant code en la matière.

Un médecin commet une faute contre la dignité professionnelle par un des actes suivants :

1° Faire ou laisser faire ou ne pas empêcher de faire (si c'est possible) des annonces dans les journaux (à l'exception des journaux médicaux). les affiches, les indicateurs, les guides, les annuaires (sauf ceux médicaux), les feuilles volantes, les circulaires et autres imprimés.

Cette règle ne s'applique pas à l'annonce dans les journaux, répétée trois fois au plus, ni à l'envoi unique d'une circulaire pour faire connaître l'établissement d'un médecin, son retour après une longue absence ou son changement de demeure. Dans ce cas, l'annonce ne doit se composer que du nom, du grade académique, du titre médical légal, de l'indication de la spécialité, de l'adresse et de l'heure des consultations ;

2° Publier ou laisser publier les lettres de remerciements et les attestations de reconnaissance de personnes soignées par lui ;

3° Recommander directement ou indirectement dans des brochures et publications populaires ses propres services, un médicament ou un procédé portant son nom, en opposant ses services, médicament, procédé, à ceux des autres médecins ;

4° Donner une remise aux sages-femmes, garçons d'hôtel, commissionnaires, concierges, etc., pour les malades adressés ;

5° Attirer sur soi l'attention du public au moyen d'enseignes charlatanesques ;

6° Faire connaître d'une façon charlatanesque l'établissement médical qu'on possède ou que l'on dirige.

(Bulletin Médical.)

Une médaille d'or au Dr Roux. — On se souvient que le Conseil municipal décida, l'année dernière, qu'une médaille d'or serait décernée au Dr Roux pour ses beaux travaux scientifiques. Le Conseil général s'empressa de s'associer à la manifestation projetée. Deux médailles furent frappées, l'une au nom du département de la Seine, l'autre au nom de la Ville de Paris.

Ces médailles ont été remises jeudi, solennellement, à M. Roux.

Après deux discours, l'un de M. Rousselle, l'autre de M. Lucipia, M. Roux a pris la parole et, avec la modestie qu'on lui connaît, a remercié la Ville de Paris dans la personne du Conseil municipal et du Conseil général.

Voici, du reste, un extrait de ses propres paroles :

« Je n'ai pas, dit-il, accompli de grandes découvertes, j'ai travaillé sous l'inspiration de M. Pasteur, et je n'ai guère fait que de développer ce que d'autres avaient vu avant moi.

« Depuis plusieurs années déjà, nous avions commencé l'étude de la diphtérie avec M. le docteur Yersin, lorsque M. Behring a annoncé sa belle découverte de la sérothérapie de cette affection. Il était tout naturel de rechercher ce que la nouvelle méthode pouvait donner dans la pratique. C'est ce que nous avons entrepris avec MM. Martin, Chaillou et Nocard. Tous nos titres à la reconnaissance que vous nous marquez, c'est d'avoir fait profiter les petits enfants de Paris des bienfaits de la sérothérapie. Et cela, messieurs, grâce à vous qui, représentants de la grande ville, avez foi en la science et ne redoutez pas les découvertee nouvelles. »

Désinfection des chiffons destinés à l'importation. — L'importation des chiffons étrangers aux Etats-Unis est actuellement soumise aux règles suivantes :

Les chiffons et déchets de tissus recueillis et emballés à l'étranger doivent, avant d'être expédiés aux Etats-Unis, être désinfectés dans le port d'exportation. La désinfection doit se faire, soit par l'immersion dans l'eau bouillante pendant trente minutes, soit par le traitement à la vapeur à 100° pendant le même temps, soit par l'exposition en chambre close, pendant six heures, aux fumées d'acide sulfureux aux quatre centièmes.

Les médecins attachés aux consulats américains, en France, doivent veiller à ce que ces désinfections soient faites avec le plus grand soin. Si le choléra, la fièvre jaune, la variole ou le typhus existent à l'état épidémique au port d'expédition, aucune patente de santé ne peut être délivrée pour les envois de chiffons avant un délai de trente jours après la disparition de l'épidémie et après désinfection.

États-Unis. — Un millionnaire americain M. Seth Low a fait don au Collège de Columbia de 5 millions de francs pour la construction, en mémoire de son père, d'une bibliothèque.

Un autre millionnaire M. William Shermerhorn, a donné 1 million et demi de francs pour la construction d'un nouvel édifice destiné aux sciences naturelles.

Le système métrique aux États-Unis. — Depuis le 1er janvier 1895, l'emploi du système métrique est obligatoire pour les chirurgiens militaires américains.

Une circulaire les avait invités, l'année dernière, à se mettre en mesure de remplacer dans leurs prescriptions les onces, drachmes, scrupules et grains par leurs équivalents en grammes et centimètres cubes ou leurs fractions décimales. Le chirurgien général Sternberg ayant constaté, au cours de sa dernière inspection, qu'un certain nombre de médecins continuaient à se servir des chiffres romains et des hiéroglyphes anciens, vient de les informer que dorénavant ceux qui n'emploieraient pas le système métrique seraient considérés comme désobéissant formellement aux ordres et devraient être immédiatement signalés par les médecins inspecteurs.

L'Association médicale américaine, dans son congrès annuel récemment tenu à Baltimore, a également adopté officiellement le système métrique et invité tous ses membres à l'employer dorénavant dans leurs communications et mémoires.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Excursions aux Stations thermales et balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne

ARCACHON, BIARRITZ, LUCHON, SALIES-DE-BÉARN, ETC.

Tarif spécial G. V. n° 106 (Orléans).

Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 °/₀ en 1re classe et de 20 °/₀ en 2e et 3e classe sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations balnéaires et thermales ci-après du réseau du Midi : Alet, Arcachon, Argelès-Gazost, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Balaruc-les-Bains, Banyuls-sur-Mer, Biarritz, Boulou-Perthus (le), Cambo-Ville, Capvern, Céret (Amélie-les-Bains, La Preste, etc.), Couiza-Montazels, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Laluque (Préchacq-les-Bains), Lamalou-les-Bains, Lanemezan (Cadéac, Vielle-Aure), Laruns (les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes), Oloron-Sainte-Marie (Saint-Christau), Pau, Pierrefitte-Nestalas (Barèges, Cauterets, Luz, Saint-Sauveur), Prades (Le Vernet et Molitg), Quillan (Ginolles, Carcanières, Escouloubre, Usson-les-Bains), Saint-Girons (Aulus), Saint-Jean-de-Luz, Saint-Flour (Chaudes-Aigues), Salies-de Béarn, Salies-du-Salat et Ussat-les-Bains. — Durée de validité, 25 jours non compris les jours de départ et d'arrivée.

Tout billet d'aller et retour délivré au départ d'une gare située à 500 kilomètres au moins de la station thermale ou balnéaire, donne droit, pour le porteur, à un arrêt en route et à l'aller comme au retour. Toutefois, la durée de validité du billet ne sera pas augmentée du fait de ces arrêts. — La période de validité des billets d'aller et retour peut, sur la demande du voyageur, être prolongée deux fois de 10 jours, moyennant le paiement aux administrations, pour chaque fraction indivisible de 10 jours, d'un supplément de 10 °/₀ du prix total du billet aller et retour. — La demande de ces billets doit être faite 3 jours au moins avant le jour du départ.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Pierre Delbet : Pathogénie des tumeurs hétérotopiques (kystes dermoïdes).
II. Feuilleton.
III. Revue de la Presse : Médecine.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux.
V. Les livres nouveaux.
VI. Échos et nouvelles.

PATHOGÉNIE DES TUMEURS HÉTÉROTOPIQUES (1)

(KYSTES DERMOÏDES)

Par Pierre DELBET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux.

Quand on étudie la topographie des tumeurs hétérotopiques, on voit que dans chacun de leurs sièges habituels, elles ont des caractères anatomiques assez constants. Les kystes dermoïdes de l'orbite et de son pourtour, ceux de la queue du sourcil, qui sont parmi les plus fréquents, ceux de la face, du cou, ont une structure très élémentaire. Ce sont de simples cavités avec une paroi cutanée généralement sans papilles ni glandes sudoripares. Ceux des parois thoraciques, abdominales, des membres, qui sont d'ailleurs très rares, ont toujours cette structure simple. Au contraire les kystes dermoïdes de la mâchoire, de la région sacro-coccygienne, du testicule, et ceux de l'ovaire, qui sont si fréquents, sont presque toujours plus compliqués. On y rencontre très souvent des os, des dents, et c'est dans ceux-là qu'on trouve des rudiments de membres ou même de fœtus.

Cette relation entre la complexité des tumeurs et leur siège ne doit-elle pas faire penser que la pathogénie varie, comme la complexité elle-même, avec le siège? Je pense, pour ma part, qu'il en est réellement ainsi, et cette vue rendra peut-être plus claire cette question si difficile.

Les théories qu'on a imaginées pour expliquer la pathogénie des tumeurs hétérotopiques sont nombreuses, mais il n'en est pas une qui puisse s'appliquer à tous les faits. C'est là un argument qui pourrait servir à leur dénier toute valeur si on admettait que ces tumeurs sont toutes identiques les unes aux autres. Je ne pense pas, je viens de le dire, qu'il en soit ainsi. Je crois, au contraire, que ces tumeurs reconnaissent, suivant leur siège et leur complexité, des modes de formation différents.

Théorie de la diplogenèse par inclusion.— La première explication pathogénique a été tentée par Geoffroy Saint-Hilaire, C'est lui qui a édifié cette vaste synthèse qui, partant des kystes dermoïdes les plus simples, ceux de la queue du sourcil, par exemple, passe par les tumeurs complexes de la région sacro-coccygienne ou de l'ovaire pour arriver aux monstres doubles parasitaires, et enfin aux monstres doubles autositaires, tels que les frères Siamois. Cette vaste synthèse construite, il cherche à expliquer d'une seule et même façon, la formation de tous les degrés qui la constituent en partant des formes les plus complexes. Les monstres doubles

(1) Extrait du premier volume du *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, publié sous la direction de A. Le Dentu et Pierre Delbet.

FEUILLETON

Quelques documents de criminologie.

Quelle antithèse! Nous sommes au siècle de l'observation, de l'expérimentation, au siècle des faits; il semble que notre principale préoccupation dût être d'accumuler des documents précis et sincères, sans soucis d'en tirer nous-mêmes des conclusions prématurées, laissant le soin aux générations futures de mettre en œuvre les matériaux accumulés par nous : nous devrions mettre tous nos soins et tout notre amour-propre à être des hommes d'analyse. Or, jamais aucune époque n'a été travaillée comme celle-ci du besoin de la synthèse; jamais hommes n'ont ambitionné autant que nos contemporains le titre de généralisateurs. Sur trois faits on base une théorie, on édifie une doctrine. Aussi que de ruines scientifiques! Parmi les édifices de l'esprit humain qui menacent de s'écrouler avant même d'être achevés, il en est un dont la construction a été menée si précipitamment que sa chute ne surprendra personne. Je veux parler de la criminologie. Des hommes dont le nom a été entouré de beaucoup de bruit, sinon de beaucoup d'éclat, en sont arrivés à nous proposer comme vérités éclatantes des énormités inadmissibles et à proclamer les « bienfaits du crime ». De quelques réserves que la *Nouvelle Revue* ait fait précéder la publication de ces idées italiennes, cette publication n'en est pas moins à regretter, ne fût-ce qu'à cause de l'exagération qu'il y a à présenter comme choses dignes d'attention des billevesées dangereuses et de paradoxales fantaisies.

Mais voilà! la mode est là maintenant. Il n'y a plus de criminels, bien que les crimes se multiplient d'inquiétante façon. Ceux qui les commettent sont plus qu'innocents; ce sont de pitoyables victimes, dignes de toute compassion; on dira bientôt — pourquoi pas? — dignes de tout respect.

Je songeais à cela, une fois de plus, en lisant dans la *Revue Bleue* le petit article de M. Paul Mimande : « La Misère et le Bagne ».

parasitaires, les frères Siamois, par exemple, sont évidemment deux êtres distincts qui se sont soudés l'un à l'autre. Puisque cette pathogénie explique certains faits de la série et les plus complexes, elle doit expliquer tous les autres. Les kystes dermoïdes les plus simples doivent donc être considérés comme un individu primitivement distinct, qui s'est soudé à un autre et n'a subi qu'un développement prodigieusement incomplet. Telle est la théorie de la *diplogenèse par inclusion*, qu'on pourrait appeler théorie de la *monstruosité double*, puisqu'elle consiste essentiellement à considérer la tumeur comme le vestige d'un individu primitivement distinct.

Cette doctrine a été fortement battue en brèche par Lebert et par Broca. Ce dernier a fait remarquer que tous les kystes dermoïdes ne contiennent pas de débris authentiques de fœtus ; que certains en contiennent trop, tel celui qui renfermait trois cents dents ; qu'il était difficile de comprendre comment un embryon pouvait pénétrer dans un autre pour aller se greffer dans sa cavité abdominale, dans son ovaire. Lebert a montré en outre qu'il n'était pas rare de trouver des kystes dermoïdes dans les deux ovaires, ce qui conduirait à admettre, si on acceptait la théorie de la diplogenèse par inclusion, que deux embryons distincts ont pénétré dans un troisième.

Ces arguments ont une grande valeur, mais ils n'ont pas une portée générale et ne peuvent faire rejeter complètement la doctrine de Geoffroy Saint-Hilaire. Il est bien évident que la théorie de la diplogenèse par inclusion, ou théorie de l'inclusion fœtale, comme on dit souvent par abréviation, ne peut, s'appliquer à tous les faits. « Il faut, dit Lannelongue, un grand effort d'imagination et beaucoup de bonne volonté, pour reconnaître dans un simple kyste dermoïde, dans un simple petit sac formé par la peau, souvent même sans papilles ni glande sudoripare, le représentant d'un individu distinct. » Cette théorie ne peut s'appliquer non plus aux cas de kystes dermoïdes des deux ovaires. Mais si elle n'est pas générale, il ne s'ensuit pas qu'elle soit sans valeur. Elle est la seule qui puisse donner une explication satisfaisante de ces tumeurs des mâchoires, de la région sacro-coccygienne et du scrotum où l'on trouve des débris fœtaux. Ces formes complexes, qui se manifestent toujours à une époque rapprochée de la naissance, ne peuvent être dues qu'à la diplogenèse. La tumeur est un parasite endocymien, c'est-à-dire un frère plus ou moins altéré du porteur.

Théorie de l'hétérotopie plastique ou du néoplasme. — Lebert a pris exactement le contre-pied de Geoffroy Saint-Hilaire. Ce dernier avait envisagé la série par en haut, Lebert la prend par en bas. Il rapproche les kystes dermoïdes des autres néoplasmes et admet leur formation autogène et spontanée. Ils se developperaient en vertu « d'une aberration particulière de la nutrition ». A vrai dire, Lebert n'a jamais cherché à étendre sa théorie aux formes compliquées mais, même pour les cas simples, elle ne mérite plus aujourd'hui d'être discutée. Avec les idées que nous avons sur la spécificité des épithéliums, on ne peut admettre un instant que le kyste dermoïde, même le plus simple, soit dû à une « aberration de la nutrition » (1).

Théorie de l'enclavement. — Cette théorie, qu'en Allemagne on attribue souvent à Remak, appartient en réalité à Verneuil. Elle considère les kystes dermoïdes comme dérivant du tégument externe par

(1) Voir sur ce sujet le très intéressant article de Mashias Duval : *Les monstres par défaut et les monstres par excès de fécondation.* (*Ann. de gynéc.*, fév. 1895, p. 113.)

M. Mimande a vu des bagnes, il les a étudiés, il a interrogé un grand nombre de condamnés, compulsé leurs dossiers, et il s'est fait de cette population une idée toute pleine d'indulgence. J'ai vu les bagnes, moi aussi, j'y ai passé quelques années à soigner les forçats et, à cause de cette condition très spéciale, il y a eu peut-être dans leurs rapports avec moi plus de sincérité, plus de spontanéité que dans des entrevues dont la toute bienveillante curiosité n'allait pas sans éveiller quelque défiance. De ce séjour dans les bagnes il m'est resté, à moi, une impression d'horreur et de dégoût. Ce monde de la transportation m'a toujours fait l'effet d'un microcosme infernal ; il se résume en deux mots : vice et haine. Vous sentez bien, sans que j'aie besoin de le dire, qu'il y a là, comme partout, quelques exceptions très rares, oh ! combien ? mais quelle confirmation la règle n'en reçoit-elle pas !

Ces exceptions ne se rencontrent guère que parmi les meurtriers occasionnels — je ne dis pas les assassins, encore que ceux-ci, quand le vol ou le viol n'ont pas été le mobile ou la cause de l'assassinat, soient de beaucoup supérieurs aux autres catégories de transportés. Je me souviens d'un patron de chaloupe, ancien quartier-maître de manœuvre de la marine militaire, qui avait été condamné aux travaux forcés pour avoir, à Toulon, dans un moment de colère aveugle, étant ivre, tué une fille. Cet homme, jusque-là irréprochable, subissait sa peine avec une réelle dignité, si on peut dire ainsi. Il était visible qu'il sentait la justice et la nécessité de l'expiation, qu'il avait la volonté de la subir. Sa conduite au bagne était exemplaire, sa douceur et sa résignation étonnantes. On ne pouvait se défendre d'un mouvement de sympathie à son endroit. Mais je n'ai pas un autre souvenir pareil à rapprocher de celui-là. M. Mimande paraît avoir rencontré quelque chose d'analogue. Chez cette fille du pénitencier de Bourail, condamnée pour infanticide, qui, mariée à un transporté et devenue mère de nouveau, éprouvait pour son enfant une tendresse ardente, passait sa vie à le couvrir de caresses et à le manger de baisers. disant : « Oh ! celui-ci, je l'aimerai double. » C'est encore là une rareté qui valait la peine d'être citée. Mais le prototype de ces ménages de condamnés était autrefois, dans ce même arrondissement de Bourail, le couple « Lapin ». Ce couple Lapin n'avait

suite d'un *enclavement* d'une portion de celui-ci dans les tissus sous-jacents. Une petite région de la peau se plisse, se déprime et est finalement entourée, enclavée par les tissus voisins. Cette partie ectopiée forme en se développant le kyste dermoïde.

Cette théorie est exacte pour bien des cas. Elle explique d'une manière très satisfaisante la formation des kystes dermoïdes simples et la topographie habituelle de ceux-ci démontre en quelque sorte que cette théorie est vraie. C'est en effet dans les régions à développement compliqué qu'on les observe, là où des fentes doivent s'oblitérer, où des portions de tégument peuvent facilement être emprisonnées dans les autres tissus. Ceux de l'orbite et de son pourtour s'expliquent par des troubles d'évolution de la fente fronto-orbitaire ; ceux du cou par des accidents d'évolution des fentes branchiales. Ces kystes doivent donc être rapprochés des fistules congénitales si fréquentes dans cette région. Ce sont en quelque sorte des fistules sans orifice.

Dans la région cervicale, on trouve souvent des kystes mucoïdes, dont la pathogénie s'explique aussi simplement : au niveau des fentes branchiales, le tégument interne, muqueux, peut tout aussi bien être pincé que le tégument externe. Ces kystes mucoïdes dérivent aussi de vices dans l'évolution des invaginations épithéliales latérales ou médianes destinées à former le corps thyroïde.

Dans les régions sternale, abdominale, rachidienne, sacro-coccygienne et périnéale, les kystes dermoïdes simples peuvent être attribués à des accidents d'évolution des lames ventrales ou dorsales. Pour ceux des membres, il faut admettre qu'une plicature accidentelle de la peau a permis à l'enclavement de se produire.

La théorie de l'enclavement est tout à fait satisfaisante pour les kystes simples. On pourrait objecter que la structure de la paroi de ces kystes n'est pas identique à celle de la peau, puisqu'il y manque en général et les papilles et les glandes sudoripares. Mais ces deux organes sont précisément ceux du tégument externe, qui se développent les derniers. Leur absence est donc un caractère fœtal de la paroi. On peut l'expliquer en admettant que l'enclavement s'est produit avant leur formation, et qu'elles ne se sont pas développées dans les parties ectopiées dont l'évolution est forcément troublée.

Mais si la théorie de l'enclavement explique facilement les kystes simples ; elle se heurte à des difficultés insurmontables quand il s'agit de formes compliquées. Lannelongue divise les kystes compliqués en deux groupes : les uns qui contiennent des tissus multiples, sans formes spéciales ; les autres qui renferment des parties fœtales ébauchées. Pour ceux qui sont plus ou moins compliqués, mais qui ne renferment pas de parties fœtales, il pense qu'on peut les expliquer en admettant que non seulement le tégument externe, mais encore « les éléments des autres tissus ont été enclavés ou déplacés ». Cela devient déjà plus difficile à comprendre. Pour les tumeurs qui renferment à la fois des cavités dermoïdes et des parties fœtales il admet « que la cause productrice des monstres doubles se trouve associée à celle qui détermine la formation des kystes ». Il y aurait donc deux processus tout à fait différents, concourant à produire une seule tumeur ; d'une part un centre de développement supplémentaire, un monstre double qui expliquerait la présence de parties fœtales, et d'autre part un enclavement qui engendrerait les cavités dermoïdes ou mucoïdes. Cette explication ne manque pas d'obscurité, et l'enclavement lui-même, que Lannelongue considère comme

---

pas d'enfants (heureusement pour les enfants). Il tenait une sorte de mauvaise auberge où on logeait à la nuit. Un seul voyageur pouvait y recevoir l'hospitalité chaque nuit, car Mme Lapin n'avait pas de bonne et faisait tout elle-même. Le mari, les soirs où il y avait quelqu'un, couchait dans la boutique sur une natte. Mais avant de s'y étendre il ne manquait jamais de venir heurter doucement à la porte de l'unique chambre : « Ne vous dérangez pas, disait-il, c'est seulement pour savoir ce que je dois apporter à Monsieur demain matin ; chocolat ou café au lait ? »

Il y a quinze ou seize ans, un médecin du bagne de l'île Nou fut frappé de trois coups de couteau pendant qu'il faisait la visite à l'infirmerie. La manière dont cet assassinat fut décidé mérite d'être rapportée, car elle éclaire d'un jour singulier la psychologie de ces âmes ténébreuses de forçats. A la sortie des ateliers, deux condamnés avaient tenu cette courte conversation :

« — J'ai soupé de l'existence, mon vieux ; mais j'ai juré de ne pas mourir dans mon lit, et je veux faire un coup.

« — Veux-tu me jouer ton tour en *cinq secs?*

« — Tiens, c'est une idée... Je veux bien... Qu'est-ce que nous jouons ?

« — La peau du major, demain à la visite. »

Ce qui fut dit fut fait. Le lendemain matin, les forçats, prévenus, s'étaient présentés en foule à la visite, remplissant l'étroit local, de façon à empêcher l'intervention des surveillants de service qui se tenaient généralement à la porte de l'infirmerie.

Le gagnant de la veille, qu'on connaissait dans le bagne sous le nom de « Papillon », s'approcha du médecin, un couteau dissimulé dans sa manche.

« — Major, je voudrais être exempt de service aujourd'hui.

« — Vous êtes souffrant ? qu'avez-vous ?

« — Je n'ai rien, mais exemptez-moi de service. »

Toute la bande des gredins, se pressait, se haussait, pour mieux voir, sur la pointe des pieds, retrécissait le cercle autour de la petite table derrière laquelle étaient assis le médecin et l'infirmier forçat qui écrivait les prescriptions.

« — Faites moi le plaisir de déguerpir immédiatement et d'aller au travail.

nécessaire, n'est point aisé à comprendre au simple point de vue topographique, si l'on songe que ces tumeurs complexes, contenant ou non des parties fœtales, se développent le plus souvent dans l'ovaire ou dans le testicule. Je dis le testicule et non pas le scrotum. Il est capital de bien distinguer ces deux formes. Les tumeurs complexes du scrotum s'expliquent, nous l'avons vu, par la diplogenèse par inclusion. Mais cette explication ne peut convenir aux tumeurs du testicule lui-même, d'autant plus que celles-ci ont été observées dans des testicules retenus en inclusion abdominale (1).

Quand on veut appliquer la théorie de l'enclavement aux tumeurs complexes du testicule et de l'ovaire, on rencontre de très grandes difficultés. Pouchet a bien fait remarquer que le tégument externe n'est pas en somme éloigné des premiers rudiments du corps de Wolff. Il faudrait néanmoins une plicature très profonde du tégument pour qu'il pénètre jusque dans la masse d'où naîtra l'appareil génito-urinaire. His a été plus loin en considérant le canal de Wolff comme se développant aux dépens de l'ectoderme, mais cette manière de voir n'a pas été confirmée par les recherches ultérieures. En somme, la théorie de l'enclavement, très juste pour un certain nombre de cas, ne paraît pas applicable aux formes complexes.

Théorie de la grossesse extra-utérine. — Cette théorie simple consiste à considérer les kystes dermoïdes comme un produit de conception de siège anormal, c'est-à-dire comme le résultat d'une grossesse extra-utérine. Cette théorie ne peut évidemment pas être généralisée. Quelque bonne volonté qu'on y mette, on ne peut attribuer à une grossesse extra-utérine un kyste dermoïde de la queue du sourcil ou du testicule. Cette théorie ne peut même pas expliquer les tumeurs complexes de l'ovaire, car on les a observées chez des nouveau-nés et chez des filles vierges.

Théorie des cellules nodales. — Bard a proposé une théorie très particulière. L'auteur est grand partisan de la spécificité cellulaire absolue. Mais cette spécificité ne peut évidemment être primitive. L'ovule et les premières cellules qui en naissent ont la propriété de donner naissance, en se dédoublant, à des cellules-filles différentes de la cellule-mère et différentes entre elles. Ces premières cellules ont donc une complexité extrême, c'est-à-dire une puissance évolutive qui leur permet d'engendrer les tissus les plus différents. Ce sont ces cellules qu'il appelle *cellules nodales*. A mesure qu'on s'éloigne de l'ovule, la complexité des cellules diminue jusqu'à ce que les espèces soient fixées. Chaque cellule est alors devenue spécifique et incapable de donner naissance à des cellules différentes d'elle-même. Mais d'après Bard, il pourrait persister dans les tissus, jusque chez les adultes, des cellules nodales qui conserveraient toute leur complexité, toute leur puissance évolutive, et ce serait la prolifération de ces cellules qui engendrerait les kystes dermoïdes. Cette curieuse théorie est un peu de l'ordre des hypothèses, qu'on prend facilement pour des démonstrations, parce qu'elles donnent une certaine satisfaction d'esprit. Mais on ne peut même pas la discuter; elle échappe à toute argumentation, car la présence des prétendues cellules nodales dans les tissus adultes est absolument indémontrable.

Parthénogenèse. — La parthénogenèse est le développement d'un ovule en embryon en dehors de toute fécondation. C'est la reproduction sans intervention de l'élément mâle. Ce mode de génération

(1) Cas de Patu. Il s'agissait d'un cheval.

« — Je vous dis de m'exempter.... prenez garde! »

En même temps il leva le poing au bout duquel brillait la lame.

« — Où le surveil.... »

Le cri s'acheva dans un râle. Trois fois le couteau s'était abaissé, pendant que la foule des condamnés se ruait vers l'unique porte de sortie, refoulant les surveillants et donnant le temps à l'autre d'achever son œuvre.

Je tiens tous ces détails absolument authentiques de l'infirmier même qui assista à cette scène. C'était un homme d'une force musculaire incroyable, très redouté de ses camarades et pour qui le bagne n'avait pas de secrets.

Vingt-quatre heures plus tard, l'assassin que le conseil de guerre réuni d'urgence avait jugé le jour même du crime, fut guillotiné devant le bagne réuni. On n'était pas obligé alors, comme on le fait depuis, de demander à Paris l'autorisation d'exécuter les sentences prononcées à l'autre bout du monde.

Voici un autre fait, au hasard du souvenir.

Un condamné particulièrement dangereux qui simulait la folie, avait été placé en observation dans une cellule du quartier des aliénés. Par un surcroît de prudence, qui peut paraître excessif aux âmes sensibles, il avait les pieds entravés et, aux mains, cette menotte en huit de chiffre qui maintient les poignets rapprochés et croisés. Chaque jour, pendant une heure, il se promenait dans le préau sous la garde d'un surveillant. Pendant une de ces promenades il pria son gardien de lui faire une cigarette; quand il l'eut aux lèvres, il la laissa tomber à terre, comme par mégarde et demanda qu'on voulut bien la lui rendre. Tandis que le surveillant, très complaisamment, se baissait, il éleva les bras tout haut, puis les abattit de toute la vigueur dont il était capable, brisant du fer de ses menottes le crâne du malheureux gardien qui fut tué net.

Sait-on à la suite de quel acte de sauvagerie, l'accouplement des forçats fut définitivement supprimé? Un nommé Jeanninic, qui était célèbre au bagne et y est resté légendaire, quatre fois condamné à mort et quatre fois commué, travaillait aux carrières de l'île Nou, accouplé à un de ses compagnons. Un jour, pendant la sieste de midi, les deux misérables dormaient côte à côte, à plat ventre. Jeanninic

asexuée a été constatée chez un certain nombre d'animaux inférieurs où elle donne naissance à des individus normaux. Mais on a été conduit à se demander si elle ne pouvait pas se manifester accidentellement chez les vertébrés supérieurs et produire des êtres incomplets, monstrueux, rudimentaires. Buffon, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire se sont posé cette question. Waldeyer s'est rapproché de cette idée en attribuant la production des kystes ordinaires de l'ovaire, au développement de certaines cellules de l'épithélium germinatif restées inactives dans les tubes de Pflüger. Cette théorie est très probablement exacte. Mais il n'est pas question, dans l'hypothèse de Waldeyer, de parthénogenèse à proprement parler, car il ne s'agit pas du développement d'un ovule non fécondé. C'est Répin et Mathias Duval qui ont les premiers attribué nettement la formation des kystes dermoïdes de l'ovaire à la parthénogenèse, c'est-à-dire au développement d'un ovule non fécondé. Répin, partant du cas si remarquable que j'ai déjà cité, où il existait un embryon nettement reconnaissable, passe en revue les formes les plus simples et montre que tous les kystes dermoïdes de l'ovaire contiennent des vestiges d'organes. Il en conclut qu'ils représentent des êtres imparfaits et comme tels ne peuvent être que d'origine ovulaire.

D'ailleurs la possibilité de la segmentation de l'œuf non fécondé a été constatée dans un certain nombre de cas (1). On peut même dire, écrit Mathias Duval (2), que la segmentation parthénogénétique est un processus ordinaire, presque normal. Mais cette segmentation est vite arrêtée par la dégénérescence graisseuse ; elle n'arrive pas à la formation d'un blastoderme, encore moins à celle d'organes même très rudimentaires. Pour qu'un kyste dermoïde se produise sous l'action de la parthénogenèse, il faut donc une influence particulière, qui nous échappe complètement, et pour démontrer d'une manière absolument rigoureuse l'origine parthénogénétique des kystes de l'ovaire, il manque un certain nombre de constatations. Il est vrai que la présence de débris fœtaux porte logiquement à penser que ces kystes ont une origine ovulaire ; il est encore vrai qu'on a constaté que l'œuf non fécondé est capable de se segmenter, mais jamais on n'a vu cette segmentation aller seulement jusqu'à la formation d'un blastoderme. Toutefois Steinlin a fait une constatation très intéressante, et qui est tout à fait en faveur de la parthénogenèse ; il a vu un kyste dermoïde tout jeune, du volume d'un grain de chènevis, siégeant dans l'intérieur d'un follicule de de Graaf. Dans un cas de kyste un peu plus volumineux, qui avait les dimensions d'un gros pois, j'ai essayé de faire la même constatation, mais sans y arriver nettement. Je suis bien loin de dire que ce kyste n'avait pas pris naissance dans un follicule, mais il m'est impossible de l'affirmer.

Si la formation parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire n'est pas directement démontrée, on peut dire cependant qu'elle est très vraisemblable. Elle ne soulève aucune objection d'ordre rationnel ; elle compte en sa faveur deux constatations très importantes, la segmentation fréquente des ovules non fécondés, et le siège intra-folliculaire des kystes à leur début. Tandis qu'aucune des théories précédentes ne permet de comprendre la formation des kystes dermoïdes ovariques, elle satisfait à tous les desiderata. Elle explique la complexité

(1) Mathias Duval : « Sur la segmentation sans fécondation ». (Soc. de biol., 25 oct. 1884, p. 585.)

(2) Mathias Duval : *Ann. de gynéc.*, fév. 1895, p. 119.

---

s'éveilla le premier, se leva sans bruit, saisit sa pioche et la planta à la volée dans le dos de son compagnon, qu'il piqua en terre, comme un scarabée dans une boîte. Sans prendre la peine de même retirer le pic, il s'allongea tranquillement près du cadavre et attendit que le surveillant vint le secouer pour le ramener au travail.

On ferait un volume, rien qu'avec des anecdotes semblables.

Vous vous apitoyez sur le sort des libérés, incapables de trouver du travail et réduits au vol dès le jour de leur libération. C'est fort attendrissant; mais il faudrait tenir compte, pour être impartial, des dispositions d'esprit dans lesquelles un grand nombre de ces hommes quittent le pénitentier à l'expiration de leur peine. J'ai été témoin oculaire et auriculaire de la petite scène caractéristique que je vais vous dire.

Un libéré quittait le bagne. Sur l'appontement au bas duquel l'attendait le canot, quelques-uns de ses camarades lui faisaient leurs adieux. Il me sembla que l'un d'entre eux était plus vivement affecté de ce départ, et qu'il avait une larme au coin de l'œil. Lorsque le canot quitta l'échelle, le libéré se leva et, s'adressant à celui qui paraissait vraiment le regretter, cria :

« — Te fais pas de chagrin, mon petit; je n'en ai pas pour longtemps dehors; *j'vas pas tarder à rengager pour dix ans.* »

Inutile, n'est-ce pas, d'ajouter maintenant que je ne partage pas l'indulgence attendrie de M. Paul Mimande pour ces prétendus malades. Leurs affections morales ne sont pas de celles qu'une thérapeutique quelconque peut guérir. J'avoue toutefois que les idées qu'il exprime se comprennent jusqu'à un certain point ou, pour mieux dire, s'expliquent par un phénomène d'assuétude, dont tous ceux qui ont passé une assez longue période de leur vie au contact de ce milieu ont constaté l'effet sur eux-mêmes. L'horreur des premières impressions s'émousse en effet, graduellement, comme s'émoussent des sensations physiques fréquemment et habituellement éprouvées ; on s'habitue à cette atmosphère de crime et de honte, comme on s'habitue au bruit d'un atelier de chaudronnerie, à l'odeur d'un amphithéâtre ou d'une salle d'hôpital. Lorsqu'on a vu arriver au bagne un certain nombre de

ordinaire de ces kystes, leur bilatéralité fréquente, et l'époque habituelle de leur développement. C'est de vingt à trente-cinq ans qu'on observe la majorité des cas, à l'époque où les ovules arrivent à maturité. Si l'on en a observé quelques cas chez les enfants, il n'en faut point tirer une objection à la théorie, car on sait qu'il est habituel qu'un certain nombre d'ovaires arrivent à maturité au moment de la naissance.

La parthogenèse explique très bien les formes les plus compliquées, mais il peut paraître plus difficile d'expliquer avec elles certaines particularités ordinaires de ces kystes. Tout d'abord il est certain que dans les kystes dermoïdes, il y a toujours une inégalité de développement considérable entre les feuillets du blastoderme, inégalité qui est tout à l'avantage du feuillet externe. Répin, cherchant la caractéristique anatomique des monstres, déclare que c'est justement l'absence ou l'arrêt du développement d'un ou de deux feuillets du blastoderme. C'est là une pétition de principe au premier chef, car c'est faire une règle de ce qu'il faudrait expliquer. Un autre fait assez embarrassant, c'est qu'on trouve assez souvent dans les kystes dermoïdes compliqués des parties complètement étrangères à la vie fœtale et qui sont au contraire considérées comme caractéristiques de l'état adulte, ou à peu près. Ainsi par exemple, les dents de la seconde dentition et l'ossification complète des os. Geoffroy Saint-Hilaire a tenté d'expliquer ces faits singuliers par la lenteur du développement de ces kystes, ou, si l'on veut, par la longueur de la gestation. Il est certain qu'un kyste dermoïde de l'ovaire met habituellement plusieurs années à se former et cela permet de comprendre que le développement des parties qui y sont contenues puisse aller au delà de la phase embryonnaire ou fœtale. Mais ce serait un peu se payer des mots que de considérer cette explication comme pleinement satisfaisante, car il est bien certain qu'il n'y a pas un rapport chronologique exact entre l'âge d'un kyste dermoïde et le degré de développement qu'ont acquis les parties qui y sont contenues. En tous cas, cette explication perd toute sa valeur lorsqu'il s'agit de certains faits singuliers, comme celui où on a trouvé trois cents dents sur le même kyste. On est bien obligé d'admettre que ce développement parthénogénétique diffère profondément de l'évolution normale. Mathias Duval tend à admettre « que dans ces cas, au lieu d'un seul centre de formation embryonnaire, il y en a deux ou trois, et qu'on se trouve en présence d'une anomalie qui pourrait être désignée sous le nom de défaut d'individualisation ou d'apolarité du blastoderme ». Cette conception est d'une vaste portée et d'un très haut intérêt. Encore qu'elle soit d'un caractère hypothétique, il est certain qu'elle est la plus satisfaisante de toutes.

Quant aux kystes complets du testicule, je parle uniquement ici de ceux du testicule, c'est-à-dire qui siègent sous la tunique albuginée et non dans le scrotum, on peut les expliquer aussi par la parthénogenèse, ainsi que le remarque Mathias Duval, car la glande génitale est primitivement hermaphrodite, On trouve en effet dans le testicule embryonnaire des ovules primordiaux tout comme dans l'ovaire, et la persistance de ces ovules primordiaux dans le testicule jusqu'à la puberté, l'hermaphrodisme de la glande, qui est si fréquente chez certains invertébrés, a été observée jusque dans l'espèce humaine.

Cet exposé qui paraîtra peut-être un peu long, bien qu'il soit réduit aux parties fondamentales, peut se résumer de la manière suivante :

Les caractères si différents que présentent les tumeurs hétérotopiques, les kystes dermoïdes, pour

---

contingents de condamnés, qu'on a compulsé plusieurs centaines de leurs dossiers, on se surprend à y chercher en vain l'énonciation de forfaits assez énormes pour en être encore ému, étonné ou écœuré. La répulsion du début devient assez vite de l'indifférence, se teinte presque de commisération.

Quelques années d'éloignement rectifient le point de vue, mettent mieux les choses sous leur vrai jour et modifient le jugement qu'on en avait porté. Et l'on s'aperçoit que c'est une utopie dangereuse de ramener le crime à une question toute pure de maladie ou de misère. L'une et l'autre peuvent en être des facteurs parfois non négligeables, dont il est sûr qu'il y aura profit à tenir compte. Mais c'est une réserve au delà de laquelle il ne faut rien accorder de plus. Toute exagération dans ce sens est plus qu'une erreur de doctrine, c'est encore un péril pressant.

Et si l'on veut juger du bénéfice réel que retirent les scélérats de la miséricorde qu'on a pour eux, il ne faut point perdre de vue ceci que peu de gens savent et que personne ne dit : sur dix condamnés à mort dont on commue la peine et qu'on envoie au bagne, il y en a huit à peu près qui finissent quand même sur l'échafaud, après avoir commis de nouveaux meurtres.

Et nunc erudimini.....

Le phosphore et les allumettes. — La commission instituée à l'effet d'étudier la substitution du phosphore amorphe au phospore ordinaire dans les allumettes, vient de déposer son rapport.

La consommation principale résulte de l'emploi de « l'allumette ambulante », transportée sans boîte dans les vêtements ou le gousset de l'ouvrier, devant s'allumer sur les surfaces les plus diverses, bois, pierre, métal et, finalement, sur le drap ou l'étoffe des vêtements qui, dans une foule de cas, constitue le seul frottoir que le travailleur des campagnes trouve à sa disposition. Pour ces raisons, ce type a été surtout étudié par la commission. Elle a conclu que, parmi les échantillons qui lui étaient soumis, quatre peuvent être acceptés ; ils ne contiennent pas de phosphore blanc et satisfont aux conditions d'allumage et de non explosion nécessaires.

---

employer l'expression la plus courante, et d'autre part la relation à peu près constante entre leur siège et leur degré de complexité, conduisent à penser qu'ils ne sont pas tous de même nature et qu'ils reconnaissent des pathogénies différentes.

Il est très probable que les formes simples dermoïdes ou mucoïdes, sont produites par le mécanisme de l'*enclavement*. Mais cette théorie est impuissante à expliquer les faits où l'on trouve des débris embryonnaires. Les kystes complexes renfermant ces débris reconnaissent deux pathogénies différentes, suivant leur siège.

Les kystes qu'on pourrait appeler extérieurs, ceux qui siègent au niveau des mâchoires, dans la région sacro-coccygienne, périnéale, scrotale, sont dus à la diplogenèse. Ce sont des monstres doubles, frères de leur porteur, qui se sont atrophiées et accolés à lui comme des parasites. Je ne puis qu'indiquer ici que ces monstres doubles, qui étaient attribués récemment encore au développement simultané de plusieurs ovules, sont considérés, depuis les travaux de H. Fol, comme dus à la polyspermie ou hyperfécondation, c'est-à-dire à la pénétration de plusieurs spermatozoïdes dans le même ovule. Les monstres doubles dérivent donc d'un seul ovule, ce que l'on pourrait résumer d'un mot en disant que *la diplogenèse est uniovulaire*.

Les hystes dermoïdes complexes, c'est-à-dire contenant des parties fœtales, mais à siège plus profond, les kystes qu'on pourrait appeler viscéraux, ceux de l'ovaire ou du testicule, sont très probablement dus au contraire à la parthénogenèse.

Cette théorie éclectique est-elle pleinement satisfaisante? Elle permet d'expliquer la majorité des faits, mais il serait exagéré de soutenir qu'elle n'en laisse aucun dans l'ombre. Parmi ceux dont la pathogénie est le plus obscur, il faut citer ceux du médiastin. La plupart sont des kystes simples qui peuvent s'expliquer par des enclavements formés aux dépens de l'intestin antérieur ou des invaginations de l'arbre aérien; mais il est des kystes complexes. Ainsi ce kyste du médiastin antérieur rapporté par Gordon (1), qui contenait des pièces osseuses et sept dents. Il faut reconnaître que la pathogénie de ce fait, d'ailleurs à peu près unique, nous échappe.

Souscription russe pour le monument de Lavoisier. — Le général Venukof a fait savoir à l'Académie que, sur la demande de plusieurs savants russes, l'empereur Nicolas II a autorisé en Russie une souscription publique pour le monument que l'on se prépare à élever à Paris à la mémoire de Lavoisier.

D'après la loi russe, aucune souscription publique pour l'étranger ne peut se faire en Russie sans une autorisation de l'empereur.

(1) Gordon : *Medico-chir. Transact.*, 25 nov. 1823, vol. XIII, p. 12. — London, 1827.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Des propriétés cholérigènes des humeurs de malades atteints de choléra asiatique, par Bosc. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin 1895.)

Les urines des cholériques ont une toxicité supérieure à celle des urines normales. De plus, leurs qualités toxiques diffèrent notablement. C'est ainsi qu'avec les urines cholériques, on observe chez les lapins des myoses, des troubles de la respiration, un ralentissement des battements du cœur, de l'oligurie, de la diarrhée et de l'hypothermie.

Les propriétés du sérum sanguin des cholériques sont encore plus remarquables. Le sérum cholérique a une toxicité très élevée. Tandis qu'il faut, en moyenne, 15^{cc} de sérum normal pour tuer un kilogramme de lapin, il suffit de 3,6 à 5,5^{cc} de sérum cholérique pour amener le même résultat.

L'auteur conclut de ses expériences, que les humeurs des cholériques (sang et urines en particulier) peuvent être très toxiques et qu'elles reproduisent chez l'animal les symptômes du choléra le plus typique.

Il semble donc bon que les symptômes de choléra sont sous la dépendance d'une intoxication par des poisons, qui sécrétés dans l'intestin, ont pénétré dans le sang.

De la paresthésie du fémoro-cutané externe (paresthésie de Bernhardt), par Devie. (*Prov. Méd.*, juin 1895.)

Les troubles de la sensibilité, limités à la zone du nerf fémoro-cutané ont été décrits spécialement par Bernhardt et Naecke. Aux observations de ces auteurs, Devie ajoute une observation inédite.

Les causes de ces troubles de la sensibilité sont multiples. La fièvre typhoïde (Bernhardt), le saturnisme, l'action de l'hydrothérapie froide (Krend), le traumatisme (Naeke), peuvent être invoqués dans un certain nombre de cas. Souvent, la cause reste inconnue.

Tous les cas publiés, sauf un, concernent des hommes adultes.

L'affection est presque toujours unilatérale.

Parmi les symptômes, les troubles de la sensibilité occupent la première place, et souvent ils existent seuls.

Les malades se plaignent d'éprouver une sensation anormale dans la région antéro-externe de la cuisse, l'extrême sensation de malaise indéfinissable (brûlure, étirement, crispation, etc.). Au repos, cette sensation peut disparaître.

La sensibilité est troublée sans être abolie complètement.

Le malade observé par Devié accusait une légère douleur à la pression du nerf.

La mobilité des muscles de la cuisse reste intacte. Les réactions électriques sont normales. Aucun trouble trophique. Le pronostic est bénin.

Quelle est la nature de cette maladie? Il ne s'agit pas d'une névralgie ordinaire, car la douleur continue avec exacerbations fait défaut, ni d'une névrite, car il n'y a pas de troubles trophiques.

Devié pense à une irritation légère mais permanente, de nature indéterminée, du nerf fémoro-cutané.

Quatre cas de déglutition accidentelle des tubes métalliques après l'opération du tubage, par VARIOT. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n° 22, 1895.)

Variot attire l'attention sur un accident de tubage, qu'il a observé quatre fois. Cet accident consiste dans la déglutition accidentelle des tubes. Il se produit lorsque les enfants tubés, faisant des efforts soit pendant un accès de suffocation, soit pendant une quinte de toux, avalent leur tube au lieu de le cracher.

Sur quatre cas de déglutition accidentelle des tubes, deux fois les tubes ont été rendus avec les déjections, deux fois ils ont été trouvés à l'autopsie.

Dans les deux cas terminés par la mort, la terminaison fatale n'a pas été causée par la déglutition du tube.

Cet accident ne semble pas amener de troubles graves. Le tube dégluti chemine dans le tube digestif, sans conséquence sérieuse, s'il ne contient pas de substance toxique. Les tubes d'Ermold, dont Variot se sert pour l'intubation, paraissent peu attaqués par les sucs digestifs.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 9 JUILLET 1895

La discussion sur la prophylaxie de l'alcoolisme se continue aujourd'hui à l'Académie, et, avec une nouvelle base : la loi votée le 6 juillet par la Chambre. L'urgente nécessité de prendre d'énergiques mesures contre l'abus de l'alcool n'a plus besoin d'être démontrée. Il suffit, pour s'en convaincre, d'écouter les chiffres donnés par M. MOTET sur l'augmentation de la criminalité d'origine alcoolique. Sur les détenus pour assassinat, on trouve 53 % d'alcooliques; 57 % parmi les détenus pour incendie volontaire; 70 % sur les condamnés pour mendicité et vagabondage; 53 % parmi les condamnés pour viol, outrage public à la pudeur; 90 % dans les condamnés pour coups et blessures, brutalités. On ne voit plus aujourd'hui l'ivresse gaie et inoffensive, due à l'abus des vins naturels : l'ivresse est devenue brutale et agressive. M. Motet pense que les sociétés de tempérance telles qu'elles existent en Suède, en Suisse, seront d'une grande utilité en instituant des conférences pour les ouvriers et en créant des cantines où ils ne consommeront que des boissons hygiéniques. Ces sociétés compléteront ainsi les mesures fiscales ou prohibitives que peut prendre l'État.

Quant à la loi votée il y a quelques jours par la Chambre, répond-elle à tous les desiderata, et donnera-t-elle les résultats que l'on est en droit d'attendre! M. Daremberg ne le pense pas. La Chambre, en effet, a élevé de 1 fr. 75 à 2 fr. 75 par litre le droit sur l'alcool. En revanche elle a refusé d'augmenter le prix des licences des marchands de vin. L'élévation des droits sur l'alcool ne fera guère diminuer la consommation, car sur chaque verre l'augmentation ne sera que minime.

M. Daremberg reproche en outre à la Chambre d'avoir laissé une porte largement ouverte à la fraude en laissant aux bouilleurs de crus une tolérance de distillation de 20 litres d'alcool, qui, dédoublées, feront 40 litres d'eau-de-vie. Elle a eu tort aussi, après avoir avec raison décrété le dégrèvement complet des vins, bières et cidres, d'autoriser le vinage des vins jusqu'à 15° d'alcool, car beaucoup de mauvais alcools seront consommés par cette voie. Elle n'aurait pas dû, enfin, quand elle a frappé les liqueurs à essence, bitters, amers, absinthes, épargner le vermouth, le kirsch, le genièvre, qui sont aussi dangereux.

En effet, il ne faudrait pas croire que les produits naturels ne sont pas toxiques. En réalité, le vrai but à atteindre. C'est une diminution de la consommation.

Pour toutes ces raisons M. Daremberg demande à l'Académie d'adopter les propositions suivantes :

« La suppression absolue des exemptions de droits octroyées aux bouilleurs de crus; la répression inexorable de la fraude; la diminution du nombre des débits de boissons de toute catégorie; la taxation des vins contenant plus de 12 % d'alcool, sauf quand leur provenance naturelle et française aura été constatée.

« Les alcools non dénaturés, de quelque provenance qu'ils soient, les vins, eaux-de-vie et liqueurs ne devront pas contenir plus qu'un maximum d'impuretés (alcools supérieurs, aldéhydes, furfurol, bases pyridiques et autres) qui sera fixé par les corps compétents.

« Les spiritueux parmi lesquels nous comptons les vermouths, eaux-de-vie, kirchs, rhums et genièvres, qui contiendront des proportions plus fortes de ces toxines, ou d'autres toxines non autorisées par les corps compétents, ne pourront être vendus que dans les pharmacies et ne sauront être délivrés que sur ordonnance du médecin. »

— M. HERVIEUX a communiqué le rapport adressé au ministre de l'Instruction publique sur les instituteurs et les institutrices qui ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine. Dans ce rapport, M. Hervieux signale le fait qu'un certain nombre de départements se sont abstenus d'envoyer les dossiers et les états de vaccination pour les candidats aux récompenses ministérielles; que d'autres n'ont désigné que deux ou trois candidats, ne laissant ainsi à l'Académie le pouvoir de faire un choix des plus méritants; que dans 84 départements sur 86, on n'a pas fait mention des écoles privées.

En terminant, M. Hervieux réclame un plus grand nombre d'inspecteurs, l'établissement de la gratuité des vaccinations aux frais du budget des communes, enfin une surveillance rigoureuse des écoles, tant privées que publiques, dans le but d'y faire exécuter ponctuellement les prescriptions ministérielles.

— M. PANAS a lu un rapport sur le dispositif employé par M. DARIER pour le diagnostic de la cataracte, et sur un tra-

vail de M. LAGRANGE relatif à l'électrolyse dans le rétrécissement des voies lacrymales.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE DANS LA SECTION DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

MM.	Reclus.....	43 voix	ÉLU.
	Pozzi.....	25 —	
	Delorme.....	5 —	
	Dellens.....	2 —	
	Bulletins blancs....	2 —	

— L'Académie réunie en comité secret a ainsi classé les candidats au titre de correspondant national (2e division) :

En première ligne : M. Azam (Bordeaux).

En deuxième ligne : M. Delore (Lyon).

En troisième ligne *(ex æquo)* : MM. Heurteaux (Nantes), Paulet (Montpellier).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Une grande partie de la séance a été occupée par un discours de M. MONOD, sur l'appendicite. C'est avec une grande expérience de la question, que le chirurgien de Saint-Antoine monte à la tribune, car quarante et une fois il a eu affaire à l'appendice, et si sur ces 41 cas on en élimine 4, qui ont une physionomie spéciale, il reste 37 cas dont 5 n'ont pas donné lieu à une intervention.

M. Monod, d'après cette statistique, étudie successivement tous les points qui intéressent son sujet, et tout d'abord le sexe; il trouve 62 % d'hommes pour 38 % de femmes; l'âge, c'est bien entendu, chez les enfants que la maladie se rencontre le plus souvent. C'est ainsi que son plus jeune opéré avait quatre ans et demi, et le plus vieux cinquante-cinq ans. Le début a été brusque chez 17 malades, ce qui, sur un total de 37 cas, montre qu'on a peut-être exagéré la soudaineté des accidents. Ceux-ci, en effet, ont eu une forme insidieuse vingt fois, dans la statistique de M. Monod.

Passant ensuite à l'étude des coliques appendiculaires, l'orateur estime qu'elles ne sont pas un élément aussi sérieux de diagnostic qu'on pourrait le croire, et met, notamment le praticien, en éveil contre les coliques hépatiques qui peuvent donner le change.

Il en est de même pour les vomissements. Ils peuvent manquer ou dépendre d'une autre cause; quand la douleur les provoque par exemple.

Il n'en est pas de même de la température. Son étude attentive peut donner des indications très sérieuses; mais il faut la prendre avec soin et au besoin dans le rectum, comme le prouve une observation citée par M. Monod. Le thermomètre avait été placé plusieurs fois sous l'aisselle, et pour une raison ou pour une autre, accusait toujours une température normale. Le malade entra à l'hôpital et le rectum accusa 39° de température; on opéra et on trouva du pus. Dans un autre exemple, c'est un malade apyrétique qui a une poussée et une perforation immédiate.

M. Monod cite encore deux autres observations dont la dernière est fort instructive. C'est un jeune homme qui entre quatre jours après le début de l'affection, porteur d'une tuméfaction dans la fosse iliaque; apyrexie complète pendant quatre jours, amendement des symptômes du côté droit, et, au contraire, apparition de douleur dans la fosse iliaque gauche; la température monte à 39°. L'intervention est fixée pour le lendemain; mais au moment d'opérer on trouve le patient avec 36°,5 et une péritonite généralisée. Il avait des collections dans les deux fosses iliaques.

Il en est de même chez un enfant qui avait 40° et 39°, quand, le vit M. Monod, et de plus une tumeur du côté du cœcum. L'opération était décidée; mais au moment de la pratiquer, la fièvre était tombée et l'état beaucoup meilleur. L'amélioration dura quinze jours, temps au bout duquel la température commença à s'élever de nouveau. La laparotomie fut pratiquée, on ne put rien trouver; un mickulicz fut placé et en le retirant, le troisième jour, le pus s'écoula en très grande abondance.

Pour la tuméfaction de la fosse iliaque, elle est, on le sait, très variable. Elle peut, nous dit M. Monod, être trop évidente et même être confondue avec un phlegmon périnéphrétique, ou certaine, et ici il faut intervenir de suite ou ne pas pouvoir être sentie. C'est le cas le plus difficile et il faut alors avoir recours aux autres signes, tel que le point douloureux particulier dans le flanc droit, la rétraction des muscles abdominaux persistant même sous le chloroforme; enfin quand il y a anesthésie, la tumeur peut être sentie alors que la chose était impossible à l'état de veille.

M. Monod se pose ensuite différentes questions : tout d'abord celle du moment de l'intervention; on ne choisit pas toujours, car souvent les malades arrivent trop tard au chirurgien. Il est difficile de donner des règles précises, mais de l'étude de ses observations, le chirurgien de Saint-Antoine conclut qu'il n'a jamais opéré trop tôt et qu'il a regretté d'avoir opéré trop tard. C'est le plus souvent à droite quelquefois sur la ligne médiane et deux fois dans le flanc gauche qu'a siégé l'incision, et quant aux lésions, la gangrène a été reconnue très souvent sur l'appendice, pas au lieu même où se trouvait le corps étranger, mais à quelque distance.

Le pus a été presque toujours trouvé, sauf dans un cas où l'affection était tuberculeuse et se manifestait par des fongosités. Enfin, chez deux malades atteints de péritonite purulente, on n'a pas trouvé de perforation.

Faut-il réséquer l'appendice? M. Monod ne l'a réséqué que cinq fois volontairement. La plupart du temps il n'a pas été possible de le voir.

Le drainage a été établi d'une façon réglée, et la guérison a eu lieu dans un délai de un mois à six semaines. Quatre fois une fistule stercorale a été observée, mais elle a guéri spontanément.

Enfin, chez trois malades, M. Monod a été obligé de faire des retouches, dont une pour enlever l'appendice, source de nouveaux accidents.

Quant aux résultats ils sont beaux, et se chiffrent par 9 morts et 23 guérisons. Encore sur ces 9 morts faut il en retrancher une due à une méningite, et quatre dues à l'état général des malades.

En résumé, M. Monod serait tenté de retourner la formule donnée par M. Millard à la Société médicale des hôpitaux.

— C'est d'un cas *d'hématométrie et d'hématosalpinx suivis d'infection et guéri par le sérum antistreptococcique* que M. POZZI entretient ensuite la Société. Il s'agit d'une malade atteinte d'atrésie du col après amputation de cet organe. Elle fut prise d'accidents qui commandèrent deux interventions, une laparotomie pour enlever les hématosalpinx, et plus tard d'une hystérectomie vaginale nécessitée par une pyométrie.

La malade fut atteinte de péritonite et d'accidents infectieux graves qui nécessitèrent à trois reprises des injections de sérum antistreptococcique.

Ces injections, dont la dose totale s'élevait à 35 grammes, ne déterminèrent aucune réaction locale et mirent rapidement la malade hors de danger.

M. Pozzi insiste sur ces différentes particularités et sur

la difficulté de l'hystérectomie sur un utérus dont le col a été sectionné ; il dut faire ses prises par la face postérieure de l'organe, après ouverture du cul-de-sac postérieur.

M. Segond, dans une dizaine de cas, s'est trouvé en face de la difficulté signalée par M. Pozzi, et a dû s'*amarrer* sur la face postérieure de l'utérus pour pouvoir faire l'hystérectomie.

Il est aussi de l'avis de M. Pozzi, qui a signalé les inconvénients de l'amputation du col chez les jeunes femmes.

— La séance se termine par une lecture de M. Delbet, sur une observation de *cholécystoentérostomie* qui fera l'objet d'un rapport de M. Chaput. Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juin 1895

La malade que M. Chauffard présente à la Société offre un très bel exemple des intimes relations qui, en clinique et probablement en pathogénie, unissent la maladie de Raynaud à la sclérodermie. C'est une femme de cinquante-neuf ans, qui, en novembre 1893, eut une première attaque de syncope locale des extrémités ; les accidents se reproduisirent, et à ce moment, l'observation de cette malade fut publiée comme un type de maladie de Raynaud.

Ce diagnostic, comme on va le voir, devait bientôt être modifié.

En effet, à côté des accès de syncope locale, se sont montrés des accidents d'un autre ordre, troubles trophiques des ongles, atrophie du masque facial et d'une moitié de la langue. Aujourd'hui on trouve chez la malade tous les caractères de la sclérodermie.

Le syndrome de Raynaud a donc débuté, mais au lieu de se faire vers la gangrène, l'évolution morbide s'est faite vers la sclérose dermique. C'est là probablement une question de siège et de degré des lésions : à l'endartérite oblitérante correspondent les lésions de gangrène symétrique, à l'endo-périartérite vulgaire la sclérose dermique et hypodermique. Ce début vaso-moteur de la sclérodermie n'est pas exceptionnel ; Senator, Babinsky, Lewin et Heller rapportent des exemples analogues.

Quant à la localisation linguale avec prédominance unilatérale de l'atrophie, elle est très rare. Il s'agit ici d'une atrophie molle, sans bandes fibreuses, sans lésions apparentes de la muqueuse.

On ne peut accuser, pour l'expliquer, une lésion nucléaire de l'hypoglosse, car on ne constate aucun symptôme bulbaire, et il n'y a ni hémiparalysie du voile du palais ni paralysie de la corde vocale inférieure, comme cela a été signalé dans les cas de ce genre. On ne peut songer davantage à une névrite de l'hypoglosse. Il ne s'agit donc probablement que d'une de ces scléroses musculaires décrites par Méry ; c'est une hémiatrophie linguale myopathique relevant ici de la sclérodermie.

La malade de M. Chauffard a eu des érysipèles à répétition, survenant au moment des règles. Si l'on admet avec Bouttier que l'érysipèle peut être une cause provocatrice de sclérodermie, avec Lewin et Heller que toute lésion traumatique ou infectieuse des téguments peut déterminer une localisation du processus, il est permis de se demander si, chez cette malade, ses vingt-six érysipèles de la face n'ont pas contribué à la localisation linguo-faciale de la sclérodermie.

M. Chauffard a employé chez cette femme, dont le corps thyroïde semblait petit, le traitement thyroïdien. Il lui a fait prendre quotidiennement, par périodes de huit à dix jours, une ou deux capsules contenant 10 centigrammes de corps thyroïde. La fréquence et l'intensité des crises d'asphyxie locale n'ont pas été modifiées, mais la réaction vaso-motrice qui suit et termine les crises a cessé d'être douloureuse et de provoquer la sensation si pénible de l'onglée.

— A la suite d'une première autopsie de *maladie de Paget*, MM. Gilles de la Tourette et Marinesco avaient émis l'hypothèse qu'il s'agissait là de troubles trophiques dépendant de lésions médullaires, les auteurs ont eu récemment l'occasion de pratiquer une seconde autopsie d'ostéite déformante de Paget, et ils communiquent les résultats que leur a fournis l'examen de la moelle et des nerfs.

A l'œil nu on constate que les lésions médullaires ont leur maximum dans les régions dorsales moyenne et inférieure. Dans les préparations traitées par la méthode de Pal, on voit que la partie médiane des cordons postérieurs et la zone radiculaire postérieure tranchent par leur coloration pâle sur les autres régions.

A l'examen microscopique on constate que cette pâleur correspond à une raréfaction des fibres nerveuses. Les racines postérieures, les colonnes de Clarke, la zone de Lissauer semblent intactes ; il en est de même des cornes antérieures et postérieures et des racines antérieures.

Les nerfs sont considérablement augmentés de volume ; ils sont le siège d'une névrite interstitielle très probablement d'origine vasculaire.

— Les vomissements hystériques se produisent quelquefois avec une persistance remarquable. Chez une malade dont M. Mathieu rapporte l'histoire, les vomissements avaient débuté quatorze mois auparavant sans cause appréciable ; ils se produisaient régulièrement vers deux heures du matin et s'accompagnaient d'une céphalée frontale très intense. Cette douleur siégeait un peu au-dessus de la racine du nez. L'intolérance gastrique était absolue ; les accidents duraient sept à huit heures puis disparaissaient.

Rien, chez cette malade ne pouvaient expliquer ces crises quotidiennes de vomissements. D'autre part elle ne semblait présenter aucun signe d'hystérie : pas d'anesthésie, pas d'hyperesthésie, pas de points hystérogènes ; cependant un certain degré de constriction de la gorge. Mais ce qui permit à M. Mathieu, de diagnostiquer l'hystérie, c'est qu'ayant eu, quelques jours plus tard, l'idée de rechercher l'état de sensibilité cutanée au front à l'endroit où débutaient les crises douloureuses, il y trouva une zone d'anesthésie située sur la ligne médiane un peu au-dessus de la racine du nez et large comme une pièce de 5 francs environ. 2 grammes de bromure par jour et de la suggestion *à haute dose* eurent raison des vomissements, mais la plaque d'anesthésie persiste encore au niveau du front.

— Au début de la séance, et à propos de la récente communication de M. Galliard sur la thyroïdite grippale. M. Gaucher a rappelé qu'il avait rapporté, en 1890, un cas analogue à celui de M. Galliard.

***

Séance du 5 juillet

Le succès a définitivement consacré le traitement de la diphtérie par les injections de sérum d'animaux immunisés contre cette maladie. Mais pour bien apprécier une méthode thérapeutique il est nécessaire d'en connaître les inconvénients et les accidents qui lui sont imputables. Et quand cette méthode a fait ses preuves, comme la sérothérapie antidiphtérique, ce n'est pas l'attaquer que de parler de ces accidents.

M. Moizard qui, dans ses communications antérieures.

a déjà attiré l'attention sur eux, vient communiquer aujourd'hui, en son nom et au nom de M. le Dr Bouchard, l'observation *d'un cas d'angine non diphtérique traité par le sérum* et *suivi de mort;* c'est le premier cas de mort que M. Moizard observe, mais on en a déjà publié quelques-uns. Laissant de côté ceux qui se sont produits en Allemagne et qui, d'ailleurs, ne sont peut-être pas très probants, M. Moizard résume tout d'abord celui que MM. Guinon et Rouffilange ont publié récemment dans la *Revue des Maladies de l'enfance*. Dans ce fait, un enfant de trois ans reçut 40cc de sérum en quatre injections; sept jours après la première, il mourait avec de l'anurie et après avoir présenté des convulsions toniques et cloniques suivies de coma.

Dans un autre cas, l'enfant, soigné par M. Thibierge, présenta les mêmes phénomènes d'anurie, et c'est à grand' peine qu'on put venir à bout des accidents graves qui les accompagnaient.

D'après M. Guinon, et M. Moizard avait déjà en décembre 1894 nettement exprimé cette opinion, lorsque « les reins se ferment sous l'inflence d'une néphrite intense, qu'elle soit le fait de l'intoxication diphtérique ou de l'infection à streptocoques, ce qui est plus vraisemblable, il est dangereux de les surcharger en les obligeant à éliminer des poisons nouveaux comme ceux que contient le sérum. »

Dans le cas de MM. Moizard et Bouchard ce n'est point le rein qui a été touché et ce ne sont point des troubles de la fonction urinaire qui ont entrainé la mort.

Il s'agit d'une fille de six ans, dont la sœur atteinte d'une angine diphtérique légère, diagnostic vérifié par l'examen bactériologique, avait guéri à la suite d'une injection de 10cc de sérum au commencement d'avril 1895.

Le 30 avril, l'enfant est prise d'une angine d'apparence herpétique d'abord : les jours suivants les fausses membranes augmentent, s'étalent jusque sur la paroi du pharynx et deviennent blanc grisâtre. Un ensemencement est pratiqué, et sans attendre le résultat de l'examen, qui démontre qu'il ne s'agissait pas de diphtérie, une injection de 10cc de sérum est pratiquée. Le 12 mai, dix jours après cette injection, l'enfant dont l'angine avait guéri très rapidement est prise de convulsions généralisées après avoir depuis deux jours de la fièvre (40°), de l'agitation, de la diarrhée, une éruption d'urticaire très intense et de légères douleurs dans l'articulation de l'épaule gauche. L'urine était légèrement albumineuse depuis la veille. Quatre heures après le début des convulsions, l'enfant mourait dans le coma.

La cause de la mort a bien été ici, ce n'est pas douteux, l'injection de sérum. Les toxines qu'il contient ont agi d'une façon prédominante sur le système nerveux; le rein ne doit pas être mis en cause. La quantité injectée n'a pas été trop considérable puisqu'elle n'a été que de 10cc.

Serait-ce que les injections de sérum seraient plus dangereuses chez les enfants non atteints de diphtérie? Il n'est pas possible de le dire.

Quant au sérum lui-même il provenait de l'Institut Pasteur et était dans un parfait état de conservation.

La conclusion pratique que M. Moizard tire de ce fait malheureux est que dans une angine douteuse, légère par conséquent, car le doute n'existe que dans ce cas, il faut attendre avant de pratiquer l'injection de sérum, le résultat de l'examen bactériologique.

C'est aussi à cette conclusion que M. Le Gendre avait abouti, lorsque combattant un des premiers les injections de sérum pratiquées à titre préventif, il avait déclaré que le sérum était un antitoxique et un stimulant de l'organisme et non pas un vaccin, et qu'il ne fallait pas faire courir aux enfants les dangers des injections préventives. Le fait que vient de rapporter M. Moizard confirme nettement cette opinion.

D'autre part, si le sérum agit merveilleusement sur les fausses membranes, s'il en facilite la chute, s'il en arrête le développement, il ne met nullement le malade à l'abri des complications plus ou moins éloignées de la diphtérie. Aux faits qu'il a déjà rapportés, M. Le Gendre en ajoute un de plus, aussi probant et aussi remarquable Chez un enfant atteint d'angine diphtérique, on pratique, le troisième jour, une injection de sérum qui amène la chute des fausses membranes et une amélioraiion notable de l'état général. Quelques jours plus tard on pratique une nouvelle injection parce que les fausses membranes reparaissaient; nouvelle amélioration, disparition complète des fausses membranes; puis, quinze jours plus tard, paralysie du voile du palais, suivie bientôt de paralysie des membres, de la nuque, enfin d'accidents bulbaires, syncopes, lycothymies. Le trente-cinquième jour, l'enfant mourut dans une syncope. Ce fait prouve donc que le sérum ne met pas à l'abri des complications de la diphtérie.

M. Bucquoy estime que l'on ne saurait retarder l'injection de sérum sans faire perdre aux enfants les bénéfices d'un traitement rapide et précoce. Dans un cas qu'il a observé récemment avec M. Hutinel, le petit malade mourut parce qu'on avait fait trop tard les injections. Sans attendre les résultats d'un examen bactériologique qui n'est réellement utile que dans les cas douteux, qui sont les plus rares, on peut donc, d'après l'examen clinique, prescrire le sérum antidiphtérique

L'examen bactériologique peut d'ailleurs, dans quelques cas, induire en erreur, lorsque, par exemple, l'ensemensement est fait après qu'on a pratiqué les badigeonnages. Aussi M. Le Gendre pense-t-il que la première chose à faire en présence d'une angine, c'est l'ensemencement, qui ne retarde nullement l'application de topiques antiseptiques, et qui donne rapidement un diagnostic certain.

On ne s'attendait point, au cours de cette discussion, de voir remettre en cause la nature même de la diphtérie et la valeur du bacille de Lœffer dans la production de cette maladie.

M. Gaucher, au nom de la clinique, appelle diphtériques les grosses angines à pseudo-membranes abondantes blanches ou grisâtres; les petites angines bénignes ne sont pas diphtériques, dût-on ne pas trouver le bacille de Loeffer dans les premières et le rencontrer dans les secondes. Celles-ci, bénignes, on les traite par le sérum, et un sérum dangereux.

M. Moizard répond que si bénignes que soient au premier aspect certaines manifestations de la diphtérie, les complications qu'elles entrainent par leur extension même sont assez nombreuses et assez graves pour qu'on n'ait pas le droit de priver les malades des bénéfices du traitement sérothérapique. Ses coups mortels suivent souvent les angines bénignes et légères, si bénignes et si légères qu'elles évoluent et passent sans qu'on les ait aperçues.

— Après l'intéressante discussion qu'a soulevée la communication de M. Moizard, MM. Roger et Bonnet présentent une observation de *suppuration périnéale amicrobienne*. Il s'agit d'un homme qui se plaignait de douleurs dans l'hypochondre gauche, et qui avait tous les soirs des accès fébriles, ressemblant beaucoup à ceux de la fièvre intermittente. Il s'agissait d'une phlegmon périnéphrétique; dans le pus on ne trouva aucun micro-organisme; les cultures et les inoculations aux animaux restèrent négatives. Il faut noter que cependant le foyer continuait à s'accroître et menaçait de s'ouvrir dans les organes voisins; de plus,

la fièvre persistait. Ce fait démontre que les produits microbiens peuvent être pyrétogènes, et produire des accès fébriles intermittents. Il est probable qu'ici, comme dans tous les cas analogues, les microbes d'abord virulents, se sont d'abord atténués, puisqu'ils ont fini par complètement disparaître. H. RICHARDIERE ET FOURNIER.

LES LIVRES NOUVEAUX

Formulaire de Gynécologie thérapeutique (traitement des maladies des femmes), par le Dr R. VAUCAIRE. — Maloine, éditeur. Paris, 1895.

Le *Formulaire de Gynécologie* du Dr Vaucaire est un ouvrage pratique.

M. Vaucaire adopte l'ordre nosologique et alphabétique pour donner, à propos de chacune des maladies, une ou plusieurs médications. C'est un guide rapide, une sorte de *vade-mecum* qu'on pourra consulter en présence des cas quelquefois si complexes, les affections utérines et les symptômes qui les accompagnent réclamant une thérapeutique toute spéciale.

Cet ouvrage résume les principaux travaux de gynécologie ; c'est le formulaire des maladies de la femme, non seulement des métrites, salpingites, déplacements de l'utérus, vaginites, vulvites, etc., mais de toutes les affections qui les accompagnent : troubles digestifs, troubles cardiaques, aménorrhée, dysménorrhée, hystérie, épilepsie menstruelle, chloro-anémie, etc.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Légion d'honneur. — PROMOTION DANS LA MÉDECINE MILITAIRE. *Au grade de commandeur :* M. Fée, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 11e corps d'armée.

Au grade d'officier : MM. les médecins principaux de deuxième classe Sorel et Corties.

MM. les médecins-majors de première classe Comte, Dornier, Gaubert et Forgemol.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors de première classe Cassedebat, Richard, Bercher, Ravenez, Massonnaud, Polin, Delatour, Troché, Gély-Guinard, Dubrulle et Pitot.

MM les médecins-majors de deuxième classe Lejeune, Couillault, Manfredi, Coquand, Péradon, Hermantier, Mathelin, Gauthier, Chandèze, Dupret et Billet.

M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Bourgeois.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Kuhff et Thomas.

MM. les docteurs Massina (de Boulou) et Vignes (de Tarbes).

M. Béjou, médecin de deuxième classe de la marine.

Faculté de Médecine de Paris. — CONCOURS DE PROSECTORAT. Le jury est provisoirement composé de MM. Quénu, Duplay, Lannelongue, Campenon, Farabeuf, Galliard, H. Gombault. M. Farabeuf fait partie de ce concours par suite des innovations que nous avons signalées pour Clamart. Nous avons dit que la Faculté augmentait le traitement des prosecteurs des hôpitaux en leur confiant deux élèves et que de plus il allait être créé des aides d'anatomie; mais ces aides d'anatomie seront nommés ultérieurement.

Promotion de croix de la Légion d'honneur. — LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE A L'HÔTEL DIEU. Le Président de la République a visité l'Hôtel-Dieu jeudi matin et a profité de cette visite pour remettre les croix suivantes au personnel médical.

M. Tillaux a reçu la croix de commandeur.

Ont été promus *officiers* : MM. les Drs Nicaise, chirurgien à l'hôpital Laënnec ; Constantin, médecin à l'hôpital de la Charité.

Chevaliers : MM. Delens, chirurgien à l'hôpital Lariboisière ; Ferrand, médecin à l'Hôtel-Dieu ; Landrieux, médecin à Lariboisière ; Kirmisson, chirurgien à l'hospice des Enfants-Assistés.

M. Félix Faure a remis, en outre, les médailles suivantes :

Médailles d'argent : Mmes Alancle, surveillante de 1re classe, à la Salpétrière ; Cottin (sœur Saint-Jacques), à l'hôpital Saint-Louis ; Graby, surveillante de 1re classe, à l'hôpital de la Pitié ; Reimond (sœur Saint-Ignace), à l'Hôtel-Dieu.

M. Saingest, surveillant hors classe, à Bicêtre.

Médailles de bronze : Mmes Colbe, surveillante de 2e classe, à l'hôpital Saint-Antoine ; Cuillère, surveillante de 2e classe, à Bicêtre ; Nevromont, surveillante de 1re classe, à l'hôpital Bichat.

Le Président de la République s'est exprimé dans les termes suivants :

« Messieurs, je ne veux pas quitter l'Hôtel-Dieu sans remercier les chefs de service, les savants médecins, les internes, les sœurs, les infirmiers, tous ceux, en un mot, qui se dévouent, dans cette maison de la souffrance, au service des malheureux.

« Vous avez pu voir que je m'informe fréquemment auprès des malades de leur état et des soins qui leur sont donnés. Ils sont unanimes à reconnaître les délicates attentions dont vous les entourez.

« Je suis heureux de me faire leur organe et de vous remercier tous, en leur nom et au nom de la patrie.

« Comme chef de l'État, je tiens à vous dire combien vos services sont appréciés, combien nous vous en sommes reconnaissants.

« J'ai voulu venir à l'Hôtel-Dieu à la veille de notre Fête Nationale, parce qu'il me semble que d'ici je m'adresse à tout le corps médical de Paris et que le lieu était bien choisi pour remettre les récompenses accordées à l'occasion du 14 Juillet.

« Vos médecins recevront leurs décorations dans cette maison, dans ce jardin, comme des soldats reçoivent le ruban sur le champ de bataille, comme des chefs au milieu de leurs troupes. »

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 29. L'UNION MÉDICALE 20 Juillet 1895.

SOMMAIRE

I. H. Richardière : La forme tardive de la maladie bleue.
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Revue de la Presse : Chirurgie.
IV. Académie et Sociétés savantes :
1° Académie de Médecine;
2° Société de Chirurgie;
3° Société médicale des Hôpitaux;
4° Revue de la Société de Thérapeutique.
V. Les livres nouveaux.
VI. Échos et nouvelles.

LA FORME TARDIVE DE LA MALADIE BLEUE

Par H. RICHARDIÈRE.

I

La cyanose, en rapport avec l'inocclusion du trou de Botal, est sujette, même dans les cas typiques de la maladie bleue, à des variations considérables. La coloration violacée de la peau et des muqueuses, plus ou moins marquée à l'état normal, peut s'exagérer momentanément à l'occasion des efforts, des émotions ou des maladies intercurrentes des voies respiratoires. Dans certains cas, il existe même de véritables crises de cyanose survenant sans cause appréciable. Pendant ces crises, dont la durée varie de quelques heures à quelques jours, la coloration normale prend une intensité extrême. La peau devient livide. La dyspnée, qui est normale à l'état ordinaire chez presque tous les sujets atteints de maladie bleue, suit les variations de la cyanose et s'exagère simultanément.

Chez un jeune garçon (1) atteint de maladie bleue typique que j'observe en ce moment à l'hôpital Hérold, cette variabilité dans les symptômes existe à un haut degré. La cyanose, ordinairement modérée, augmente considérablement sous l'influence des émotions et des efforts. Le seul fait d'adresser la parole au malade exagère immédiatement la teinte cyanique du visage. Le malade, très impressionnable, *bleuit* à la moindre émotion.

La variabilité des symptômes, et particulièrement de la cyanose liée à l'inocclusion du trou de Botal, semble, *à priori*, paradoxale: A une lésion congénitale, présumée fixe, des symptômes invariables devraient correspondre en clinique. L'observation démontre cependant qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Dans les affections congénitales du cœur, la cyanose débute assez souvent à une époque plus ou moins éloignée de la naissance.

Sur 57 cas de sténose de l'orifice pulmonaire, Stölker (cité par Weill) a observé le début de la cyanose :

32 fois près de la naissance;
9 fois dans les six premiers mois;
3 fois dans la première année;
1 fois dans la deuxième année;
3 fois dans la cinquième année;
1 fois dans la vingt-cinquième année.

Dans quelques cas, la cyanose se montre brusquement, après un effort violent, une ascension (Duroziez), après une chute (Rauchfuss).

Une maladie des voies respiratoires peut être l'occasion de son apparition chez des sujets dont le trou de Botal était incomplètement fermé et chez lesquels ce vice de conformation du cœur avait passé jusqu'alors inaperçu.

Le mode d'évolution de la cyanose dans la maladie bleue a été particulièrement étudié par MM. Bard et Curtillet, qui ont consacré à la forme tardive de la maladie bleue un très intéressant Mémoire publié dans la *Revue de médecine* de 1889. Depuis le travail de Bard et Curtillet, des observations publiées à la Société des Sciences médicales de Lyon par Pic (1) et par Chatin et Bret (2) dans la *Province médicale*, ont confirmé l'existence de la forme tardive de la maladie bleue, et ont paru justifier l'interprétation donnée à ces faits par les premiers observateurs.

Un malade présenté par Pierre Marie à la Société médicale des Hôpitaux de Paris en janvier 1895, était atteint de cyanose tardive. Ce malade, âgé de trente-deux ans, était dyspnéique depuis son enfance. La cyanose était apparue depuis peu de temps (deux à trois ans seulement). Les doigts de ce malade étaient en baguette de tambour.

L'observation suivante concerne également une malade qui a été atteinte de la forme tardive de la maladie bleue.

Sophie M..., âgée de trente quatre ans, entrée à l'hôpital Hérold, le 5 janvier 1895. Père et mère bien portants. Plusieurs frères et sœurs jouissant également d'une bonne santé.

Bien portante jusqu'en 1889, Sophie M..., a été atteinte d'une bronchite grave, au moment de l'épidémie d'influenza. Pendant le cours de cette bronchite, elle a présenté pour la première fois une teinte violacée de la peau. Cette cyanose a été remarquée par la malade et notée par les

(1) L'observation de ce malade a été publiée par MM. Variot et Chabry dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles* (1894, page 1056).

(1) Pic : Soc. des Sciences médicales de Lyon, juin 1893.
(2) Chatin et Bret : *Province médicale*, mai 1895.

médecins qui l'ont soignée. Elle s'est accompagnée d'enflure des membres inférieurs.

La bronchite guérie, la cyanose a considérablement deminuée.

Depuis lors, Sophie M... a tous les hivers de fortes bronchites, pendant lesquelles se montrent de violents accès de dyspnée.

Pendant ces bronchites, la cyanose devient très prononcée!

Dans l'intervalle des bronchites, la cyanose diminue sans disparaitre complètement.

La maladie, pour laquelle Sophie M... entre à l'hôpital Hérold a débuté il y a huit jours. Elle se manifeste par de la fièvre, de la toux et de la dyspnée.

Sophie M... a une déformation considérable du thorax. Les côtes sont aplaties littéralement, formant deux larges gouttières sur les côtés du thorax. Le sternum est relevé d'arrière en avant : son apendice xyphoïde est fortement projeté en avant.

La colonne vertébrale est déviée en scoliose et en cyphose.

Pas de déformations des os ni des membres. Les ongles sont légèrement hipprocratiques.

La malade présente une cyanose très prononcée. Sujette à des variations dont nous avons indiquées les causes, cette cyanose est considérable au moment de l'entrée de Sophie M... à l'hôpital. Elle est surtout accentuée au niveau de la face et du tronc. Les parties cyanosées sont froides.

Fièvre modérée : la température oscille entre 37 et 38°5.

A l'examen stéthoscopique, on constate l'existence de râles de bronchite dans toute l'étendue de la poitrine. Aux deux bases, foyers étendus de râles sous-crépitants. Pas de matité ni de souffle.

L'auscultation du cœur est très difficile. L'organe paraît hypertrophié. Il existe un dédoublement manifeste du bruit au niveau de l'orifice tricuspidien.

Le pouls régulier est extrêmement rapide. 120 à 140 pulsations par minute.

Pas d'albumine dans les urines. La respiration est difficile. Le chiffre des respirations est de 26 à 30 par minute.

Il existe de temps en temps de véritables accès de suffocation, pendant lesquels la cyanose s'accentue d'une façon excessive. La figure devient presque noire : les mains sont absolument violettes. La muqueuse buccale a une teinte cyanique très prononcée.

Les accès de suffocation amènent un état de torpeur cérébrale, qui rend la malade incapable de répondre aux questions. Elle parait être alors dans une sorte d'état comateux.

Du 15 au 19 janvier, malgré le traitement mis en œuvre (saignées, respirations d'oxygène, injections d'éther, de caféine), la dyspnée s'accentue; à plusieurs reprises, syncopes dissipées par des injections d'éther, des tractions rhytmées de la langue.

Mort le 19 soir.

Une numération des globules rouges a été faite et a donné le chiffre de 5,900,000 par m/m.

Autopsie. — Lésions de bronchite généralisée étendue aux bronches de petit calibre. Les bronches sont remplis de muco-pus. Plusieurs foyers de pneumonie lobulaire. Emphysème des lobules du sommet.

Cœur. — Hypertrophié dans son ensemble. Dilatation du ventricule et de l'oreillette droite. Pas de lésions des valvules mitrale ou aortique. L'orifice tricuspide est normal.

Au niveau de la cloison interauriculaire, il existe à la partie supérieure de la valvule de Vieussens, un orifice permettant l'introduction d'un gros porte-plume, presque de l'extrémité du petit doigt.

Cet orifice fait communiquer largement les deux oreillettes.

Pas de persistance du canal artériel.

Pas de rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Il s'agit, dans ce fait, d'une malade sujette, depuis 1889, à des bronchites intenses. La cyanose a fait son apparition à l'occasion de la première de ces bronchites et a persisté jusqu'à la mort de la malade. Pendant les intervalles de bonne santé, la cyanose était modérée; elle redevenait intense au moment des poussées de bronchite. La mort a été causée par une broncho-pneumonie terminale, pendant laquelle la cyanose avait pris une intensité extrême. A l'autopsie, on a trouvé une inocclusion du trou de Botal.

Cette malade avait des déformations thoraciques considérables, dues à des déviations de la colonne vertébrale. En raison de ces déformations, les bronchites avaient un caractère de grande gravité et augmentaient considérablement la gêne de la circulation pulmonaire.

II

La forme tardive de la maladie bleue se distingue cliniquement de la forme ordinaire de cette maladie par son évolution. Les malades qui en sont atteints sont exempts de tout symptôme imputable à une affection congénitale du cœur, jusqu'à un âge plus ou moins avancé. La cyanose se montre tardivement à l'occasion d'une maladie aiguë des voies respiratoires. Dans quelques cas (observations de Bard et Curtillet, de Chatin et Bret), la cyanose est un accident ultime, se montrant quelques jours seulement avant la mort, qui termine la maladie grave des poumons qui a été l'occasion de son apparition.

Dans d'autres cas, la cyanose a une durée plus longue (observations de Pic, Richardière). Elle est alors intermittente ou continue avec exacerbations. Le malade de Pic avait une cyanose tardive intermittente. La cyanose n'existait qu'au moment d'une affection des voies respiratoires. Le malade, âgé de quarante-deux ans, avait eu deux pneumonies et des bronchites répétées. La cyanose avait été observée pendant toute la durée de ces affections thoraciques et avait complètement disparu dans leur intervalle. Dans les périodes de bonne santé, la coloration pathologique faisait défaut.

Chez ma malade, la cyanose, apparue tardivement à l'occasion d'une bronchite grave, était restée définitive. Elle avait persisté, avec des exacerbations au moment des nouvelles poussées bronchitiques.

Lorsque la cyanose tardive persiste, intermittente ou continue, elle a sur l'organisme les mêmes con-

séquences que la cyanose congénitale. Les ongles se déforment et présentent l'altération hippocratique. Cette altération existait chez les malades observés par Pic, Pierre Mane et par moi. L'hyperglobulie existait chez ma malade, qui avait près de six millions de globules rouges.

Dans la cyanose tardive, qui apparaît peu de jours avant la mort (observations de Bard et Curtillet, de Chatin et Bret) la rapidité de la marche des accidents empêche le développement des conséquences secondaires de la maladie bleue. La déformation hippocratique des ongles fait défaut. L'hyperglobulie n'existait pas chez le malade observé par Chatin et Bret.

Comme symptôme de la forme tardive de la maladie bleue, Bard et Curtillet ont signalé l'existence d'un souffle perçu à gauche du sternum, qui existe, disent ces auteurs, dans la moitié des cas.

Dans l'observation de Chatin et Bret et dans la mienne, ce souffle faisait défaut. Le seul signe noté à l'examen stéthoscopique du cœur a été, dans les deux cas, un dédoublement du deuxième bruit au niveau du foyer tricuspidien.

Ce dédoublement n'a certainement aucun rapport avec la béance du trou de Botal. Le bruit de souffle a plus d'importance. Il faut cependant ajouter que son absence est fréquente. D'après Duroziez et Potain, la communication interauriculaire ne s'accompagne, en effet, d'aucun bruit caractéristique (Weill).

III

On sait que deux théories ont été proposées pour expliquer la cyanose dans les malformations du cœur. Dans la première, la cyanose est attribuée au mélange du sang veineux avec le sang artériel. Dans la deuxième, la cyanose est expliquée par la stase mécanique du sang. *A priori,* cette deuxième théorie semble applicable aux faits de la cyanose tardive. La gêne de la circulation pulmonaire amenée par une affection grave des voies respiratoires, souvent aggravée par des déformations thoraciques, a pour conséquence l'asphyxie, dont la cyanose est la manifestation. Ainsi comprise, la cyanose serait sous la dépendance de la dyspnée et n'aurait aucun rapport avec l'inocclusion du trou de Botal. Cette explication ne paraît pas admissible dans le fait que j'ai observé à l'hôpital Herold. En effet, chez ma malade, la cyanose n'a pas été un symptôme passager, ne se produisant qu'au moment des déterminations thoraciques et disparaissant avec elles. La cyanose, une fois constituée, a persisté dans l'intervalle des poussées de bronchite. Elle diminuait alors, mais, néanmoins, restait manifeste. Comme dans l'intervalle des bronchites la dyspnée était nulle ou à peine marquée, il faut bien admettre qu'elle ne tenait pas la cyanose sous sa dépendance. La persistance de la cyanose ne peut évidemment s'expliquer dans ce cas que par une lésion fixe, développée brusquement à l'occasion d'une première bronchite et, depuis ce moment, constituée d'une manière définitive. La gêne de la circulation avait un rôle secondaire : elle ne faisait qu'aggraver la cyanose déjà existante.

Comme l'ont fait remarquer Bard et Curtillet, l'existence d'une forme tardive de la cyanose, loin de faire rejeter la théorie du mélange des deux sangs, lui apporte, au contraire, une confirmation éclatante.

Bard et Curtillet ont en effet donné dans leur mémoire une explication complète de la production de la cyanose tardive, basée sur le mode de conformation de la valvule qui ferme le trou de Botal et sur son mode d'insertion sur l'orifice interauriculaire. Par une étude approfondie de cette valvule, ils ont montré qu'elle constituait un voile membraneux, débordant l'orifice qu'elle est destinée à fermer. La disposition anatomique du voile est telle que son rôle, relatif à la fermeture de l'orifice, est entièrement subordonné à l'état de la pression dans chacune des oreillettes. Lorsque la pression est plus forte à droite, comme c'est le cas pendant la vie intra-utérine, la valvule est refoulée de droite à gauche et laisse passer le sang de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche.

Après la naissance, la valvule se soude ordinairement aux parois, et la communication entre les deux oreillettes n'a plus lieu. Néanmoins, même si la soudure n'a pas lieu, le mélange des deux sangs est le plus souvent évité. En effet, dans les conditions physiologiques, la pression est plus forte à gauche qu'à droite, et le courant sanguin applique le voile membraneux contre l'orifice. Le mélange des deux sangs et la cyanose sont évités grâce à ce mécanisme.

En raison de la disposition anatomique du voile membraneux qui ferme l'orifice intra-musculaire, les communications entre les deux oreillettes et le mélange des sangs de droite et de gauche ne sont possibles que si les conditions de pression sanguine sont modifiées, et si la pression devient prédominante à droite. Or c'est là précisément ce qui se produit dans les affections graves des voies respiratoires qui gênent la circulation pulmonaire et augmentent la pression sanguine dans l'oreillette droite. Sous l'influence de la pression sanguine, le voile membraneux cesse d'être appliqué sur l'orifice interauriculaire, et le sang passe de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche. Le sang veineux se mélange au sang artériel. Il en résulte une maladie bleue tardive, qui ne diffère pas de la maladie bleue congénitale ni par ses manifestations immédiates ni par

sa physiologie pathologique. L'interprétation donnée par Baul et Curtillet s'appliquait parfaitement aux cas qu'ils avaient observés. Elle s'applique également aux autres variétés de la forme tardive de la maladie bleue.

Plusieurs cas, en effet, peuvent se produire.

Dans un premier groupe de faits, la cyanose tardive est passagère. Elle apparaît comme un accident de la dernière heure dans les maladies mortelles des voies respiratoires.

Chez d'autres malades, la cyanose tardive est un symptôme intermittent (observation de Pic). Elle se manifeste alors chez des malades atteints d'affections thoraciques curables, mais à répétition. Elle existe pendant les déterminations thoraciques, au moment où la gêne de la respiration élève la pression sanguine dans la petite circulation, et disparaît dans les intervalles de bonne santé.

Dans un troisième groupe de faits, il s'agit encore d'affections thoraciques à répétition, mais chez des malades qui ont des déformations chroniques ou une lésion permanente des voies respiratoires (telle que l'emphysème), rendant impossible le retour à l'équilibre physiologique des pressions sanguines dans les oreillettes.

Chez ces malades, la cyanose secondaire plus ou moins tardive persiste après la guérison de l'affection thoracique qui l'a fait apparaître. La maladie bleue est alors constituée définitivement et entraîne les mêmes conséquences que la forme congénitale.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Le Congrès pénitentiaire international de Paris.

Il s'est produit, pendant la première quinzaine de juillet, deux faits qui intéressent l'hygiène et dont nous allons rendre compte.

Le premier est le Congrès pénitentiaire international, qui s'est ouvert le 1er juillet, à la Sorbonne, en présence de M. le Président de la République, et qui a terminé ses travaux le 7, en tenant deux séances dans la journée.

Le second est l'ouverture du Congrès d'assainissement et de salubrité, qui a eu lieu le 8 juillet, au palais des Arts Libéraux. Nous ne nous occuperons aujourd'hui que du Congrès pénitentiaire international. C'est le cinquième qui a lieu depuis vingt-trois ans. Le premier s'est tenu à Londres en 1872, le second à Stockholm en 1875, le troisième à Rome en 1880 et le quatrième à Saint-Pétersbourg en 1890.

Le Congrès de Paris a été ouvert avec une solennité inusitée pour ces sortes de réunions. Il avait attiré une foule considérable ; vingt-cinq nations s'y étaient fait représenter par des délégués officiels, et le nombre des membres s'élevait à huit cents. C'est du moins le chiffre des convives qui se sont réunis autour du banquet des adieux offert, à l'Hôtel Continental, par le Comité d'organisation aux délégués étrangers pour leur souhaiter la bienvenue.

Je voudrais pouvoir dire que l'importance des débats et des résolutions prises a été à la hauteur de la réception et des fêtes ; mais je craindrais de ne pas être tout à fait dans le vrai. La déception que j'ai éprouvée a peut-être contribué à me donner cette impression. J'espérais voir traiter dans ce Congrès, où les criminalistes du monde entier s'étaient donné rendez-vous, les grandes questions que soulève l'imposant problème de la répression pénale, problème dont la solution paraît chaque jour s'éloigner davantage avec les tendances qui prédominent dans les sociétés modernes. J'espérais voir aborder deux sujets, communs aux législateurs et aux hygiénistes : le système cellulaire et la transportation. Il n'en a pas été dit un mot. Ce sont pourtant là les deux questions fondamentales dans la répression des crimes et des délits, et ce sont deux inventions modernes.

L'emprisonnement cellulaire comporte, comme on le sait, deux variétés : le système de *Pensylvanie* ou de Philadelphie, ainsi nommé parce que c'est dans cette ville qu'on en fit le premier essai en 1786, et le système d'*Auburn* qui remonte à 1821.

Le premier est l'emprisonnement cellulaire de jour et de nuit, le *solitary confinment*. Lorsqu'on l'appliqua pour la première fois en Amérique, ce fut sur des condamnés à mort et c'était alors le système de la séquestration dans toute sa rigueur, sans travail, sans visites et sans livres. Celui-là est complètement jugé aujourd'hui. Il mène à bref délai à la folie, à l'idiotisme ou au suicide. Aussi y a-t-on renoncé, et dans nos prisons cellulaires le condamné reçoit les visites du personnel de la prison ; il travaille, on lui donne des livres, il se promène dans un préau isolé. Toutes ces distractions sont un peu théoriques, et en réalité l'emprisonnement cellulaire complet a le double inconvénient de ne pas effrayer et de constituer un supplice presque intolérable.

Le système d'*Auburn* est beaucoup plus doux. Les condamnés sont renfermés dans les cellules pendant la nuit seulement et ils travaillent en commun pendant le jour.

A celui-là l'hygiène n'a rien à dire ; mais ce n'est véritablement plus une punition. La prison est déjà un séjour trop enviable pour les paresseux et les gens sans aveu. Ils y ont le vivre et le couvert garantis au prix d'un travail illusoire. C'est le *minimum assuré* cher aux phalanstériens en échange de

la liberté de mourir de faim. Aussi, voit-on de plus en plus les vagabonds prendre, au commencement de l'hiver, le chemin de la prison. Ils commettent sans vergogne un petit délit et avouent sans vergogne que c'est avec le désir de se faire incarcérer. Les Klephtes de nos grandes villes renoncent volontiers à l'air du ciel et à l'eau des puits, pour l'abri et la pitance de la prison.

Le système cellulaire a un inconvénient d'un autre ordre, c'est qu'il est extrêmement dispendieux. Dans les six dernières prisons construites en France, la cellule a coûté, en moyenne 4,800 francs. Pour assurer, comme le veut la loi du 5 juin 1875, le bénéfice de l'emprisonnement cellulaire à tous les détenus, il faudrait dépenser encore une centaine de millions. C'est une somme colossale, et avant de consacrer tant d'argent au logement des scélérats, il faudrait se préoccuper d'abord de l'insalubrité de nos casernes et de nos lycées, car les écoliers et les soldats, qui sont l'avenir du pays, ont plus de droits à sa sollicitude que les criminels qui ne seront jamais qu'une charge pour lui.

La *transportation* a bien plus de charme encore pour la gent criminelle. La Nouvelle-Calédonie est l'Eldorado des scélérats. C'est la villégiature avec le confortable, dans le plus beau pays du monde. Elle exerce sur les esprits jeunes et pervertis le même genre de séduction que l'île de Robinson sur les imaginations candides des collégiens de mon temps. Aussi, comme le régime des maisons centrales est encore assez dur, on tue pour les éviter et pour aller à la *Nouvelle*, bien sûr qu'il ne se trouvera pas en France un jury assez barbare pour condamner à mort un malheureux qui n'a commis qu'un simple assassinat, justifié par la résistance déplacée de la victime.

La *transportation*, comme le bannissement d'autrefois, est pourtant le châtiment rationnel et légitime; mais c'est l'application qui est difficile. On ne peut pas envoyer le condamné dans un pays insalubre, parce qu'alors c'est la peine de mort déguisée et que de pareilles tromperies sont indignes d'une société qui se respecte. Le pays est salubre et fertile. Comme on ne peut pas laisser les scélérats y mourir de faim, ou comme on est obligé de les abriter et de pourvoir à leurs besoins, on arrive à combler leurs désirs, à leur faire une situation plus heureuse que celle de la majorité des ouvriers et des paysans qui sont pourtant obligés de payer la majeure partie des impôts à l'aide desquels on entretient la fainéantise et le bien-être des scélérats.

Ce sont là de grands et difficiles problèmes, et j'aurais été heureux de les voir traiter à fond par ce Congrès pénitentiaire international; de ce qu'il n'a pas répondu à mon attente, il ne faut pas conclure qu'il n'a rien produit. Parmi les résolutions que les différentes sections ont adoptées, il en est un certain nombre qui intéressent l'hygiène. Nous citerons notamment les suivantes :

Le travail manuel doit, en règle générale, être rendu obligatoire pour toutes les peines comportant la privation de la liberté.

Il y a lieu d'avoir des asiles ou des quartiers spéciaux pour l'internement des individus acquittés ou renvoyés des poursuites, en raison de leur état mental, et il faudra, pour autoriser leur sortie, la triple intervention de l'autorité judiciaire, de l'autorité administrative et du corps médical.

Les mineurs condamnés seront placés sous la tutelle administrative jusqu'à leur majorité civile; mais une décision pourra mettre fin à cette tutelle lorsque l'autorité trouvera la tâche éducative terminée. Le rôle prépondérant dans l'éducation physique rationnelle sera réservé au travail professionnel et particulièrement au travail agricole en plein air et pour les deux sexes.

Le Congrès s'est également occupé des alcooliques au point de vue du développement de la criminalité et il a recommandé la réglementation des cabarets, la limitation de leur nombre, le dégrèvement des boissons hygiéniques, la rectification des alcools d'industrie et l'établissement de ligues de tempérance pour agir librement sur les mœurs et les habitudes. Il a émis, de plus, le vœu que chaque pays organisât des asiles d'alcooliques avec une large organisation du travail, et prît les dispositions législatives nécessaires pour l'internement des ivrognes dans ces établissements ainsi que pour leur sortie.

On ne peut qu'applaudir à de pareilles résolutions. Elles sont depuis longtemps réclamées par les hygiénistes; mais l'autorité d'un Congrès international comme celui qui vient de se terminer, leur donnera plus de poids que nous ne pourrions le faire aux yeux des gouvernements qui s'y sont fait représenter.

JULES ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Les cas de *cancer utérin inopérable* sont tellement nombreux qu'on a appliqué à leur thérapeutique un nombre considérable de moyens. En voilà un nouveau conseillé par le Dr FAVIUS, de Moscou.

Ce chirurgien a présenté à la Société gynécologique de Moscou 7 cas de ce genre, dont quelques-uns très avancés. Il a obtenu dans la plupart, sinon une guérison complète, du moins un amendement remarquable des douleurs, la cessation des hémor-

ragies et des écoulements ichoreux, l'amélioration de l'état général; localement l'épithéliome se sclérose, se ratatine, diminue aussi quelquefois de la moitié de son volume primitif.

Voici le traitement qu'il emploie, il a été inspiré par Bernhart, et tire son intérêt de ce qu'il a donné de bons résultats dans les cas avancés où l'intervention chirurgicale avait été rejetée. Il s'agit d'*injections* dans le parenchyme néoplasique d'une *solution d'acide salicylique* à 6 pour 100 parties d'alcool à 60°. On fait, après lavage préalable du vagin, une injection de 1 à 4 cc. dans la tumeur, en enfonçant environ de 75 millimètres l'aiguille de la seringue de Pravaz en cinq ou six endroits différents. A la suite des premières injections, on observe quelques hémorragies et un peu de douleur, mais les suivantes se font sans aucune complication.

Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac a fait l'objet d'une nouvelle étude de Kocher dans le *Deut. med. Woch.*, nos 16, 17 et 18 (1895). L'auteur défend sa méthode, qui consiste, comme on le sait, à pratiquer non seulement la gastro-entérostomie, mais encore la pylorectomie.

Ce procédé ne lui a pas donné une seule mort dans les sept dernières interventions où il l'a appliqué.

Voici sa technique: avec deux pinces à mors longs munis de caoutchouc on limite le néoplasme du côté de l'estomac et du côté du duodénum, on coupe le néoplasme presque au ras de la pince stomacale et on ferme l'incision faite à l'estomac; après quoi on coupe le néoplasme du côté du duodénum et on abouche le duodénum divisé avec la paroi postérieure de l'estomac, préalablement incisée.

Ce procédé appliqué dans 12 cas de carcinome de l'estomac a donné un seul cas de mort. Il s'agissait d'un carcinome stomacal très adhérent ayant envahi la face inférieure du foie. En voulant attirer au dehors tout le néoplasme, la tumeur se déchira, si bien que pour arrêter l'hémorragie, on fut obligé de lier l'artère hépatique. L'opération ne put être terminée qu'avec de grandes difficultés, et le malade succomba quelques jours plus tard.

Les autres opérés sont encore vivants. Chez l'un, l'opération a été faite depuis sept mois, et l'opéré jouit d'une santé excellente et doit être considéré comme radicalement guéri; 4 sont guéris depuis dix-neuf à vingt mois, et 1 seul d'entre eux, sans avoir présenté de récidive proprement dite, est atteint d'un cancer du rectum; le sixième, opéré depuis seize ans, a eu récemment une récidive locale qui a nécessité une nouvelle gastro-jéjunostomie; depuis cette nouvelle opération le malade se porte de nouveau fort bien; les autres sont opérés depuis huit mois et n'ont encore pas de récidive.

M. Kramer, dans les *Archiv. für klin. Chirurgie*, vol. 50, nous donne un intéressant article sur les résultats de la *cure radicale dans les grosses hernies*, c'est-à-dire dans toutes les tumeurs herniaires de volume supérieur à celui des deux poings.

Pour pouvoir juger avec une statistique suffisante cette question très intéressante, il a réuni tous les cas publiés de divers côtés depuis quinze ans et il y a ajouté 6 cas inédits.

Ses observations ont été réparties en deux classes: celles ayant trait à des hernies de volume allant de celui des deux poings à celui d'une tête d'enfant; celles des hernies plus grosses allant du volume d'une tête d'enfant à celui d'une tête d'adulte.

Des 77 malades du premier groupe qui ont été revus, 37 ne présentaient pas de récidive au bout de plus d'un an. Des 49 malades du second groupe revus, 26 étaient demeurés sans récidive. Mais dans les cas qui ont été suivis de récidive, l'opération a le plus souvent donné néanmoins de bons résultats car les malades ont eu une hernie facile à maintenir et la gêne disparut ou a été singulièrement atténuée.

Sur 242 opérations, M. Kramer compte 24 décès dont 17 dus à l'infection de la plaie. On peut en conclure que la cure radicale, pour les hernies volumineuses, est une opération qui met la vie en danger, et on peut dire d'une manière générale que plus la hernie est développée, plus le danger est grand.

Cette considération commande une certaine attention dans le choix des cas à opérer et prouve qu'on doit refuser l'intervention quand la hernie s'accompagne de complications, telles que affections des systèmes respiratoire, circulatoire, urinaire, alcoolisme chronique, obésité. Les hernies anciennes trop volumineuses, les véritables éventrations, ne doivent pas être opérées. L'âge avancé du malade ne constitue pas une contre-indication à l'opération.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet 1895

La discussion sur la prophylaxie de l'alcoolisme continue à l'Académie. M. Bergeron rappelle qu'il a depuis longtemps attiré l'attention sur ce sujet, et, après avoir mentionné les travaux de Magnus Huss sur l'alcoolisme en Suède, il montre la nécessité de lutter énergiquement contre les progrès de l'alcoolisme. Il y a 460,000 débits de boissons en France, dont 25,000 à Paris. Il faut diminuer leur nombre. On y arriverait en étant plus sévères pour les autorisations à ouvrir des débits, et en taxant les débitants d'un droit de licence très élevé. On devrait en outre

interdire la vente à des individus de moins de quinze ans, à des individus en état d'ivresse ; la vente à crédit devrait aussi être interdite ; enfin il faudrait rendre les débitants responsables des désordres qui se produiraient chez eux. Des inspections fréquentes vérifieraient les alcools mis en vente et n'autoriseraient que celle de l'alcool parfaitement rectifié.

M. LABORDE prend ensuite la parole pour répondre à M. DAREMBERG, qui, dans la précédente séance a soutenu que les alcools dits de bonne qualité contiennent autant de principes toxiques que les autres. M. Laborde a fait quelques expériences sur les animaux, qui montrent l'action convulsivante du furfurol ; celui-ci ne se rencontrerait que dans les alcools de grain. Ce n'est point là l'opinion de M. DAREMBERG qui prétend, d'après les chiffres du Laboratoire municipal, que l'alcool de mélasse, le plus mauvais de tous, contient 15 p. 1000 de furfurol, tandis que le bon cognac en contient 65 p. 1000. Les mauvaises eaux-de-vie, quoi qu'il en soit, sont beaucoup plus toxiques, ainsi que le fait remarquer M. Laborde, que les alcools de vins naturels.

— L'actinomycose est une affection assez rare en France. Tout récemment, cependant, M. Poncet (de Lyon) présentait à l'Académie une étude dans laquelle il concluait que l'affection est assez fréquente dans l'Est. M. MEUNIER (de Tours) vient aujourd'hui ajouter à un cas d'actinomycose qu'il a publié en 1893, trois nouveaux faits qu'il a observés en Touraine et qui, il faut se hâter de le dire, guérirent rapidement par le traitement ioduré.

Dans les trois cas, l'affection avait été prise tout d'abord pour des abcès dentaires. Ces trois nouveaux cas de M. Meunier, portent à vingt-trois le nombre des cas d'actinomycose observés en France jusqu'ici.

— M. ABADIE vient ensuite communiquer un fait, des plus curieux, de *désorganisation du corps vitré par hémorragie intra-oculaire*. Un homme de trente et un ans devient assez brusquement aveugle, au mois de janvier 1894, après une violente colère.

Aucun examen du fond de l'œil ne fut pratiqué à ce moment. La vision resta depuis ce moment complètement abolie à droite et à gauche. A peine le malade conservait-il une faible perception lumineuse quantitative. Divers traitements médicaux ne donnèrent aucun résultat. M. Abadie imagina alors d'exciter la vitalité du corps vitré de la façon suivante : une fine aiguille de platine iridié fut introduite dans le corps vitré de l'œil gauche. Cette aiguille fut mise en contact avec le pôle positif d'un appareil à courant continu dont le pôle négatif était appliqué au bras. On fit passer pendant cinq minutes un courant de 3 ou 4 milliampères. Dès le lendemain, la vision commençait à revenir ; le malade pouvait compter ses doigts, et le fond de l'œil, jusque-là tout à fait obscur, devenait éclairable à l'ophtalmoscope. La vision s'est encore améliorée depuis cette opération, qui a été pratiquée il y a un mois ; le malade peut se conduire, il voit, de l'œil gauche, les noms des rues et les numéros des maisons. Quant à l'œil droit, auquel on n'a pas encore touché, il est resté dans le même état et ne s'est nullement amélioré.

M. Abadie, a déjà appliqué le même traitement à un second malade atteint, lui aussi, de désorganisation du corps vitré par des hémorragies successives. Ce malade a guéri également.

ÉLECTION D'UN MEMBRE CORRESPONDANT NATIONAL (2e Division).

MM.	Azam (Bordeaux)....	43 voix.	Élu.
	Delore (Lyon).....	2 —	
	Heurteaux (Nantes)..	5 —	
	Paulet (Montpellier)..	2 —	

— Classement des candidats au titre de correspondant étranger (1re division) :

En première ligne : M. Perroncito (Turin) ;
En deuxième ligne : M. Adamkiewitch (Vienne) ;
En troisième ligne : M. Coni (Buenos-Ayres).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur l'*appendicite* a continué dans la dernière séance et ne se terminera peut-être même pas dans la prochaine. Les différents chirurgiens qui ont pris la parole ont apporté les faits qui les avaient frappés dans leur pratique ; nous ne pouvons ici que citer les plus intéressants. Ce qui ressort de tout ce qui a été dit, c'est qu'au contraire de la formule donnée dernièrement par les médecins à la Société médicale des hôpitaux, les chirurgiens s'écrient : « il faut opérer de bonne heure », et ils n'ont eu qu'à se repentir d'avoir, pour une cause ou une autre, opéré trop tard.

C'est d'abord M. TUFFIER qui prend la parole. Il a 38 observations d'appendicites, dans lesquelles il a opéré, et il insiste sur les dangers de la temporisation, en citant l'exemple d'un malade qui, après un an de calme suivant une première attaque, fut repris d'accidents tels, qu'en moins de vingt-quatre heures il mourait sans donner même le temps au chirurgien d'opérer ; dans un autre cas il remet l'intervention au lendemain, l'enfant était mort.

L'orateur insiste encore sur la nécessité d'opérer les cas qui paraissent les plus désespérés. Il a sauvé ainsi deux malades, dont l'un était si souffrant que le chirurgien de garde n'avait pas voulu intervenir, et dont l'autre avait deux litres de pus mélangé de matières fécales dans le ventre ; il a aussi guéri.

Enfin il termine par un point d'anatomie pathologique ayant trait à la présence *d'abcès à distance*. Il les a rencontrés deux fois, soit dans le grand droit au-dessus de l'ombilic, soit dans la paroi abdominale et même au niveau de l'appendice xyphoïde.

M. BRUN a opéré 19 appendicites. Sept fois il s'agissait de ce qu'on appelle péritonite généralisée. Il est intervenu cinq fois, il a eu cinq morts, et il insiste sur ce fait, que ces accidents sont plutôt de la septicémie péritonéale que de la péritonite à proprement parler. Chez chacun de ces malades il y avait eu des accidents locaux antérieurs, qui permettaient le diagnostic et qui auraient permis, avec une opération hâtive, de sauver les malades.

Huit fois il a eu affaire à de la péritonite enkystée et huit fois les opérés ont guéri.

Il recherche volontiers l'appendice, car pendant les manœuvres nécessaires pour le trouver, on ouvre des foyers qui pourraient passer sans cela inaperçus, et notamment ceux qui ne sont pas dans les régions indiquées par les auteurs.

Enfin, chez deux malades il était décidé à intervenir ; mais les accidents avaient complètement cessé au moment de l'opération, il ne s'agissait du reste que de coliques appendiculaires.

Comme ses collègues, M. ROUTIER apporte aussi 28 cas d'appendicite et, suivant la rapidité des accidents, il les classe dans quatre têtes de chapitre.

Dans la première, la perforation est rapide, le liquide qu'on trouve dans le péritoine est séreux, il n'y a pas d'adhérences ; c'est comme le disait M. Brun, plutôt de la septicémie péritonéale suraiguë.

Dans la deuxième forme, il y a de la péritonite séreuse ;

mais aussi un foyer purulent en relation avec l'appendice, foyer localisé et qui contient du pus lactescent.

Dans la troisième forme la lésion est localisée, on ne rencontre que des abcès appendiculaires. Ici la marche est moins rapide et les malades guérissent toujours.

Enfin, dans un quatrième groupe, l'auteur classe les malades qui n'arrivent ni à la péritonite ni à la perforation. M. Routier s'appuie pour établir ces distinctions sur ses observations qu'il retrace, et abordant un point de technique opératoire, il dit que, contrairement à M. Monod, qui semble faire un passage au pus entre les anses intestinales, avec la gaze iodoformée, il va toujours du premier coup à la recherche de la collection, en garantissant le péritoine avec des éponges ou des compresses.

Enfin, il termine en disant que quatre fois il a eu affaire à des *abcès secondaires* pendant l'évolution des appendicites.

M. Quenu arrive à la tribune avec 18 cas, car il ne vient parler que des formes aiguës, et il les divise en deux grandes classes : celle où il y a infection générale du péritoine et celle ou l'appendicite est localisée sans infection péritonéale. Dans la première classe, il faut distinguer plusieurs formes, d'abord la suraiguë, et il cite l'observation d'un externe de son service, pris un samedi soir, après le dîner, d'accidents d'indigestion et de douleurs, qui se calment le dimanche sous l'influence de la morphine; il est appelé en toute hâte le lundi, dans la journée, et le malade mourait le soir avant qu'on ait eu le temps d'intervenir.

A côté de cette septicémie péritonéale, il faut placer la forme où il y a péritonite, et il cite encore l'observation d'un autre étudiant, ayant une forme à marche plus lente, il évacua deux litres de pus du ventre. L'opéré alla mieux, mais succomba cependant quelques jours plus tard.

Enfin, dans une troisième forme il y a bien péritonite, mais ne se manifestant que par de simples adhérences et bien entendu un foyer purulent, mais unique.

Dans la deuxième grande classe, M. Quenu fait deux groupes : les appendicites aiguës et les subaiguës, laissant de côté les chroniques qui ont une physionomie particulière.

Dans les aiguës, il faut intervenir rapidement et ne se fier ni à la température ni au pouls, qui peuvent être trompeurs. Dans les subaiguës, la conduite est plus facile, car les phénomènes locaux prédominent.

— Au début de la séance, M. le secrétaire général a lu un mémoire de M. Pousson, sur la *résection des rétrécissements péniens*. Il a pratiqué deux fois cette opération, qui n'est encore signalée que 7 fois dans les publications médicales. M. Tuffier insiste sur la facilité avec laquelle ces rétrécissements se reforment quand ils n'ont été qu'urèthrotomisés, et M. Schwartz cite un cas qui lui est personnel, dans lequel tous les moyens avaient échoué; il fit l'uréthrectomie tout en laissant cependant sur un point sain une petite bande de muqueuse; il a revu le malade qui est resté parfaitement guéri.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juillet 1895

Le malade que présente M. Chauffard doit être considéré comme un curieux exemble d'*acromégalie fruste*, et fruste justement quant aux symptômes qui ont fait donner à la maladie le nom qu'elle porte; le malade n'offre, en effet, ni déformation ni hypertrophie des mains et des pieds, des os des extrémités et des extrémités des os, suivant la formule si précise de M. Marie.

Ce malade est né d'une mère hystérique; son passé est des plus chargés : il a eu successivement la fièvre jaune, la variole, le scorbut, une pneumonie; il est alcoolique, tabagique, saturnin; enfin il est hystérique. Il n'est pas syphilitique.

Il est entré à l'hôpital pour des accès d'étouffements diurnes et nocturnes.

Sa langue a un volume énorme; elle a commencé à grossir depuis deux ans; il n'existe aucune hypertrophie du voile, de la luette, des piliers, des amydales, des lèvres. Le maxillaire inférieur est projeté en avant; le prognatisme a commencé à se développer il y a deux ans.

La face est allongée. Du côté du crâne, on trouve, au niveau de la protubérance externe de l'occipital, une saillie que le malade attribue à une forte contusion de cette région faite dans une chute il y a quelques années. Le rachis présente une légère cyphose cervico-dorsale, avec lordose dorso-lombaire de compensation. Thorax non déformé.

La verge est devenue plus volumineuse; les testicules sont petits, et le gauche est hyperesthésique à la pression. Le corps thyroïde est difficile à sentir. Enfin il existe des troubles oculaires qui ont une grande importance pour le diagnostic de l'affection dont ce malade est atteint. Depuis deux mois, il a perdu la vue de l'œil gauche; les pupilles sont égales. L'examen ophtalmoscopique donne les résultats suivants : à l'œil droit, myopie et changement de réfraction des cristallins; staphylome postérieur peu étendu et de date récente; pupille hyperhémiée, veines turgescentes et artère rétrécie, atrophie du pigment rétinien. Du côté gauche, fond d'œil normal, vaisseaux normaux, décoloration du segment externe de la pupille, symptôme fréquent chez les tabagiques. Pas de rétrécissement du champ visuel gauche; pas de dyschromatopsie.

Les membres sont absolument normaux; ils ne sont pas augmentés de volume.

Ce qui justifie ici le diagnostic d'acromégalie, ce sont, en l'absence d'hypertrophie des mains et des pieds, la macroglossie, le prognathisme progressif, les déviations du rachis, l'hyperthrophie de la verge, les troubles de la vue. Mais il s'agit ici d'acromégalie fruste.

Le malade se plaint de céphalée; celle-ci et les troubles visuels rendent probable l'hypertrophie de la glande pituitaire et la compression exercée par cette glande sur le chiasm et les nerfs optiques. Ce malade est déjà arrivé à cette phase que Tamburini appelle la phase hypophysaire de l'acromégalie.

M. Chauffard rappelle en terminant que Massalongo et Tamburini admettent que l'acromégalie est une forme du gigantisme. MM. Brissard et Mège ont affirmé récemment que « l'acromégalie est le gigantisme de l'adulte, et le gigantisme, l'acromégalie de l'enfant ». Les rapports entre le gigantisme et l'acromégalie ne sont point encore très nettement définis; ce sont deux états très voisins, mais conservant cependant leur autonomie.

Les cas analogues à celui de M. Chauffard paraîtront peut-être désormais moins exceptionnels et moins rares si on les recherche attentivement. M. Rendu a eu un malade pour lequel M. Raymond a porté le diagnostic d'acromégalie au début, en se basant sur une hypertrophie du maxillaire inférieur et de la bosse occipitale.

— La distinction que certains auteurs ont établie entre *la pellagre* et *les érythèmes pellagroïdes* est appelée à disparaître. Ces derniers ne sont autre chose que des cas de pellagre sporadique, ne différant pas de la pellagre endémique.

M. Gaucher a observé en un an, à l'hôpital Saint-Antoine. cinq cas de pellagre sporadique, trois chez des alcooliques et deux chez des malades qui ne présentaient aucun symptôme d'alcoolisme. Les malades habitaient Paris et ne venaient pas de pays où la pellagre est endémique. Or, les symptômes de l'affection et les lésions trouvées à l'autopsie dans un des cas étaient absolument semblables à ceux de la pellagre endémique.

La pellagre n'a pas une cause univoque; elle résulte d'une nutrition insuffisante ou défectueuse, d'une dépression générale de l'organisme. L'alcoolisme, l'aliénation mentale en sont des facteurs importants. L'érythème pellagroïde est le même que l'érythème pellagreux. Ce sont des érythèmes de cause externe, des érythèmes solaires produits plus facilement sur une peau rendue plus vulnérable par sa mauvaise nutrition. M. Bouchard avait depuis longtemps émis cette théorie.

M. Gaucher donne en résumé l'observation de la dernière malade qu'il a observée avec M. Gallois. Cette malade, entrée à l'hôpital pour des maux d'estomac violents et de la diarrhée, présentait sur les mains un érythème pellagroïde typique. Elle succombe en quinze jours, malgré tous les traitements, par l'aggravation des troubles digestifs.

L'autopsie révéla une atrophie de tous les organes : rate, cœur, artères, reins. L'estomac et l'intestin étaient ratatinés, hyperhémiés; cinq ou six ulcérations siégeaient à la partie terminale de l'intestin grêle. Le foie, de couleur jaune paille, mou, présentait un volume normal, mais ne pesait que 1,200 grammes. Plongé dans l'eau il surnageait comme une tache d'huile; il était, en effet, en pleine dégénérescence graisseuse. Les voies biliaires n'étaient pas altérées.

L'examen histologique pratiqué par M. Sergent confirma l'existence de cette dégénérescence graisseuse; c'est à peine s'il subsistait autour des veines sus hépatiques un îlot de deux ou trois rangées de cellules encore incomplètement dégénérées. La rate et les reins n'offraient pas de lésions microscopiques apparentes. Du côté de la moelle, enfin, existaient des altérations analogues à celles que M. Marie a décrites récemment : sclérose légère des cordons postérieurs occupant les cordons de Goll et le faisceau en virgule; intégrité de la zône cornu-radiculaire; dégénérescence et atrophie du groupe postérieur des cellules des colonnes de Clarke. Les recherches bactériologiques sont restées négatives.

— Le mémoire de M. Guelliot, de Reims, sur les *accidents de l'intoxication caféique* (1), a passé presque inaperçu, quoique très complet et très soigneusement écrit. Aussi M. Gilles de la Tourette a-t-il jugé utile de revenir sur ce sujet et d'étudier les phénomènes qui caractérisent l'intoxication par le café.

Celle ci se révèle par des symptômes assez analogues à ceux de l'intoxication alcoolique, et portant surtout sur l'appareil digestif et sur le système nerveux.

L'abus prolongé du café produit, en effet, des douleurs au creux épigastrique, de l'anorexie, des pituites matinales, du dégoût pour les aliments solides, des nausées, des vomissements, etc.; les malades maigrissent et tombent dans ce que M. Guelliot appelle la cachexie caféique; pas d'hématémèses.

Du côté du système nerveux, on note de l'insomnie, des rêves professionnels, des cauchemars, du tremblement des extrémités des levres et de la langue, des crampes douloureuses dans les masses musculaires des jambes, des troubles de la sensibilité; pas de paralysies.

(1) *Revue méd. du Nord-Est.*

Il y a un ralentissement quelquefois assez considérable du pouls; pas de palpitations. On a signalé encore des troubles variés portant sur l'appareil génito-urinaire.

Il est utile de connaître ces accidents et leur cause, car la suppression du toxique amène une amélioration rapide.

— Au commencement de la séance, M. Galliard a communiqué l'observation d'un cas de *rhumatisme polyarticulaire aigu*, avec érythème polymorphe, survenu seize jours après *une injection de sérum antidiphtérique* et ayant rapidement disparu sous l'influence du salicylate de soude. H. Richardière et Fournier.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Dans une des dernières séances de la Société de Thérapeutique. M. Ch. Fernet a fait une intéressante communication sur le traitement de la tuberculose du poumon par les injections intra-pulmonaires.

Les indications capitales du traitement de cette maladie sont au nombre de trois : relever le taux de la nutrition lutter contre la tendance à l'extension de la maladie; combattre la lésion elle-même dans son foyer.

Voici la manière dont M. Fernet règle le plus souvent le traitement :

1° Alimentation aussi substantielle que possible, souvent suralimentation par la poudre de viande, ou poudre de viande pour compléter ou parfaire le régime;

2° Toniques : vin de quinquina, chlorhydrophosphate de chaux, préparations arsenicales, préparations amères pour exciter l'appétit;

3° Créosote en lavement, que l'on formule de la manière suivante :

Créosote de hêtre.....	ää	20 grammes.
Savon amygdalin.....		
Eau.....	300	—

Chaque lavement contient 1 gramme de créosote. Ajouter 1 à 4 gouttes de laudanum pendant les premiers jours pour faciliter la tolérance.

Inhalations d'essence de térébenthine et d'eucalyptus. Injections intra-pulmonaires dans certaines conditions déterminées.

L'injection intra-pulmonaire doit être faite avec le liquide suivant :

Naphtol β récipité.....	0 gr.	40
Gomme adragante.....	0	20
Eau distillée bouillie.....	20	»

M. Fernet injecte chaque fois cinq tours de spire d'une grande seringue de Pravaz de 5 gr., ce qui correspond à 30 cent. de mixture, soit 6 milligr. de naphtol.

La mixture est peu irritante quand l'injection est portée en plein parenchyme pulmonaire, surtout s'il est infiltré de tubercules.

Assez souvent le malade ressent dans la poitrine une douleur, tantôt limitée au pourtour de la région injectée, tantôt irradiée dans les parties voisines, cou, épaules, bras, partie antérieure du thorax. Cette douleur survient aussitôt après l'injection et persiste quelques heures, rarement plus d'un jour.

Dans quelques cas on observe le jour même de l'injection, plus souvent le lendemain, une fièvre dont le malade n'a quelquefois pas conscience; le thermomètre ne s'élève guère au delà de 38° à 39°; la durée de cette fièvre est d'un jour à peine.

Le pouls présente ordinairement une fréquence en rapport avec la fièvre; mais parfois, en dehors de toute élévation de température, il se produit des phénomènes d'exci-

tation cardiaque souvent associés aux douleurs déjà signalées.

La toux manque très souvent. Mais si l'injection est faite de manière à ce qu'une partie du liquide pénètre dans une petite bronche, elle provoque de la toux et le rejet de cette partie du liquide injecté. En même temps le malade sent dans la gorge et la bouche le goût amer du naphtol.

Il survient quelquefois des hémoptysies. Il n'y en a jamais d'importantes imputables à la piqûre du poumon par l'aiguille de la seringue. Presque toujours les hémoptysies qui surviennent après les injections, paraissent devoir être attribuées à la toux provoquée par ces injections.

Certains accidents indiquent l'existence d'une légère inflammation du poumon ou de la plèvre à la suite de l'injection. Assez souvent, en effet, en même temps qu'un peu de douleur dans le côté et un peu de toux, on trouve dans les crachats expulsés, le lendemain ou le surlendemain de l'injection, de petites masses visqueuses, transparentes, rosées, d'apparence gommeuse, qui sont des crachats fibrineux comme ceux de la pneumonie. En même temps qu'on observe ces crachats, il arrive quelquefois qu'on trouve, par l'examen direct de la partie du poumon où l'on a fait l'injection, les signes physiques d'une petite pneumonie. Il peut aussi apparaître les signes d'une pleurésie sèche. Les symptômes de pneumonie et de pleurésie sont d'ailleurs passagers et ne donnent lieu à aucun trouble notable. M. Fernet les regarde comme constituant l'indice d'un poumon qu'il considère comme curateur. En effet, cette inflammation subaiguë et l'exsudat fibrineux qu'elle produit peuvent aboutir à la formation d'un foyer de sclérose, et l'on peut se demander si l'existence de ce processus sclérosique n'est pas capable soit de favoriser la transformation fibreuse du tubercule, soit d'englober ce tubercule et de le séparer des parties voisines, formant une sorte de cordon sanitaire efficace qui empêcherait la contamination des parties encore saines et isolerait la partie malade de son foyer.

M. Fernet a appliqué son traitement à des malades arrivés à la fin du premier ou au commencement du deuxième degré de la tuberculose. Sous l'influence des injections, les craquements humides disparaissent, ainsi que les râles sous-crépitants ; on trouve à leur place de la rudesse du bruit respiratoire ou même du souffle, quelques râles crépitants dans les grandes inspirations qui suivent la toux. En même temps, les crachats, de muco-purulents qu'ils étaient, tendent à devenir simplement muqueux et diminuent beaucoup de quantité.

Tous ces signes indiquent qu'il se produit dans la partie du poumon qui était atteinte d'infiltration en vue du ramollissement, une induration qui ne peut être qu'un foyer de sclérose constitué soit par des tubercules infiltrés devenus fibreux, soit par des zones d'inflammation chroniques du poumon entourant et englobant les tubercules.

Concurremment avec ses changements, on voit l'état général s'améliorer ; les symptômes de fièvre intermittente s'atténuent, la nutrition se relève et, par suite, les forces reviennent et le poids du corps augmente.

Quelle est la durée des guérisons apparentes ? Il est difficile de répondre à cette question ; un grand nombre de malades n'ont pas été suivis et on n'a vu naturellement, que ceux chez lesquels la maladie a rapidement repris son cours.

Un banquet au fils de M. Pasteur. — Les médecins de Madrid ont décidé d'offrir un banquet en l'honneur de M. J.-B. Pasteur, nommé premier secrétaire de l'ambassade de France en Espagne.

LES LIVRES NOUVEAUX

Traité clinique des maladie du cœur chez l'enfant, par E. Weill.

Depuis la thèse de Blache, en 1869, les maladies du cœur chez l'enfant n'ont fait l'objet d'aucun travail d'ensemble, en France tout au moins.

Les particularités inhérentes à la pathologie cardiaque infantile ont cependant continué à attirer l'attention des médecins d'enfants, et les pédiatres se sont toujours efforcés de mettre en relief les profondes dissemblances sur ce point comme sur tant d'autres de la pathologie des adultes et de celle des enfants.

Tout ce que peut donner l'observation attentive des malades, combinée à l'étude minutieuse des symptômes et de l'évolution des besoins, se trouve épars dans de nombreux recueils et dans les travaux de maîtres, parmi lesquels nous citerons seulement Parrot et Cadet de Gassicourt.

Un traité didactique complet sur la matière faisait défaut. E Weill a eu le mérite de le rédiger et de rajeunir un sujet sur lequel tout semblait avoir été dit.

Le livre de Weill débute par l'étude de l'anatomie et de la physiologie normale du cœur de l'enfant. Ce début est l'introduction indispensable à tout traité sur la pathologie cardiaque infantile, car seules les conditions spéciales de l'anatomie normale et du développement du cœur rendent comptes des particularités pathologiques. L'intégrité du muscles et des artères expliquent la résistance du cœur de l'enfant, de même que la fugacité et la gravité des infections expliquent pourquoi il est souvent et si sérieuse-atteint.

Dans la partie du livre consacrée à la pathologie du cœur, nous recommandons la lecture du chapitre consacré à la symphyse du péricarde, dont la fugacité est si grande dans l'enfance, qu'elle existe presque toujours dans l'asystolie infantile et que Cadet de Gassicourt n'a eu qu'un seul cas d'endocardite chronique avec asystolie sans adhérence péricardique.

Les affections congénitales du cœur sont traitées avec tout le développement nécessaire dans un semblable traité.

Tel qu'il est, le livre de E. Weill sera lu avec un vif intérêt, par tous les médecins familiarisés ou non avec la pratique des maladies de l'enfance. Il sera consulté avec grand profit par tous les praticiens aux prises avec les difficultés de cette médecine spéciale. La grande érudition de son auteur, en épargnant aux lecteurs bien des recherches longues et difficiles, sera un des éléments de son succès.

Leçons sur les maladies de la peau, faites à la Faculté de Médecine et à l'hôpital Saint-Louis, par M. E. Gaucher, professeur agrégé à la Faculté, et médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. de 330 p. avec figures dans le texte. — O. Doin, édit. Paris, 1895.

Sous ce titre, la maison Doin vient de doter le monde médical d'un important ouvrage divisé en quarante-deux leçons, dans lesquelles nous retrouvons ce caractère de personnalité qui donne tant d'intérêt aux publications de son auteur. Ces qualités s'affirment dès le début, par un exposé de doctrines dans lequel M. Gaucher, mettant les élèves en garde contre la phraséologie allemande, qui obscurcit les études scientifiques, leur montre l'utilité d'une nomenclature simple. Ce point établi, la première leçon est consacrée à une description anatomique de la peau et de ses annexes; puis, dans un second chapitre, l'auteur initie ses auditeurs aux lésions élémentaires du

tégument externe, lésions primitives (macules ou taches, vésicules, bulles, etc.); lésions secondaires (excoriations, ulcérations, croûtes, cicatrices, etc.), dont l'étude est la base fondamentale de tout enseignement dermatologique. De là, il passe directement à l'étude de la pathologie spéciale de la peau. Ici se posait le problème toujours en litige de la classification dermatologique.

M. Gaucher l'a résolu dans le sens le plus simple, le plus pratique, le plus conforme au genre même d'enseignement dont il a été chargé. C'est ainsi que s'affranchissant de toute classification antérieure, il groupe ensemble, suivant les besoins de la cause, les affections cutanées qui présentent une étiologie commune bien déterminée, ou seulement, à défaut d'éléments plus scientifiquement établis, celles qui offrent entre elles une parenté clinique, quelque similitude de caractères. De là résulte dans la succession des sujets traités un enchaînement tout naturel épargnant à l'esprit ces brusques transitions qui émoussent et suspendent l'attention. Cette méthode permet en outre de consacrer à chaque question un développement proportionné à son importance : c'est ainsi que certaines maladies, le pityriasis rosé par exemple, l'urticaire, les séborrhées, etc., n'occupent chacune qu'une seule leçon, tandis qu'il en est consacré deux ou trois même à quelques autres : telles que les érythèmes, l'eczéma, les acnés, les tuberculoses cutanées, etc. Chemin faisant, M. Gaucher nous initie aux conquêtes récentes réalisées dans le domaine de la dermatologie, grâce aux méthodes d'investigations nouvelles; et cependant, tout en donnant à la description de la maladie une rigueur véritablement scientifique, tout en discutant avec une logique sévère les questions en litige, il ne néglige jamais de nous montrer le malade avec cet esprit et ce sens qui dénotent une habitude profonde de l'observation clinique. La thérapeutique enfin, qui doit être le but et la conclusion de toute œuvre médicale, occupe dans cet ouvrage une place importante. A propos de chaque maladie en effet, après en avoir étudié les caractères cliniques et l'évolution, après en avoir discuté l'étiologie et le diagnostic, M. Gaucher fait tout un exposé des procédés de traitement appropriés à chaque cas en particulier. Or, pour quiconque est initié aux choses de la dermatologie, c'était un des sujets les plus difficiles à traiter, dans un ouvrage destiné à former des praticiens. Il fallait en effet faire un choix dans le fouillis inextricable des méthodes innombrables préconisées et employées jusqu'à ce jour dans le traitement des affections cutanées. Grâce à son expérience personnelle, l'auteur a su mener à bonne fin cette œuvre essentiellement délicate et hérissée de difficultés, et ce ne sera pas là un de ses moindres titres à la reconnaissance du public médical. Mais un autre point qui nous a frappé dans ce livre, et que nous ne saurions omettre de signaler ici, c'est l'esprit général dans lequel il est conçu. M. Gaucher, en effet, dès le commencement, insiste sur la nécessité de prendre la pathologie générale comme guide dans l'étude des affections cutanées : c'est en quelques mots toute une profession de foi éminemment française, et elle fait grand honneur à l'auteur d'un ouvrage que devra connaître tout médecin désireux de s'instruire.

G. B.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Légion d'honneur. — CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES. Sont nommés :

Au grade de commandeur : M. Brassac, directeur du service de santé de la marine, à Brest.

Au grade d'officier : MM. Vincent, médecin en chef de la marine; M. Trucy, médecin en chef de première classe des colonies.

Au grade de chevalier : MM. les médecins de première classe de la marine Lombard, Bourguignon, Julien-Laferrière, Gorron, Fruitet, du Bois Saint-Sévrin et Laugier; M. Parnet, médecin principal des colonies.

— M. le docteur Luys, ancien médecin des hôpitaux de Paris, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, ainsi que MM. Massina (Boulon), Vignes (Tarbes), et Marc Sée, médecin en chef des postes et télégraphes.

Au grade de chevalier : MM. Audigé, Leboucq, Gillebert-Dhercourt, Lecaudey (de Paris).

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies (médaille d'argent) et une mention honorable ont été décernées à MM. Chabry et Terrien, internes en médecine des hôpitaux de Paris : ont contracté la diphtérie dans l'exercice de leur fonctions.

Suppression de l'indemnité donnée aux externes dans certains hôpitaux de Paris. — Il est question et la chose est, croyons-nous, résolue, de supprimer la petite somme donnée aux externes dans certains hôpitaux de Paris. Ces hôpitaux seraient Beaujon, Laribosière, Andral, Saint-Antoine, Saint-Louis. Les motifs invoqués sont la facilité plus grande des communications. Il y a aussi la question d'économie. Croirait-on que, malgré la modicité de la somme donnée à chacun, la dépense de ce fait arrive à 74,000 francs.

Les cahiers de visite vont être aussi transformés. Il y en aura probablement deux, l'un pour les aliments, l'autre les médicaments. L'externe chargé du cahier toucherait 300 francs par an.

Association française de Chirurgie. — Dans sa séance du 26 juin 1895, le Conseil d'administration a nommé :

1° Président du Conseil d'administration, M. le professeur Guyon (de l'Institut), en remplacement de M. le professeur Verneuil, décédé;

2° Vice-président du Conseil d'administration, M. le professeur Lannelongue, en remplacement de M. le professeur Guyon, nommé président.

Concours. — Un concours s'ouvrira le 13 janvier 1896, devant la Faculté de Médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie près l'École de Médecine de Tours.

Académie des Sciences. — L'Académie des Sciences a élu M. Engelmann (d'Utrecht), membre correspondant de la section de médecine et de chirurgie.

Création d'un pavillon de vingt lits annexé à la consultation médicale des Enfants-Assistés. — Dans la séance du 6 juillet, le Conseil municipal a renvoyé à l'administration avec avis favorable la proposition suivante déposée par M. Rousselle.

« Il sera créé à l'hospice des Enfants-Assistés un pavillon de vingt lits annexé à la consultation médicale. Dans ce pavillon, on recevra les enfants qui se présenteront à la dite consultation et dont l'état de santé exigera l'hospitalisation immédiate.

Un nouvel hôpital. — On vient de procéder à la pose de la première pierre de l'hôpital des Dames Françaises, qui sera édifié sur un vaste terrain situé à Auteuil, rue Michel-Ange, et contiendra, outre une salle de malades pour l'instruction pratique des dames ambulancières de

l'Association, tous les services que comportent un hôpital d'environ cent vingt lits.

Il faut, en effet, qu'on puisse, en quarante-huit heures, à l'aide de cinq tentes, quatre grandes et une petite, mettre l'hôpital, qui ne renfermera qu'une vingtaine de lits, en état d'en recevoir six fois davantage, en cas de guerre ou d'épidémie.

La cérémonie était présidée par Mme Félix Faure. Le Dr Duchaussoy a prononcé une éloquente allocution, mettant en relief le but de l'Œuvre des Dames Françaises et les services que cette œuvre a déjà rendus.

Association de la Presse médicale. — Une réunion de l'Association de la Presse médicale a eu lieu le 28 juin, sous la présidence de M. Cézilly.

M. le secrétaire général a donné communication de la lettre adressée à M. le ministre du Commerce par le Syndicat de la Presse périodique. Il a été décidé qu'on la ferait imprimer et qu'on en adresserait un exemplaire aux membres de l'Association. M. Cézilly a été en outre chargé de faire des démarches nouvelles auprès de M. le ministre, en ce qui concerne les nouveaux frais de poste occasionnés par les annonces.

M. Laborde a été désigné pour voir M. le président de la Chambre des Députés, au sujet de l'entrée des journalistes médicaux à la tribune de la Presse au Palais-Bourbon. M. Laborde a lu une lettre adressée à l'Association par le secrétaire général du Congrès de Médecine de Bordeaux. Il est entendu avec le bureau du Congrès que l'Association est chargée de la surveillance du service de la Presse à ce Congrès. Sont délégués à cet effet par l'Association : MM. Masse et Mauriac (de Bordeaux), Laborde et Marcel Baudouin (de Paris).

Le prochain dîner de l'Association de la Presse médicale aura lieu à Bordeaux le 9 août, pendant la durée des Congrès.

La sous-commission de l'affaire Lafitte s'est réunie après la séance générale pour examiner ce qu'il convenait de faire des fonds restant en caisse.

Cour de Cassation. — L'affaire de Chaulgnes : Voici l'arrêt que vient de rendre la Cour de Cassation dans une affaire que l'*Association générale des Médecins de France* avait tenu à faire défendre par l'un des membres de son Conseil judiciaire, Me Morillot. Il s'agissait de trois médecins du département de la Nièvre qui, n'ayant pas voulu répondre à une réquisition du commissaire de police de la Charité, réquisition qui leur avait été faite dans des conditions inacceptables, s'étaient vus condamnés par le tribunal de Cosne, puis acquittés en appel par la Cour de Bourges. Le Procureur général ayant cru devoir déférer ce dernier arrêt à la Cour de Cassation, celle-ci, malgré les conclusions contraires de M. l'avocat général Sarrut, a adopté les motifs éloquemment développés dans sa défense par l'avocat de l'Association générale. Elle a donc, jeudi dernier, rejeté les trois pourvois formés par M. le Procureur général près la Cour de Bourges et définitivement consacré les principes suivants : 1° L'enregistrement des diplômes n'est exigible que des docteurs en médecine reçus postérieurement à la promulgation de la loi du 30 novembre 1892; 2° les médecins ne sont tenus de déférer aux réquisitions de la justice que dans le cas où celles-ci ont un caractère impératif et ont été notifiées dans des formes convenables.

Nous publierons prochainement, avec les détails et les commentaires qu'ils comportent, le texte des conclusions développées par Me Morillot et l'arrêt de la Cour de Cassation.

École de Médecine de Tours. — M. le docteur Guibbaud, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de physiologie.

Prix de la Société de Médecine de Bordeaux. — MM. Matignon, médecin aide-major attaché à la légation militaire de Chine, et Framaget, chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux, viennent d'obtenir, pour leur mémoire « Du traitement chirurgical du cancer de l'estomac », le prix de 1,000 fr., institué par la Société de Médecine de Bordeaux.

Cours de vacances. — L'exemple donné par la Faculté de Bruxelles a été suivi par la Faculté de médecine de l'Université de Liège, qui vient de décider l'organisation, pour le mois de septembre prochain, de cours de vacances, qui seront donnés par les assistants de médecine.

Ces cours s'adresseront aux praticiens : médecins et pharmaciens. Leur but essentiel sera de rappeler aux auditeurs les faits qu'ils pourraient avoir oublié depuis leur sortie de l'Université et de les mettre au courant des nouvelles découvertes dans les différentes branches des sciences médicales.

Les cours de vacances seront avant tout pratiques et démonstratifs, et l'on donnera aux assistants toutes les facilités pour que leur enseignement soit sérieux et utile.

Tous les cours doivent commencer à la même époque. Le programme exact en sera publié un mois à l'avance.

La durée moyenne de ces cours est fixée à dix leçons. Pour épargner aux assistants d'avoir à débattre des questions gênantes de rétribution, la circulaire fournit, à l'avance, une base d'appréciation :

« Deux francs par heure de leçon au minimum avec faculté pour les assistants d'augmenter le prix de leur enseignement ».

La Faculté laisse les assistants libres d'accepter ou de refuser de donner les cours de vacances. Ils sont libres également de choisir le sujet qu'ils croient devoir intéresser particulièrement les praticiens. La Faculté signale au choix désirable des assistants les matières suivantes :

Diagnostic médical (examens du sang, crachats, etc.);
Maladies nerveuses. Electro-diagnostic et électrothérapie;
Nouveaux médicaments; démonstration de leur action physiologique;
Bactériologie clinique;
Principes d'antisepsie et d'asepsie;
Bandages et appareils;
Diagnostic et thérapeutique des affections cutanées;
Maladies des yeux.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. De quelques accidents de la vaccination.
II. Feuilleton.
III. Revue critique chirurgicale.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Soc. de Chirurgie; 3° Soc. médicale des Hôpitaux.
V. Échos et nouvelles.

DE QUELQUES ACCIDENTS DE LA VACCINATION

Parmi les accidents de la vaccination, il faut placer en première ligne les éruptions diverses qui peuvent se produire consécutivement à l'inoculation du virus.

Ces éruptions ont été divisées en deux groupes par le professeur Fournier.

Les éruptions vaccinales du premier groupe, éruptions vaccinales proprement dites, sont constituées par de véritables pustules vaccinales se développant en dehors des points piqués. C'est la vaccine généralisée si bien étudiée par Jeanselme, et dont nous ne parlerons pas, rien de nouveau n'ayant été publié sur ce point depuis le travail de notre confrère.

Les éruptions vaccinales du second groupe, sur lesquelles nous voulons insister, constituent ce que M. Hervieux appelle les éruptions indirectes. « Ce sont, dit M. Longet, des affections cutanées ou dermatoses, suscitées par la vaccination, ne pouvant pas transmettre la vaccine par l'inoculation ».

Jenner a vu deux fois l'urticaire compliquer la vaccine. Pearson a décrit des éruptions formées de gros boutons rouges et durs, mais peu élevés et ne contenant ni pus ni sérosité. En 1801, Husson note des éruptions fugaces, ne s'accompagnant d'aucun malaise et ne se transmettant pas aux enfants inoculés d'après ceux qui les avaient eues. En 1806, dans les rapports présentés à l'Académie de Médecine, on trouve 6 cas de dermatoses vaccinales qui, d'après Dauchez, ce rapportent tous à la miliaire. A partir de ce moment, les éruptions secondaires à la vaccination sont signalées un peu partout, et nous ne pouvons que rappeler, parmi les travaux les plus plus récents, ceux de Hervieux, Dauchez, Behrend, Longet, Patoir, Waïsmann, etc.

I

DERMATOSES VACCINALES

D'une façon générale, l'aspect des dermatoses vaccinales est très variable. Tantôt elles sont simplement érythémateuses, tantôt elles sont vésiculeuses, pustuleuses, pemphigoïdes, eczémateuses.

Elles apparaissent en pleine évolution vaccinale du neuvième au onzième jour (Hervieux) en moyenne. Behrend distingue des éruptions précoces et des éruptions tardives; d'après lui, les premières se montrent le second jour après la vaccination, les secondes du huitième au dix-huitième jour.

C'est presque toujours au milieu d'une santé parfaite et sans élévation appréciable de la température que surviennent les éruptions. Parfois, dans la période prodromique, les enfants sont agités, capricieux, ont de l'insomnie; mais ces légers symptômes disparaissent dès que l'exanthème se développe.

Les éruptions n'ont presque toujours qu'une durée

FEUILLETON

En voulez-vous des amateurs?

D'une manière seulement très vague, presque confuse, tant ils viennent de loin et tant mon isolement est complet, m'arrivent les bruits du jour, ou plutôt leurs échos affaiblis, réduits à une sorte d'imprécis murmure, où tout se mêle et se brouille comme de décevantes et irréelles images de rêve. Et c'est un état vraiment très doux que cette perception sans consistance, si légère et superficielle qu'on en est à peine effleuré, soupçonnant plutôt que sachant les choses, les devinant, à faux peut-être, mais sans prendre le labeur de les approfondir, laissant errer la pensée au gré d'une fantaisie paresseuse, improductive, mais reposante. C'est une vraie vie d'amateur; que ne peut-on la vivre toujours et se défaire à tout jamais des soucis, des fatigues, des tracas, des tortures du professionnalisme! Une querelle s'est émue, je crois, ou, pour mieux garder la mesure, une question a été soulevée sur ce sujet : Lequel l'emporte de l'amateur ou du professionnel? Réduit à ces termes, le problème, à supposer qu'il vaille la peine d'être posé, me paraît insoluble. Qu'est-ce qu'un amateur, d'abord, et qu'est-ce qu'un professionnel? Et de quelles professions veut-on parler? Et à quel point de vue faut-il se placer pour apprécier la supériorité de l'un ou de l'autre? Si c'est le plaisir et l'agrément qu'on envisage, l'amateur me paraît l'emporter de beaucoup sur son sosie professionnel. S'agit-il du profit? C'est encore lui souvent qui tient la corde. Parlez-vous du mérite? J'estime que c'est une chose toute individuelle, toute personnelle, qui appartient à telle personne et non à tel groupe de gens, et que le fait d'exercer un métier n'est pas par lui-même une présomption de génie ou même de talent.

Ceux qui sont intervenus dans cette joute inattendue m'ont paru avoir été gênés par l'étrangeté même de la discussion; les arguments des adversaires, si on peut appeler de ce mot un peu gros ceux qui ont pris part à ce petit tournoi, se sont ressentis de la double indécision du point de départ et du but à atteindre. Dans l'espèce, d'ailleurs, le débat est, en quelque sorte, sans intérêt puisqu'il ne peut pas avoir de sanction. Chacune des catégories

éphémère, et tous les auteurs ont insisté sur leur bénignité. Cependant certaines sont tenaces, surtout chez les scrofuleux ; il en est particulièrement ainsi pour l'eczéma (Behrend).

La fréquence des dermatoses vaccinales est assez difficile à fixer, car il s'agit souvent d'éruptions fugaces qui passent inaperçues. Presque toujours, ce sont des enfants qui sont atteints, et, pour Dauchez, la suractivité due à la pénétration du vaccin dans un organisme vierge ne saurait être mise en doute. Les sujets atteints d'une maladie de peau présentent une réceptivité accrue (Duvergié et Besnier); enfin il semble que les éruptions soient plus fréquentes pendant l'été.

Dauchez a insisté sur la virulence remarquable du vaccin de génisse et a publié, à l'appui de son opinion, deux observations dans lesquelles on voit une roséole se développer chez des enfants réfractaires aux autres inoculations que celles faites avec le vaccin de génisse.

Contrairement à cette opinion, Hervieux a constaté, à l'Académie, que les éruptions vaccinales secondaires diminuent de fréquence depuis l'introduction du vaccin de génisse. A la Clinique Baudelocque, tous les enfants nouveau-nés sont vaccinés directement avec le vaccin de génisse. Mlle Veïsmann a suivi pendant huit mois les enfants vaccinés à cette clinique, et elle n'a pas eu occasion d'observer ces éruptions dans des conditions telles qu'elle puisse invoquer seulement « la virulence remarquable du vaccin de génisse » dont parle Dauchez.

Il est certain que la prédisposition individuelle joue un grand rôle dans l'étiologie des dermatoses vaccinales. Souvent, de plusieurs enfants vaccinés en même temps avec la même lymphe, un seul a une éruption, tandis que les autres restent indemnes. Dans une des observations de Mlle Weïsmann, on voit un enfant de quatorze mois avoir une éruption vaccinale, tandis que ses deux frères ainés, élevés par les parents dans les mêmes conditions hygiéniques, n'ont présenté aucun trouble à la suite de la vaccination.

D'autre part, les enfants scrofuleux, rachitiques, ont de préférence des éruptions pemphigoïdes, purpuriques, tandis que chez des herpétiques ce sera d'autres formes d'efflorescences que l'on observera. Lorsqu'il se produit une éruption pemphigoïde chez un enfant en bonne santé, il faudrait, d'après Weïsmann, toujours rechercher s'il n'y a pas une origine syphilitique.

La pathogénie des dermatoses vaccinales a été très discutée. Longet tend à donner une certaine place dans cette pathogénie à la nature du virus vaccin, et Hervieux attribue les éruptions exclusivement au vaccin lui-même. Friedinger a soutenu la même opinion et, pour lui, les dermatoses dont nous nous occupons sont aussi nettement sous la dépendance du virus vaccin que les exanthèmes de la rougeole ou de la scarlatine sous la dépendance du contage spécifique. Behrend combat absolument la spécificité des éruptions; il insiste sur leur variabilité, la date très variable de leur apparition, leur ressemblance avec certains exanthèmes médicamenteux. Pour lui, la présence dans le sang d'une substance étrangère à sa constitution, peut entraîner l'apparition d'une dermatose aiguë ; il attribue donc les éruptions vaccinales à l'arrivée dans le sang du virus vaccin pour les éruptions précoces et du pus du contenu des pustules pour les éruptions tardives. Il fait encore jouer un rôle à l'irritabilité de la peau, aux prédispositions

---

rivales est à la fois juge et partie de ce singulier procès, qui pourrait être interminable. Le public seul a qualité pour le trancher en dernier ressort, par le succès qu'il fait à telle ou telle œuvre, sans s'inquiéter si elle est d'un amateur ou d'un professionnel.

Cet antagonisme entre les uns et les autres n'est pas spécial aux gens de lettres. Chaque métier a été, de tout temps, pour un grand nombre de gens qui n'ont pas besoin d'en vivre, qui ne l'exercent pas par nécessité et même qui ne l'exercent pas du tout, quelque chose comme un centre d'attraction autour duquel ils ne peuvent s'empêcher de graviter, s'efforçant de s'en approcher le plus près possible, d'avoir l'air d'en faire partie. Pour ceux-ci c'est une tendance irrésistible, un goût, un plaisir, une passion. Pour ceux-là c'est calcul, recherche de la renommée ou du profit. Que de peintres, que de musiciens, que de politiciens et que de militaires en chambre! Si j'avais à classer les professions d'après le nombre des satellites que chacune entraine dans son orbite et d'après les perturbations qu'elle en éprouve, je placerais au premier rang, comme étant la moins maltraitée, la littérature, qui pourtant s'en plaint davantage. Par la nature du travail et par les qualités qu'elle exige, elle est la plus inabordable; et les fruits qu'elle donne, les œuvres littéraires, sont de ceux dont le public est, en général, le plus apte à apprécier sainement la valeur, puisqu'il suffit pour cela, presque toujours, d'un peu d'éducation et de tact.

Je mettrais, au contraire, au rang le plus élevé, comme ayant le plus à souffrir de ce mal inévitable, l'art que nous exerçons, vous et moi, cher confrère. En voilà un que l'*amateurisme* poursuit et dévore, sur lequel il s'acharne de toutes les manières, sur lequel il se jette avec rage, empruntant, pour assouvir son éternelle passion, toutes les formes, usant de tous les subterfuges, de toutes les ruses. Et pour arriver à ses fins, quelles facilités n'a-t-il point? Le public ici n'a plus de base d'appréciation. L'instinct n'est pas de mise, le jugement est dévoyé, c'est la faillite du sens commun. Chacun devient le complice de tout le monde et tout le monde de chacun. Pourrait-il en être autrement, quand les notions qui nous mènent au diagnostic et au traitement sont si multipliées, si longues à acquérir, si arides, si inconnues du profane et si obscures pour lui.

La grande masse du public n'est guère en retard sur la littérature de son époque. Ce retard est de deux bons

diathésiques et individuelles, et admet parfois une origine nerveuse.

Malcolm Morris invoque une irritation réflexe venant de la plaie d'inoculation pour les éruptions précoces, tandis qu'il attribue les éruptions tardives au passage du virus dans le sang.

Enfin, il est évident que l'on pourrait songer à une élimination du virus par la peau, ou au résultat de l'action de ce virus sur les éléments nerveux et vasculaires des papulles (T. Patoir). D'autre part, on doit ranger dans une catégorie spéciale les dermatoses constitutionnelles : eczéma, psoriasis, qui ne se développent que chez les sujets prédisposés.

« S'il fallait être exclusif, dit Weïsmann, nous dirions que c'est le mauvais terrain sur lequel on sème le vaccin qui est la cause des dermatoses vaccinales. » Pour nous, tout en reconnaissant la grande valeur du terrain, nous croyons avec Patoir, que les éruptions ont une pathogénie multiple : tantôt il s'agit de dermatoses réflexes, tantôt de l'action du virus vaccin ou des microbes du pus des pustules ou de leurs produits solubles passés dans la circulation générale, tantôt enfin, d'éruptions constitutionnelles.

Le diagnostic des dermatoses vaccinales est facile; « Il faut seulement y penser » (Weïsmann). On devra cependant éliminer les éruptions de la dentition, celles causées par l'administration d'un médicament, etc., avant d'admettre l'existence d'une dermatose vaccinale.

Le pronostic est bénin dans presque tous les cas.

Étudions maintenant le caractère particulier de chaque espèce d'éruption.

1° *Rash vaccinal.* — Le rash vaccinal ou roséole vaccinale est l'exanthème le plus fréquent. Hervieux le range parmi les éruptions vaccinales directes, bien qu'il ne donne pas de boutons vaccinaux par l'inoculation.

La roséole débute habituellement du septième au huitième jour, parfois plus tard. On a dit l'avoir vu ne se produire qu'au dix-huitième jour. Il est probable, d'après Roger et Damaschino, qu'il s'agit alors d'une simple coïncidence.

L'éruption, dans les cas types, apparait d'abord aux bras, autour des pustules vaccinales, puis elle s'étend plus ou moins; elle peut même se généraliser sur tout le corps. La terminaison se fait par résolution, sans desquamation. Les phénomènes généraux sont très peu marqués ou même nuls; parfois, il y a un peu de fièvre, quelques troubles gastriques. Chez les très jeunes enfants, on a pu observer des vomissements, de la diarrhée et même des accidents nerveux. Longet décrit quatre variétés de rash vaccinal. Le rash érythémateux est le plus simple. C'est ensuite le rash morbilliforme ou scarlatiniforme. Ce dernier débute autour des pustules par des macules rouges, à contours irréguliers rappelant celles de la rougeole. Ces macules, lorsqu'elles s'étendent sur tout le corps, peuvent se fusionner en plaques laissant entre elles des intervalles plus ou moins grands de peau saine. La face est atteinte après tout le reste du corps, mais les jambes et les pieds sont généralement épargnés.

Habituellement, cette forme de roséole dure deux à trois jours, quelquefois quatre à cinq. Les macules palissent, prennent une teinte rose thé, puis jaunâtre, et enfin disparaissent.

Des plaques rouge lie de vin caractérisent le *rash scarlatiniforme*, qui dure peu de temps. D'après Widal, il se développe parfois des vésicules sur les plaques.

---

siècles quand il s'agit de la médecine. Nos contemporains en sont à Molière, sous ce rapport. Les humeurs, la bile et l'âcreté du sang sont aujourd'hui encore les derniers mots de leurs idées en pathologie générale, comme la dépuration est restée le *nec plus ultra* de leur thérapeutique. Ne me parlez pas des microbes dont chacun a la bouche pleine au propre et au figuré; je vous tiens le pari qu'en l'an 2000, nos arrière-petits-neveux en seront restés à la conception première, si modifiée déjà, de la théorie microbienne, et que les transformations qu'elle subira dans l'avenir, jusqu'a en devenir méconnaissable, les laissera dans une indifférence profonde et une béate inconscience.

Ce ne sont point, du reste, les inconnues lentement et péniblement dégagées une à une dans les sciences médicales, qui intéressent le *profanum vulgus*, que nos aînés avaient en si souverain mépris. Ce qui lui plait, ce qui l'attire et le charme et le captive, ce n'est point la vérité trouvée et démontrée, c'est le mystère, devant lequel il se sent pris d'une espèce d'émotion religieuse, pour lequel il a une adoration, un culte.

Réduisez la médecine en une géométrie dont tous les théorèmes, rigoureusement démontrés, découlent logiquement les uns des autres, sans erreur possible, faites-en quelque chose d'exact comme les mathématiques, quelque chose de clair et de certain, et personne ne s'y intéressera plus que dans la limite où le soin de sa santé personelle excitera sa curiosité. Les sciences exactes, l'astronomie exceptée, qui est éminemment mystérieuse, sont celles où la proportion est la plus faible entre les amateurs et les professionnels.

Remarquez que les diverses branches de la médecine ne sollicitent pas au même degré l'attention des gens du monde et qu'ils sont le moins attirés par les parties les plus précises, les mieux arrêtées de notre art. Avez-vous souvent trouvé des interlocuteurs bien curieux de détails anatomiques, désireux de connaître la structure histologique des organes? La chirurgie même, quelque attrait d'émotion qu'elle présente, est trop nette et trop réglée, elle est trop méthodique, les moyens mécaniques qu'elle emploie ont une action trop facile à comprendre pour qu'elle réponde à ce besoin du mystère qui torture le public. Les audaces merveilleuses de ces dernières années l'étonnent à peine. Il convient volontiers qu'on obtient aujourd'hui des résultats admirables. Mais c'est d'un ton tout dégagé

Behrend a décrit le *rash papuleux* sous le nom d'érythème exsudatif. C'est un érythème polymorphe étendu à tout le corps, avec localisation sur la face dorsale des mains et des pieds.

Widal, dans un mémoire paru en 1864, a publié des observations d'éruption imitant les éruptions syphilitiques. Du dizième au quinzième jour après l'inoculation se montraient des taches roses devenant ensuite proéminentes en prenant une teinte rouge sombre, puis des vésicules se développaient au sommet des plaques. Les taches apparaissaient sur les flancs et sur la poitrine, et de là s'étendaient au ventre et ensuite aux bras, au cou, à la face. D'autres fois l'éruption était constituée par des tubercules isolés, durs, saillants, occupant surtout le tronc, les fesses, l'anus et le pourtour des parties génitales. Les papules duraient quelque temps et laissaient à leur place des taches de couleur cuivrée. Tous les malades ont guéri sans aucun accident consécutif et sans traitement particulier, et rien ne permettait de soupçonner la syphilis. Pour Longet, la teinte cuivrée tenait à un état congestif hémorragique de l'érythème papuleux.

Enfin, il peut encore se produire de l'urticaire. Le rash ortié, fugace, apparaît du premier au cinquième jour après la vaccination et disparait au bout de vingt-quatre heures.

Darier a vu la dermatose post-vaccinale simuler l'érythème pigmenté. Du dixième au onzième jour après la vaccination pratiquée avec du vaccin de génisse sur un enfant de vingt-deux mois, il se développa autour d'une des pustules une zone rouge, squameuse et infiltrée qui grandit et persista; d'autres placards apparurent ensuite sur les membres et sur le tronc. Les placards étaient rose brunâtre, nettement limités, infiltrés et indurés, à bords saillants, à surface squameuse et fortement prurigineux.

Par moment se produisaient des poussées, les placards se tuméfiaient et montaient. L'examen d'un lambeau biopsié montra les lésions d'une dermite chronique intense avec vacuolisation et eczématisation aiguë sur certains points. Il s'agissait donc d'un eczéma chronique des placards, forme très rare chez l'enfant. Probablement il y a eu éveil d'une diathèse en puissance.

C'est surtout avec la rougeole que l'on peut confondre le rash vaccinal. Mais, dans la rougeole, il y a des phénomènes de catarrhe, la fièvre est intense, etc. Les symptômes généraux permettent facilement de faire le diagnostic avec le rash variotique. La roséole médicamenteuse ne pourra souvent être reconnue que par l'étude des commémoratifs; naturellement, la cessation du médicament suffira à la faire disparaître.

La roséole vaccinale à forme papuleuse offre quelque ressemblance avec la roséole syphilitique. Si l'inoculation de la syphilis s'est produite en même temps que la vaccination, on a les commémoratifs, les engorgements ganglionnaires, l'apparition tardive (9 septénaires au moins), de l'éruption pour se guider. Mais, d'autres fois, la vaccination peut être suivie de l'apparition d'une roséole tenant à une syphilis héréditaire. On doit naturellement, dans ces cas difficiles, examiner avec soin les parents, rechercher si l'enfant n'a pas eu déjà d'éruption suspecte. On s'appuiera ensuite sur le signe diagnostique suivant: l'invasion de la roséole syphilitique se fait lentement et elle met beaucoup plus de temps à se former et surtout à disparaître, tandis que la

---

d'homme qui n'a plus le désir ni le besoin de rien connaître au delà de ce qu'il sait déjà qu'il vous répond : — « Oh! c'est certain, la chirurgie a fait des progrès inouïs; on peut dire que c'est maintenant une science exacte. » Puis aussitôt, changeant d'air et de visage, avec une petite mine tout à coup intéressée : « Ce n'est pas comme la médecine. Là on n'est pas plus avancé qu'il y a cent ans. »

Voici quelques personnes en visite chez un ami. On cause :

— Avez-vous vu Mme X...? On m'a dit qu'elle était revenue de Paris?

— Oui, et elle est parfaitement remise.

— On lui a fait une opération, je crois?

— Elle avait une tumeur dans le ventre. Vous vous souvenez comme elle était devenue énorme; on la croyait enceinte.

— Je me souviens parfaitement. Et elle est guérie maintenant tout à fait?

— Tout à fait. On lui a ouvert le ventre, et on lui a enlevé une quantité de chair incroyable. Ç'a été très simple, il paraît.

— Oh! aujourd'hui ce n'est plus rien. La chirurgie a fait tant de progrès.

— Mais, à propos, dites-moi donc si vous avez des nouvelles du fils de M. Z... ?

— Ah! le pauvre garçon, il paraît qu'il ne va pas mieux du tout.

— On dit que les médecins ne savent pas au juste ce qu'il a?

— Non, ils ne se sont pas prononcés encore. Il paraît que c'est une maladie bizarre.

— Une maladie extraordinaire, madame. Ils n'ont jamais vu un cas semblable.

— Ah! comme c'est étrange. Pourtant il me semble qu'un de ses parents est mort de quelque chose d'analogue à cela.

— Pas du tout, d'après ce que m'a dit son beau-frère. L'autre avait les organes attaqués et celui-ci les a complètement sains.

— Est-ce possible! Mais s'il n'a pas d'organes attaqués... il me semble qu'on doit toujours guérir dans ces cas-là.

— Mais certainement, n'est-ce pas? à moins que ce ne soient les nerfs...

— Il n'a jamais eu d'attaques, cependant...

roséole vaccinale est vite formée et se termine au plus tard en trois semaines.

Le traitement est très simple: il consiste en des soins de propreté, des bains d'amidon ou de son. S'il y a un peu de fièvre, une diète légère, un petit purgatif pourront être prescrits.

2° *Miliaire vaccinale.* — La miliaire vaccinale, plus fréquente qu'on ne le croit (Weïsmann) reste souvent inaperçue, car elle est habituellement très fugace.

Voisin et d'Archiac ont inoculé le liquide des vésicules aux enfants sans produire de pustules. Chambon (comm. orale à Mlle Weïsmann) a obtenu un résultat négatif sur la génisse.

L'éruption existe toujours au pourtour des vésico-pustules du vaccin. Quelquefois, elle s'étend aux parties voisines et même devient générale et confluente, de sorte que l'on peut, comme dans un cas rapporté par Dauchez, la prendre pour une éruption variolique.

La miliaire se montre du huitième au dix-huitième jour. Les vésicules, que Hébra a comparées à une goutte de rosée, ont le volume d'un grain de millet et se produisent sur des taches rouges; elles contiennent d'abord un liquide aqueux qui devient ensuite louche, lactescent. Les vésicules apparaissent par poussées successives aux bras, à la face, au cou, et restent presque toujours séparées les unes des autres par des intervalles de peau érythémateuse. Assez souvent, il se produit, en certains points, des agglomérations de vésicules. Les vésicules se dessèchent en vingt-quatre heures et il survient ensuite une légère desquamation. Parfois l'éruption est accompagnée d'un prurit intense.

On ne peut guère confondre la miliaire qu'avec les indurations de diverses causes. Cependant on a pu croire à une variole bien que la fièvre intense, les vomissements, la rachialogie qui caractérisent cette fièvre éruptive fassent toujours entièrement défaut. Il faut noter que l'éruption peut être nettement papulo-vésiculeuse. Dans une des observations recueillies par Mlle Weïsmann, l'enfant était porteur d'une éruption papuleuse sur tout le corps, vésiculeuse au bas-ventre et impétigineuse à la face.

3° Le *pemphigus* vaccinal est une éruption rare qui ne se produit guère que chez les enfants chétifs, scrofuleux et rachitiques. Cependant il peut se montrer exceptionnellement chez des enfants bien portants (Weïsmann). Presque toujours sporadique, le pemphigus vaccinal peut devenir endémique (Hébra, Zehrer).

Cette éruption doit-elle être rattachée au pemphigus vrai? Ne s'agit-il pas plutôt d'une éruption pemphigoïde rentrant dans les hydro-toxidermies de Besnier et Doyon? Le fait est probable.

Comme le pemphigus ordinaire, le pemphigus vaccinal est formé par des phlyctènes situées sur une surface érythémateuse très enflammée, à contenu transparent d'abord, puis jaunâtre. Les bulles, déchirées facilement, laissent des ulcérations se recouvrant d'une croûte noirâtre. Le plus souvent ce sont les pustules vaccinales qui deviennent d'abord phlycténulaires; puis, si l'éruption progresse, elle gagne le membre vacciné; enfin, elle peut se généraliser par poussées successives, en même temps qu'il survient de la fièvre. En tombant, les croûtes laissent à nu une surface jaunâtre qui reprend peu à peu le ton de la peau saine. Les ulcérations peuvent persister assez longtemps chez les enfants cachectiques et apparaissent alors à la chute des croûtes.

La confusion avec la syphilis est facile à éviter,

— Ah! alors...

— Est ce que sa grand'mère n'a pas été enlevée par un catarrhe?

— Justement, oui, monsieur.

— Hé bien! à mon avis, il doit y avoir quelque chose comme cela dans son affaire.

— Oh! c'est bien probable, et on dit que cette maladie-là ne pardonne pas.

— Pour moi, j'avais entendu dire que ce malheureux jeune homme avait un échauffement du sang. Ce ne serait pas surprenant après les fatigues qu'il a eues.

— Mais comment le sang peut-il s'échauffer?

— Mon Dieu, madame, comment peut-il tourner en eau? Le fait est vrai, voilà tout. Quant au comment... la médecine est encore si peu avancée...

Etc... etc... etc...

Laissez-moi vous faire grâce de la fin de cette conversation, devenue de plus en plus animée et de plus en plus générale, qui dura certainement deux heures d'horloge et aurait duré beaucoup plus encore si l'impitoyable horloge n'avait fait se sauver, comme des moineaux, tous ces bavards.

Et, souffrez que je retourne à mes rêveries, sous le vieux chêne tordu, poussé depuis cinq cents ans tout exprès pour moi, au bord d'un bois plein d'ombre et de fraicheur dont les frondaisons épaisses et luxuriantes moutonnent sur la pente d'un ravin idéal, où j'ai fait élection de domicile pour cet été. De cette place vraiment exquise, j'aperçois entre les pentes à peine écartées et devenues brusquement abruptes et sauvages, un joli coin de mer bleue, ou verte, ou grise, ou rose, selon les heures du jour et la brise qu'il fait. De grandes voiles rouges ou blanches le traversent sans cesse, et, dois-je l'avouer, parfois j'y risque aussi ma barque, bien timidement c'est vrai, et à l'aviron seulement. Je fais le marin... en amateur.

Vous voyez bien qu'il y en a partout. N'en êtes-vous pas, au moins? — Non? — Tant mieux. Alors... Oh! les sales bêtes.

Doux pays. — Un étudiant de Syracuse, refusé aux examens de fin d'année, a donné la bastonnade au professeur Bergammi. Celui-ci a tiré un revolver et fait feu sur l'étudiant, qui a été légèrement atteint.

---

car les phlyctènes apparaissent en pleine évolution vaccinale, évoluent elles-mêmes rapidement et ne s'accompagnent pas d'autres accidents; naturellement la recherche des commémoratifs reste négative.

Le pronostic du pemphigus vaccinal est grave, car il indique un terrain mauvais, une déchéance organique profonde. Stokes, Hutchirson, ont cité des cas mortels de pemphigus vaccinal.

Assez fréquemment on a vu la dermatose se montrer consécutivement à l'inoculation d'un vaccin pemphigoïde.

On emploiera, contre le pemphigus vaccinal, des soins locaux antiseptiques et on relèvera l'état général par tous les moyens possibles.

4° *Eczéma vaccinal.* — L'eczéma vaccinal ne se produit que chez des prédisposés, et la vaccination n'est, chez ces malades, que la cause anormale du développement de la dermatose.

L'eczéma apparaît autour des pustules vaccinales et reste localisé ou s'étend plus ou moins au reste du corps.

Il s'agit d'un eczéma typique, vésiculeux et desquamatif. Parfois il se produit des poussées successives et alors l'eczéma se prolonge, devient très tenace et peut s'éterniser chez les scrofuleux. L'eczéma s'associe souvent, d'après Mlle Weïsmann, à l'impétigo et à l'échyma.

Sauf chez les scrofuleux, le pronostic est bénin, on fera bien de ne vacciner qu'à deux ou trois ans les enfants manifestement scrofuleux ; cependant on passera outre en cas d'épidémie ou dans les grandes villes.

On a encore vu le lichen, le psoriasis, apparaître à la suite d'une vaccination. La symptomatologie de ces dermatoses n'offre rien de particulier.

5° *Purpura vaccinal.* — Le purpura vaccinal est rare et a reçu différents noms selon qu'il est plus ou moins accentué.

Dans le purpura à vaccina, il se produit des taches purpuriques très fines, simulant à s'y méprendre une série de piqûres d'aiguilles ou de morsures de puces.

L'éruption est plus accentuée dans la vaccine pétéchiale ; les pétéchies sont disséminées un peu partout et les pustules noires et remplies de sang. Parfois il y a, en même temps, quelques hémorragies par le nez et par les oreilles.

On a appelé vaccine ecchymotique un degré plus accusé de la même maladie. Enfin la forme la plus grave a reçu le nom de vaccine hémorragique ou de purpura hemorragica à vaccina. Dans une observation de Berlureaux, on voit, au quatrième jour d'une inoculation vaccinale, apparaître une fièvre intense avec grand malaise. En même temps trois plaques ecchymotiques se développent aux points d'inoculation. Le lendemain, ces plaques s'étendent, se réunissent et forment une tache noire. Bientôt se produisent de l'hématurie et des épistaxis, des pétéchies se montrent aux bras et aux cuisses, les gencives deviennent fongueuses et le malade succombe.

Ce n'est guère que chez les cachectiques et les hémophiliques que se montre le purpura vaccinal; cependant quelquefois les accidents apparaissent chez un sujet vigoureux et on doit admettre dans ce cas une infection hémorragique secondaire.

Le traitement sera celui du purpura.

II

INFECTIONS SECONDAIRES

Nous n'avons pas l'intention de parler ici de toutes les infections secondaires qui peuvent survenir consécutivement à la vaccination. C'est ainsi que nous laisserons de côté la syphilis vaccinale, si bien décrite par M. le professeur Fournier, et la vaccine ulcéreuse que M. Hervieux a étudiée dans tous ces détails, à l'Académie de Médecine, en 1889, à propos de l'épidémie de la Motte-aux-Bois. Nous n'insisterons que sur des faits moins connus.

L'*impetigo* est, comme on le sait, une maladie nettement parasitaire. Il peut apparaître à l'état épidémique consécutivement à des vaccinations. L'épidémie de Rugen, la première en date, a été observée en 1885. L'impétigo frappa non seulement les enfants vaccinés, mais aussi des sujets non inoculés et même des adultes. La lymphe humaine employée provenait de l'Institut royal de Stettin et avait été fournie par des individus sains ; cependant il y eut à Stettin 75 malades sur 79 inoculés, et en tout 342 malades avec 8 décès. La maladie se développait du neuvième au dix-huitième jour ; des bulles apparaissaient autour des pustules vaccinales, puis bientôt sur d'autres régions, principalement à la face ; assez souvent il y eut de l'adénite.

Des épidémies semblables furent observées à Vidow en 1885, dans plusieurs districts du cercle de Clèves, à Eistewald. Dans tous ces cas il s'agissait de vaccin d'origine humaine, et on peut admettre qu'il y a eu souillure de ce vaccin, soit qu'il ait reçu des germes provenant d'individus atteints d'impétigo, vaccinés dans un local commun, soit des individus sains; la maladie se transmettait ensuite surtout par contagion directe (Layet).

En 1887, des inoculations de lymphe animale, provenant de l'Institut du Dr Protze, à Elberfeld, provoquèrent des éruptions impétigineuses dans des districts parfois très éloignés les uns des autres. Les veaux étaient sains. La maladie se propagea aussi par contagion directe et il y eut cinq décès. Ban-

selow et Koch trouvèrent dans le vaccin et dans les bulles d'impétigo un micrococcus nouveau qui, cultivé et injecté sous la peau, produisit des bulles.

D'après Protze, dans l'épidémie d'Elberfeld, il s'agissait d'herpès tonsurans et la lymphe renfermait le trichophyton. Pourquoi nier l'existence du microbe de l'herpès tonsurans dans les bulles de l'impétigo, et attribuer cette maladie à un parasite spécial du cow-pox. Ce microbe se trouverait dans l'eau ayant servi à laver le champ d'inoculation; l'asepsie et l'antisepsie de la génisse vaccinifère permettraient d'éviter les accidents.

L'*ecthyma* n'existe que sous la forme sporadique. Il est, du reste assez rare; il se produit surtout chez les enfants débilités et donne lieu parfois à des ulcérations tenaces.

La *tuberculose* peut-elle être inoculée par le vaccin? Toussaint a publié trois expériences positives et Besnier a recueilli un cas de lupus vaccinal. Mais, expériences et observations sont discutables et les recherches ont démontré que le vaccin puisé sur des tuberculeux ne renferme pas le bacille de la tuberculose; des animaux inoculés avec ce vaccin ne sont pas devenus tuberculeux. Chauveau et Tisserand ont inoculé des animaux avec du cow-pox mélangé de sang d'animaux tuberculeux et n'ont pas provoqué le développement de la tuberculose. En fait, l'âge des génisses vaccinifères n'est pas celui de la pommelière, les inoculations dermiques de la tuberculose réussissent très rarement, bien que Verneuil et Besnier admettent le développement de la tuberculose cutanée à la suite de blessures superficielles; enfin, jamais il n'a été publié un cas net de tuberculose vaccinale. La maladie est, du reste, très rare chez les veaux (1 cas de tuberculose sur 22,320 animaux tués à l'abattoir d'Augsbourg, d'après Adam; pas un seul cas à Munich, sur 150,000 veaux, d'après Goldschmidt).

D'après une observation de Gairdner, la *lèpre* pourrait être transmise par le vaccin.

L'*érysipèle* vaccinal est une complication rare. Du reste, Pfeiffer fait remarquer que l'on rencontre très rarement le streptocoque pyogène dans le vaccin. L'érysipèle est précoce ou tardif. L'érysipèle précoce apparait le premier ou le deuxième jour après la vaccination et est dû à l'inoculation simultanée du vaccin et du streptocoque. C'est du septième au dixième jour que se développe l'érysipèle tardif qui est dû soit à l'absence de soins locaux appropriés, permettant une contamination secondaire, soit à une inoculation avec la lancette, si le sujet sert de vaccinifère. Si l'érysipèle reste localisé, il guérit habituellement; il n'en est pas de même s'il se généralise, et sa gravité, surtout chez les jeunes enfants, est alors très grande (mortalité, 67,3 % dans l'érysipèle ambulant; 17,5 % dans l'érysipèle localisé, d'après Raudfauss). On a observé de véritables épidémies d'érysipèle à la suite de vaccinations et de revaccinations. Quoi qu'il en soit, la maladie est rarement mortelle, car Th. Lotz n'a relevé, en Prusse, qu'un décès par érysipèle consécutif à la vaccination, sur 600,000 vaccinations pratiquées en 1877. En Angleterre, d'après Longet, la statistique donne seulement un décès sur plus de 30,000 vaccinations.

Il peut y avoir, à la suite de la vaccine, des abcès, des phlegmons diffus, parfois même des accidents septicémiques suivis de mort. Ces complications causées par l'emploi d'un vaccin tres altéré, sont faciles à éviter avec un peu de soin. Ils revêtent parfois la forme épidémique (épidémies de San Quirino, d'Asprières).

Sabrazès a vu une vaccination de bras à bras être suivie d'une ostéo-myélite de l'humérus droit, due au staphylococcus pyogenes aureus.

L'*adénite* suppurée, la lymphangite, sont parfois la suite de grattages et de la malpropreté.

On peut observer une *néphrite* à la suite de la vaccination. Voici le résumé d'une observation de Perl : Chez un enfant de deux ans et demi, un peu rachitique, il fut pratiqué trois piqûres à chaque bras avec du vaccin de génisse. Cinq jours plus tard, l'enfant devint agité, se plaignit de douleurs dans le ventre et les reins, et eut de la fièvre. Les piqûres avaient toutes pris. En même temps les urines devenaient rouges, renfermaient 0,5 % d'albumine, des cylindres hyalins. Sous l'influence de la diète lactée et du repos au lit, tous les phénomènes s'améliorèrent rapidement. Le vaccin avait évolué comme d'habitude. Falkeineim, chez 187 nourrissons, n'a pu trouver aucun rapport entre la vaccine et l'albuminurie; il regarde la néphrite vaccinale comme douteuse.

La *mort* peut-elle survenir à la suite de la vaccination, indépendamment des complications septicémiques ou autres? Le fait semble possible. En effet, B. Ferrar a récemment publié un cas de mort consécutivement à la vaccination, chez une enfant de cinq mois, maigre et petite, mais non mal portante. Il y eut quatre inoculations faites avec du vaccin de génisse, et les autres enfants vaccinés le même jour, avec le même vaccin, n'eurent pas d'accidents. Les pustules, chez la petite fille, devinrent croûteuses, et quand les croûtes se détachèrent, on constata l'existence d'ulcérations mettant les muscles à nu; l'enfant devint languissante, s'affaiblit et mourut sept semaines après la vaccination; l'auteur attribue la terminaison fatale à « un malaise constitutionnel produit par la vaccine, chez une enfant mal développée et peu nourrie ».

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

Au moment où le bouton de Murphy fait tant parler de lui, il n'est pas sans intérêt de rappeler la *méthode de Senn* qui, à l'aide de ses plaques en os décalcifié, arrive à faire en quelques minutes un abouchement latéral de l'intestin à l'estomac ou de l'intestin à l'intestin.

Mais les plaques de Senn en os décalcifié sont assez difficiles à préparer ou à se procurer, et deux chirurgiens, l'un de Cracovie, Baracz; l'autre de New-York, Dawborn, ont eu simultanément l'idée de remplacer les plaques de Senn par des plaques végétales qu'on peut facilement faire avec une betterave, une pomme de terre ou un navet.

C'est le chirurgien polonais qui employa le premier cette méthode sur l'homme; mais non sans avoir au préalable fait des expériences sur les animaux. Il arriva ainsi à se convaincre que ces plaques végétales sont aussi solides que les plaques en os décalcifié et qu'elles ont de plus un avantage, celui de se resorber facilement.

Restait la question d'asepsie ou d'antisepsie; il est de toute évidence qu'on ne peut porter un morceau de navet ou de pomme de terre à la température nécessaire pour le rendre stérile; mais il est probable aussi que le centre de la pomme de terre ou du navet ne contient pas de microbes dangereux; de plus, ces plaques sont en rapport avec les cavités viscérales et n'ont besoin d'être aseptiques qu'à la surface pour ne pas maculer les doigts pendant le temps de leur application. Pour arriver à ce résultat, il suffit de les préparer avec un bistouri qui aura passé préalablement à l'étuve et avec des mains lavées, suivant toutes les règles de l'antisepsie. Enfin, il faut encore, les plaques une fois préparées, les immerger dans de l'eau phéniquée, ce qui permet de les conserver à l'abri de l'infection, depuis le moment où on vient de les préparer jusqu'à celui où on doit s'en servir.

Nous croyions les cas où ce procédé des plaques végétales a été employé très rares, nous ne dirons pas en France, où la méthode de Senn n'a peut-être pas encore été employée, mais même à l'étranger, et voilà que dans un numéro du *Vratch* (n° 21, 1895), M. Razoumonski rapporte d'abord une observation personnelle dans laquelle il a eu recours à ce procédé. Il s'agissait d'une hernie étranglée, sphacelée, pour laquelle il réséqua l'intestin et fit un abouchement latéral avec des plaques de pomme de terre, cela avec un succès complet.

A ce propos, il rapporte les principaux cas qu'il a pu recueillir dans la science, et il arrive à 26 opérations d'abouchement intestinal fait avec des plaques végétales, soit de l'intestin à l'estomac, soit de l'intestin grêle à l'intestin grêle, soit de l'intestin grêle au gros intestin. Voici maintenant les résultats : ces 26 cas ont donné 19 guérisons et 7 morts, soit une mortalité de 27 %, mortalité assez élevée, il faut le dire, et supérieure à celle du bouton de Murphy.

— Il existe une forme de *synovite chronique* du poignet qu'on ne trouve pas décrite dans les traités classiques, qui est du reste assez rare, mais pas assez cependant pour n'avoir pas attiré l'attention de Kocher, qui lui a donné le nom de *synovite fibreuse sténosante*.

Le Dr de Quervain (de la Chaux-de-Fonds) vient de reprendre cette étude et nous en donne une bonne description.

Au point de vue clinique, elle a ceci de particulier, c'est qu'étant sèche, elle ne détermine aucune tuméfaction ni aucune crépitation. La palpation seule est douloureuse au siège de la lésion, et ce siège réside au niveau de la gaine des muscles court extérieur et long abducteur du pouce. Ces douleurs se manifestent aussi pendant les mouvements du pouce et de l'index, au point même de rendre tout travail manuel impossible.

Cette affection a une marche chronique et a des périodes d'apaisement et de crises.

Ce sont, du reste, ces symptômes que nous avons rencontrés, tout dernièrement, chez une jeune fille de dix-huit ans, venue pour nous consulter et qui souffrait depuis plusieurs années de cette affection.

Elle avait des tendances rhumatismales, ce qui se rencontre, en général, dans l'étiologie de cette affection, et avait essayé de tous les traitements.

Révulsifs, massages, repos relatif de la main, iodure de potassium, rien n'y avait fait; et même dans l'esprit de certains confrères, en raison de la marche lente de l'affection, on avait songé à de la tuberculose du poignet. Je prescrivis à la malade un bracelet de peau lui prenant le poignet, enserrant le pouce et une partie de la paume de la main, de manière à soutenir ces organes et à les maintenir dans une immobilité relative, en ajoutant que si les douleurs s'aggravaient ou continuaient, il y aurait une dernière ressource, celle de l'opération.

C'est cette opération, faite par Kocher, plusieurs fois, que préconise M. de Quervain; elle consiste à extirper la gaine tendineuse. Cette extirpation a été faite avec succès, deux fois par l'auteur du travail dont nous parlons, quatre fois par Kocher, et elle est très légitimée, puisque pratiquée proprement elle ne fait courir aucun danger au malade.

Cette opération a ceci d'intéressant au point de vue scientifique, c'est qu'elle a permis de faire l'anatomie pathologique de la lésion, et voici ce qu'elle a montré :

La gaine séreuse est lisse, n'est pas dépolie, mais c'est le tissu fibreux environnant qui est considé-

rablement épaissi. Il agit alors sur la gaine qu'il rétrécit, produit une sténose de la coulisse tendineuse et de la douleur pendant les mouvements du tendon dans un passage trop étroit.

M. de Quervain, se basant sur cette anatomie pathologique, propose un procédé peut-être plus simple. Il conseille de se borner à extirper la portion du ligament postérieur annulaire du carpe qui recouvre les tendons du court extenseur et du long abducteur du pouce.

M. Kocher a fait cette excision partielle du ligament annulaire et a obtenu la disparition complète des douleurs.

— Pour terminer, détachons de la *Médecine moderne* un petit détail qui peut avoir son utilité; c'est un *procédé facile d'enlèvement des corps étrangers sous les ongles*. C'est M. Delorme, étudiant en médecine, qui en est l'auteur. Ce procédé est surtout pratique pour l'enlèvement d'une écharde enfoncée sous l'ongle. Il ramollit l'ongle en trempant un bout d'allumette dans une solution de potasse caustique au 10e et même au 5e et en le promenant sous l'ongle dans une largeur de quelques millimètres. Il enlève la bouillie cornée au moyen d'un éclat de verre raclant l'ongle, applique une nouvelle couche de potasse, racle à nouveau et finit par tomber sur l'écharde qui s'énuclée avec la plus grande facilité.

Eugène Rochard.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juillet 1895

La discussion sur l'alcoolisme se continue à l'Académie. M. Laborde rappelle que, dans sa première communication, il a démontré que la rectification de tout alcool, et particulièrement des alcools d'industrie, constitue la solution nécessaire, fondamentale du problème hygiénique relatif à l'alcoolisme.

M. Laborde insiste encore sur la toxicité du furfurol, ou aldéhyde pyromucique. De ses propres expériences il peut, d'autre part, conclure qu'un alcool du type dit supérieur; amylique, propylique, butylique, est toujours essentiellement d'une toxicité supérieure à celle de l'alcool éthylique type, et que l'alcool distillé du vin ou du moût de raisin ou alcool naturel, dans les mêmes conditions que tout alcool de grain, de betterave, de pomme de terre, etc., est moins toxique que ces derniers.

M. Laborde montre ensuite les différences qui existent entre l'ivresse du vin ou de l'alcool naturels, ivresse gaie et représentant, même à son extrême, le minimum de l'intoxication alcoolique, et l'ivresse que l'on observe aujourd'hui, produite par des alcools artificiels, ivresse stupéfiante, ivresse morte, et en même temps impulsive et poussant aux actes criminels les plus féroces; c'est l'ivresse des essences et des bouquets.

M. Laborde attire ensuite l'attention sur la mauvaise qualité de l'alcool que l'on distribue aux troupes.

Enfin il étudie l'action de quelques substances extrêmement dangereuses qui entrent dans la fabrication du vermouth, du bitter : l'*aldéhyde salicylique*, qui a une action essentiellement épileptisante; le *salicylate de méthyle*, dont l'action est foncièrement convulsivante, tétaniforme; l'*essence de noyau* qui est, elle aussi, extrêmement tétanisante; les bouquets ou *huiles de vin* sont également très dangereux.

M. Laborde demande en terminant que l'Académie nomme une commission, *la commission de l'alcoolisme*, qui sera chargée d'étudier toutes les propositions présentées sur ce sujet et de les soumettre, en temps opportun, à l'approbation définitive de l'Académie.

M. Magnan insiste ensuite sur la création et la mise en action des asiles pour les buveurs. Il retrace l'intéressant historique de ces asiles. Il montre le rôle efficace des Sociétés de tempérance fondées, aux Etats-Unis, après la guerre de l'Indépendance. A ce moment, l'alcoolisme y faisait des ravages considérables. Il diminua progressivement jusqu'au moment de la guerre de Sécession; il augmenta, à ce moment, dans des proportions excessives. On créa alors de nombreux asiles pour les buveurs, soit libres, soit constituant des locaux de demi-détention où l'on plaçait les individus ayant commis quelques délits du fait de l'alcool.

En Angleterre, il existe des asiles, mais réservés à la classe aisée. En Allemagne, il y a un petit asile près de Dusseldorf où les guérisons par abstinence complète du vin sont assez nombreuses.

M. Magnan montre ensuite la progression de l'alcoolisme en France, et parallèlement l'augmentation du chiffre des paralytiques généraux.

Le Conseil général de la Seine a voté récemment 4 millions pour la construction d'un asile destiné aux alcooliques. Il faut espérer que plus tard on créera, en outre, des asiles pour les alcooliques non délirants.

M. Magnan propose, en terminant, d'ajouter le vœu suivant au vœu de MM. Bergeron et Laborde :

« Qu'il soit créé des asiles spéciaux d'alcooliques, seuls capables d'amender et de guérir les victimes de l'alcool. »

— M. Worms présente ensuite une très intéressante étude sur le diabète. Sur 707 personnes, toutes attachés à une grande industrie, il n'a pas trouvé de diabétiques parmi 607 d'entre elles occupées à des travaux manuels; sur les 100 autres, occupés à des travaux intellectuels, dix fois il y avait du sucre dans les urines. Le chiffre des diabétiques paraît, du reste, être en progression croissante; la mortalité par le diabète a plus que doublé à Paris de 1883 à 1892.

M. Worms insiste sur le nombre des diabètes légers. Des résultats de la pratique, il ressort que la proportion des cas graves ne dépasse pas 5 pour 1,000.

La quantité de sucre éliminé est extrêmement variable d'un jour à l'autre. Les faits que cite à ce sujet M. Worms, sont démonstratifs.

Quant au traitement, le régime indiqué par Bouchardat reste le meilleur. M. Worms subtitue le pain de farine d'amidon au pain de gluten. La quinine lui a donné d'excellents résultats.

— Au cours de la séance, M. Gréhant a communiqué les résultats des analyses de l'air de la gare souterraine du Luxembourg, analyse dont il a été chargé par le ministre des Travaux publics. Cet air est parfaitement respirable, quoique contenant un peu plus d'acide carbonique et quelquefois aussi des traces d'oxyde de carbone.

— Enfin M. Landouzy a lu, au nom de MM. Lalesque et Rivière, un intéressant travail relatif à la virulence des poussières dans les appartements ayant été habités par des phtisiques, lorsque ces appartements ont été désinfectés. L'inoculation de ces poussières à des cobayes démontre qu'il n'existe plus de bacille tuberculeux lorsque ces chambres ont été soigneusement désinfectées.

ÉLECTION A DEUX PLACES DE CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

Première élection.

M. Perroncito (Turin).....	52 voix.	Élu.
Bulletins blancs.....	2	

Deuxième élection.

MM. Adamkiewitch (Vienne).....	45 voix.	ÉLU.
Coni (Buenos-Ayres).....	2	—
Bulletins blancs.....	2	

— L'Académie, réunie en comité secret, entend un rapport sur les candidats au titre de correspondants étrangers (4e division).

Voici l'ordre de classement :

Première ligne : M. Hoppe-Seyler (Strasbourg);

Deuxième ligne : M. Dragendorf (Dorpat);

Troisième ligne (*ex æquo*) : MM. Ludwig (Vienne), et Nencki (Saint-Pétersbourg).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

C'est par la lecture d'une observation de M. FORGUE (de Montpellier), que la séance commence. Il s'agit d'un *anus contre nature* traité par *le bouton de Murphy*. Le cas, nous dit l'auteur, paraissait favorable. Aussi, le 10 février au matin, M. Forgue arrive-t-il *prestement* sur l'intestin, il *forcipresse*, deux pinces font la *cop. ostase* et, malgré cela, vingt minutes s'écoulent avant que le chirurgien arrive à placer le bouton ou plutôt à essayer de placer le bouton. Tous ses efforts sont vains, malgré, nous dit M. Forgue, que cette technique lui soit familière chez le chien; mais l'intestin est *travaillé* par la phlegmasie chronique; bref, l'épaisseur des tuniques empêche la suture en bourse d'être faite, et force est de recourir à l'entérorraphie circulaire *par dessus le bouton de Murphy*. Le tout dure une heure et le malade meurt dans la nuit.

M. Forgue fait suivre cette observation d'une petite leçon sur les applications du bouton de Murphy, et ajoute qu'il a été tellement satisfait du point d'appui que lui donnait le bouton pour faire son entérorraphie circulaire, qu'il étudie un petit appareil destiné à servir de tuteur et à faciliter cette entérorraphie circulaire; nous ne pensons pas qu'il soit suivi dans cette voie.

M. CHAPUT prend ensuite la parole sur la même question; il a bien voulu nous remettre une note, que nous transcrivons à cause de l'importance des documents qui y sont relevés :

« J'ai opéré, avec mon collègue M. Mathieu, un malade atteint de rétrécissement cancéreux du pylore. Le patient était un homme âgé de cinquante-quatre ans, profondément cachectique, qui vomissait tous les jours ses aliments mélangés de liquide noir marc de café.

« Il avait maigri de 38 livres en quatre mois et ne pesait plus que 52 kilos. Au moment de l'opération, il était profondément cachectique.

« La gastro-entérostomie antérieure fut exécutée avec le bouton de Murphy. Je fus obligé de réséquer la muqueuse stomacale pour amincir la paroi gastrique; après avoir serré la suture en bourse stomacale, je dus exciser, puis suturer un pli très saillant. La coaptation correcte de l'estomac sur la tige du bouton fut assez difficile à obtenir, à cause de l'épaisseur des parois de l'estomac; on y réussit en s'aidant de la sonde cannelée.

« La pièce mâle fut appliquée sans difficulté sur l'intestin, articulation et serrage à fond du bouton. Guérison rapide.

« L'opération n'a été ni très facile ni très rapide; les parois épaisses de l'estomac ne se laissaient pas froncer facilement autour de la tige du bouton et l'on dut réséquer la muqueuse et exciser un pli saillant. L'opération a duré vingt à vingt-cinq minutes.

« J'ai fait récemment en vingt-cinq ou trente minutes une entéro-anastomose par des sutures à trois étages qui a parfaitement guéri.

« J'ai recueilli un assez grand nombre d'accidents produits par le bouton de Murphy; on peut les grouper sous quatre chefs : sténose de l'orifice; occlusion par le bouton; séjour prolongé du bouton; perforation.

« Keen a observé la sténose après gastro-entérostomie; Abbe après une cholécystentérostomie. Ces faits paraissent exceptionnels : ils ne se produisent guère qu'avec des parois très épaisses.

« Abbe a observé une mort par occlusion déterminée par l'engorgement du bouton par les matières fécales; Villard a vu le bouton obstrué par des pépins de raisin dans une gastro-entérostomie; inanition, mort.

« Wiggins a observé une mort par occlusion, des adhérences ayant coudé l'intestin à angle aigu au niveau du bouton.

« Le bouton a séjourné pendant cent quarante-cinq jours dans le rectum (W. Meyer); pendant plusieurs mois dans l'estomac (2 cas de W. Meyer, Arsdale, Murphy 4 cas); pendant six semaines dans le gros intestin (Abbe); pendant douze semaines dans l'intestin (Kammerer).

« Bressler a constaté, après une gastro-entérostomie suivie de mort au bout de quatre semaines, l'arrêt du bouton par une bride, au niveau de l'angle splénique du côlon. Le bouton arrêté peut provoquer l'ulcération ou l'obstruc- de l'intestin.

« Des perforations ont été observées 24 fois, 8 fois sur l'estomac et 16 fois sur l'intestin; faits de Zielewicz, Demons, Quénu, Mynter, Griffith, Delagenière, pour la gastro-entérostomie; faits de Meyer, Jones, Schwartz, Picqué, Richelot, Kammerer et Murphy, Bell, Murphy, Dennis, Abbe, Shepherd, Mac Burney, Forgue, Delagénière, pour les opérations sur l'intestin.

« La perforation se produit par des mécanismes divers : 1° Par gangrène de l'intestin; 2° par la section rapide comme au couteau d'une paroi saine (cas de Shephred; 3° par un contact imparfait, lorsque les parois viscérales sont trop épaisses.

« Lorsque les parois sont trop épaisses, l'opération peut devenir impossible comme dans le cas de Forgue; on devra considérer l'opération de Murphy comme contre-indiquée, lorsque l'épaisseur de l'estomac ou de l'intestin est plus considérable que la largeur de la rainure du bouton (espace entre le bord du bouton et le cylindre central).

« Actuellement, il n'y a pas de bouton parfaitement satisfaisant en tant qu'instrument; la soudure à l'étain des crochets des modèles américains n'est pas assez solide (faits de Quénu et Delagénière); le bouton de Villard a de bons crochets, mais la rainure est trop étroite et le bord trop tranchant.

« L'instrument serait-il parfait qu'on n'en aurait pas moins à redouter les accidents d'occlusion et de perforation que j'ai signalés.

« En résumé, le bouton de Murphy ne présente pas des avantages bien nets sur les procédés de suture. Entre les mains d'un chirurgien expérimenté, la suture n'est pas plus longue à exécuter; en outre, elle ne présente pas les mêmes dangers que le bouton. Le bouton est surtout plus dangereux lorsque les parois sont très épaisses (estomac et gros intestin).

« L'emploi du bouton est surtout indiqué lorsqu'il y a occlusion ou lorsqu'on veut terminer une opération déjà trop longue; il remplace alors avantageusement l'anus contre nature. »

M. TERRIER prend ensuite la parole pour montrer les pièces d'une gastro-entérostomie faite avec le bouton de Murphy et qui a donné cinq mois de survie au malade.

Du côté de l'estomac et de l'intestin, la bouche est large, béante. Il n'y a pas la moindre tendance à la sténose.

Dans cette observation comme dans beaucoup d'autres, on n'a pas retrouvé le bouton dans les selles, et comme on ne l'a pas retrouvé dans le tube intestinal à l'autopsie, il faut penser que le service infirmier n'a pas été ce qu'il aurait dû être.

L'orateur préfère aux bouchons de liège qu'emploie M. Quenu, une pince à pression placée sur les deux segments de l'intestin; celles-ci sont plus faciles à stériliser.

Et maintenant revenons à *l'appendicite*.

M. QUENU commence par donner les conclusions suivantes : 1° Dans tous les cas ou l'appendicite est généra-

lisée, l'opération de rigueur est la laparotomie; 2° si l'appendicite a une marche peu aiguë, on peut, pendant dix à quinze jours, essayer les moyens médicaux; mais si l'état reste stationnaire, le chirurgien doit intervenir; 3° dans les cas de péritonite peri-appendiculaire, il faut toujours faire l'incision au point où siège l'empâtement, sans s'arrêter à la recherche de l'appendice.

C'est M. Nélaton qui prend ensuite la parole dans une communication où on trouve le grand sens clinique qu'il apporte toujours dans ses travaux.

Il insiste d'abord sur ces formes enkystées de la péritonite appendiculaire dans lesquelles il existe un ou plusieurs foyers qu'il est impossible de soupçonner. Il cite deux observations à l'appui de son dire, dans lesquelles il croyait avoir ouvert tous les foyers après résection de l'appendice, et pourtant l'autopsie démontra des foyers considérables, situés en pleine masse intestinale, et il en conclut qu'entre l'inondation péritonéale, d'un côté, et la forme enkystée vraie de la péritonite appendiculaire, il existe une forme intermédiaire.

Abordant ensuite le côté clinique, M. Nélaton se demande s'il est possible de reconnaître cette forme intermédiaire de la péritonite généralisée, et il répond par la négative. On a bien donné l'empâtement de la région, la dissociation du pouls et de la température, mais ces symptômes ne sont pas constants et ils peuvent vous tromper; aussi, suivant le chirurgien de Saint-Louis, il ne faut pas ménager ses recherches. Il est cependant un symptôme, nous dit l'orateur, qui ne manque jamais: c'est la fausse occlusion intestinale, diagnostic avec lequel les malades sont adressés la plupart du temps; eh bien, il faut savoir que cette occlusion intestinale est due à la péritonite appendiculaire, et on la reconnaîtra à ce que les malades émettent quelques gaz, ont un facies particulier; à ce que le météorisme est léger et enfin à ce qu'il existe un point de douleur circonscrite.

Dans ces cas, il faut se garder avant tout d'injection gazeuse, de massage et même d'électricité, rejeter tous les moyens médicaux et se porter immédiatement dans la fosse iliaque droite, ou l'incision donnera du pus, ou bien elle permettra de faire l'anus contre nature.

M. Gérard-Marchant termine la discussion, et d'après les 11 cas qu'il a opérés, il donne les considérations suivantes : Tout d'abord, il est important, au point de vue clinique, de diagnostiquer la typhlite, maladie bénigne de l'appendicite, affection grave. Cette dernière, en effet, au contraire de l'autre, est essentiellement perforante et aussi, au contraire de la typhlite, elle ne se montre pas dans la fosse iliaque droite sous la forme d'une tumeur. C'est en effet ce symptôme, douleur qui prédomine, et M. Marchant est très impressionné par cette douleur fixe, ne concordant pas avec une tuméfaction; ce sont des cas traîtres dans lesquels il conseille d'intervenir.

Dans d'autres formes, c'est au bout d'un an et d'un an et demi que les douleurs réapparaissent; mais ici, il faut aller avec prudence, car il existe souvent des adhérences intimes entre l'appendice et le cœcum; dans un cas, il a même été forcé de déchirer celui-ci.

Cinq fois, M. Marchant est intervenu pour des abcès péricœcaux, franchement sous-péritonéaux et, comme il n'y a souvent pas de pus, le diagnostic est délicat. Dans cette période latente, il faut, au besoin, savoir intervenir et ouvrir largement la poche.

Enfin, comme M. Nélaton, M. Marchant a observé des péritonites revêtant le masque de l'occlusion intestinale; ce sont, pour lui, plutôt des péritonites par propagation que par perforation, car celle-ci n'existe pas toujours, et il cite deux cas dans lesquels l'appendice ne présentait pas de solution de continuité. Cette forme est, du reste, beaucoup plus bénigne, et l'orateur termine sa communication en citant un cas très rare qu'il a rencontré, c'est un cas de kyste hydatique, formé au bout de l'appendice.

— M. Dennetières lit une observation de résection du ganglion de Gasser pratiquée en réséquant d'abord le maxillaire supérieur.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juillet 1895

La séance débute par une intéressante discussion sur l'observation rapportée par M. Moizard d'un *cas de mort par le sérum antidiphtérique*. M. Sevestre croit que, dans le fait rapporté par M. Moizard, la mort doive être attribuée au sérum. Tout récemment il a observé, chez une fillette de cinq ans, à laquelle on avait fait une injection de 20 cc. de sérum pour une angine diphtérique, des accidents d'une gravité extrême que l'on aurait été tenté de mettre tout d'abord sur le compte du traitement. En effet, quinze jours après l'injection de sérum, — l'angine était guérie mais le bacille de Loeffler persistait dans la bouche de la petite malade, — celle-ci fut prise brusquement de fièvre, d'arthralgies multiples très violentes, d'urticaire, de diarrhée fétide, et d'une anurie qui, à deux reprises différentes, persista pendant quinze à dix-huit heures; en même temps, troubles cardiaques, alternative de délire et de colapsus; la gorge était le siège d'une rougeur vive et les ganglions du cou très tuméfiés.

Or, de tous ces accidents, l'éruption d'urticaire peut seule être attribuée au sérum; les autres n'étaient que les manifestations d'une infection par le streptocoque.

M. Sevestre croit même avoir été lui-même l'agent provocateur de cette infection. L'enfant avait une obstruction des narines due à l'envahissement des fosses nasales par le bacille de Loeffler et le streptocoque; un ensemencement y avait, en effet, révélé la présence de ces deux microbes. Pour faire disparaître cette obstruction, M. Sevestre prescrivit de grandes irrigations nasales; deux jours après débutaient les accidents d'infection. Il pense que « le mouvement tumultueux » du liquide dans l'arrière-cavité des fosses nasales a pu produire un dépouillement épidermique de la muqueuse et faciliter ainsi l'absorption des toxines du streptocoque.

Malgré tout, la petite malade finit par guérir.

M. Sevestre se demande si le cas de M. Moizard ne pourrait s'expliquer d'une façon analogue, si, en d'autres termes, la mort n'a pas été due à une infection streptococcique et non au sérum. L'examen bactériologique a été incomplet, et M. Moizard n'a pas dit si on avait ou non trouvé le streptocoque dans les cultures. Tous les accidents relevés par M. Moizard, chez son malade, s'observent dans des cas d'angines à streptocoque seul ou associé au Loeffler.

M. Sevestre tient à innocenter le sérum de Roux de tous ou la plupart des accidents qu'on lui attribue. Est-ce que la diphtérie ne produit pas à elle seule des éruptions, des arthralgies? Qu'on lise les intéressantes thèses de Mussy et de Bernardbeig, on y trouvera de nombreux exemples de ces accidents.

Les arguments de M. Sevestre ne peuvent convaincre M. Moizard, qui maintient son opinion sur le rôle du sérum dans le cas de mort de son malade. L'examen bactériologique est incomplet, il est vrai, et l'on n'a pas songé à rechercher le streptocoque dans les cultures. Mais il s'agissait d'une angine extrêmement légère, qui guérit en trois jours; il n'y a eu aucune localisation du côté des fosses nasales. Il n'y a donc aucune analogie à établir entre ce cas et celui que vient de rapporter M. Sevestre. D'autre part, M. Sevestre veut innocenter le sérum des éruptions et des arthropathies qu'on lui attribue, et il invoque l'action de la diphtérie et des infections secondaires dans la production de ces accidents. M. Moizard connait les éruptions et les arthropathies que l'on voyait jadis au cours de la diphtérie. Quelques-uns des faits d'artropathies rapportés par Bernardbeig, dans sa thèse, ont même été recueillis à Trousseau pendant que M. Moizard avait le pavillon de la diphtérie. Mais ces accidents, dus ordinairement à une infection streptococcique secondaire, sont absolument différents de ceux que l'on observe aujourd'hui. Les éruptions étaient loin de présenter le polymorphisme actuel, et les arthropathies évoluaient le plus souvent vers la suppuration. La fréquence actuelle de ces

accidents contraste même d'une façon frappante avec leur rareté d'autrefois. M. Moizard n'a observé que trois faits d'arthropathies au cours de la diphtérie, pendant son passage à l'hôpital Trousseau. En quelques mois il en a vu une vingtaine, chez des enfants traités par le sérum.

M. Chantemesse affirme cependant que les éruptions et les arthropathies produites par le streptocoque peuvent affecter toutes les formes; c'est du moins ce qu'il a observé dans son service d'érysipélateux. Les arguments de M. Moizard ne démontrent donc pas qu'il ne s'est pas agi d'une infection streptococcique dans le cas mortel qu'il a rapporté. Le sérum ne présente pas de dangers. M Chantemesse est même partisan des injections préventives qu'il fait pratiquer à la dose de 2 à 5cc à tous les nouveau-nés qui entrent dans son service de crèche. Il n'a jamais noté d'accidents et aucun enfant n'a pris la diphtérie.

M. Queyrat défend plus énergiquement encore le sérum de Roux. On n'avait pas le droit, d'après lui, d'incriminer le sérum et de lui attribuer la mort du malade de M. Moizard, puisqu'on n'a pas fait d'autopsie. Il reproche à la communication de M. Moizard et au rapport de M. Proust de répandre la terreur du sérum dans le public; ils auront pour résultat certain l'augmentation des décès par diphtérie.

Il est pourtant nécessaire de connaître et de faire connaître les accidents, les inconvénients que peut présenter toute méthode thérapeutique, même la meilleure. C'est ce que MM. Moizard, Siredey, Rendu font nettement ressortir. N'a-t-on pas signalé des accidents dus aux bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde? Cette méthode ne reste-t-elle pas néanmoins la méthode de choix? Personne ne songe à amoindrir ou à méconnaître les merveilleux résultats thérapeutiques donnés par le sérum antidiphtérique, mais ce serait pousser un peu loin l'admiration que de vouloir nier quand même les accidents, d'ailleurs légers ou exceptionnels, qui pourraient se produire.

— M. Barié a observé récemment une femme atteinte de maladie d'Addison qui présentait en outre un *rétrécissement préartériel pulmonaire* des plus caractérisés. Il consistait en un anneau dur, scléreux, blanchâtre, limitant une ouverture de 5 millimètres de diamètre environ. La longueur de ce canal était de 1 centimètre, ses parois étaient dures et rugueuses, son trajet était rectiligne. Le rétrécissement siégeait à 25 millimètres au-dessous de l'orifice pulmonaire absolument sain; les valvules étaient normales. Au-dessus du rétrécissement, l'artère pulmonaire était dilatée; ses parois étaient lisses et non épaissies. Le ventricule droit était dilaté et ses parois mesuraient 15 millimètres d'épaisseur. Orifice tricuspidien normal; rien au cœur gauche ni à l'aorte. Au point de vue clinique, l'affection avait donné lieu à un frémissement vibratoire systolique, très intense et à un souffle très râpeux commençant à la systole et persistant pendant toute la durée du petit silence.

Ces signes physiques ne s'accompagnaient d'aucun symptôme de cardiopathie, sauf quelques palpitations, et la malade mourut de cachexie addisonnienne. Les poumons présentaient des granulations tuberculeuses.

M. Barié retrace, à propos de ce fait, l'histoire d'un rétrécissement préartériel de l'artère pulmonaire et le résume dans les propositions suivantes:

« Le rétrécissement infundibulaire ou préartériel de l'artère pulmonaire est une affection rare, comparée aux autres variétés de sténose pulmonaire; sur neuf cas, on l'a observé six fois chez la femme.

« L'affection donne naissance à un frémissement cataire, systolique, intense, et à un bruit de souffle également systolique et d'une grande rudesse. Son maximum d'intensité se trouve dans une zone limitée entre la troisième articulation chrondo-sternale gauche et la pointe du cœur; en ce dernier point, le souffle est parfois encore très intense, mais la propagation vers l'aisselle est nulle ou à peine ébauchée.

« La localisation particulière du bruit de souffle dans le rétrécissement préartériel permet de distinguer celui-ci du rétrécissement siégeant au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire, dont le souffle a son maximnm dans le deuxième espace intercostal gauche, le long du sternum.

« Le rétrécissement préartériel peut être congénital ou acquis; ce dernier paraît plus fréquent; quelques observations semblent établir l'influence étiologique du rhumatisme articulaire.

« Le rétrécissement préartériel présente une analogie étroite avec le rétrécissement sous aortique; comme lui il reconnaît comme origine une endo-myocardite, dont le point de départ est difficile à établir.

« Comme les autres variétés de sténose de l'artère pulmonaire, le rétrécissement préartériel peut se compliquer de tuberculose pulmonaire; cette complication ne paraît cependant pas fréquente. »

— MM. Chantemesse et Sainton ont étudié les *influences nerveuses au point de vue des causes et des effets de l'érysipèle*. Ils rappellent la fréquence du typhus et des diverses maladies épidémiques dans les armées vaincues, l'importance des émotions morales dans l'infection puerpérale. Ces dernières ont une influence très marquée sur l'érysipèle; les rechutes suivent souvent un accès de colère. L'influence cataméniale ne s'explique peut-être que par une excitabilité plus grande du système nerveux. Enfin, le froid lui-même est un adjuvant fréquent du développement de l'érysipèle.

H. Richardière et Fournier.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Bureau central (chirurgie). — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Sebileau et Faure.

Assistance publique. — Mme Davaine, la veuve du médecin célèbre, vient de mourir à l'âge de 73 ans, dans sa propriété de Garches.

Mme veuve Davaine lègue à l'Assistance publique une partie de sa fortune et sa propriété de Garches, pour la création d'un asile destiné à recevoir les jeunes filles convalescentes des hôpitaux.

— M. Rochard, l'un des propriétaires de la *Belle Jardinière*, récemment décédé, faisait partie depuis de longues années du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

M. Rochard lègue à l'Assistance publique la nue propriété de sa fortune, évaluée à 1,800,000 fr.

Mort du professeur Baillon. — Les obsèques du professeur Baillon ont eu lieu le 22 juillet au milieu d'un concours de médecins, de savants et d'amis. Le ministre de l'Instruction publique s'était fait représenter. M. le doyen Brouardel, au nom de la Faculté, et M. Milne-Edwards, au nom du Muséum, ont dit la perte considérable que viennent de faire les sciences naturelles.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. L.-G. Richelot : Péritonite tuberculeuse.
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Revue de la Presse : Médecine.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux; 4° Revue de la Société de Biologie.
V. Concours de l'internat.
VI. Échos et nouvelles.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Par L.-G. RICHELOT.

Depuis longtemps je veux compléter l'histoire d'une malade sur laquelle je suis revenu à deux reprises (1) et dont l'observation n'était pas alors terminée.

Je rappelle en quelques mots les premiers faits. Le 8 juin 1890, première laparotomie à l'hôpital Tenon, chez une fille de vingt-deux ans, accusée d'un kyste de l'ovaire, mais n'ayant autre chose qu'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique, avec des granulations confluentes étendues à tout l'abdomen, péritoine pariétal, intestin, vessie, utérus, et baignant dans un liquide louche, puriforme, avec des flocons pseudo-membraneux et des adhérences molles. Cinq mois plus tard, seconde laparotomie dans le service d'un de mes collègues, pour une reproduction du liquide abdominal. L'histoire de cette nouvelle intervention m'a été racontée plus tard par un témoin occulaire : l'incision faite, et croyant à des granulations cancéreuses (?), bien vite on referma le ventre sans évacuer l'ascite, et avec la hâte qu'on apporte quelquefois aux cas désespérés. Mais la malade ne mourut pas, et je la revis en octobre 1891, bien portante et se plaignant seulement d'une énorme éventration. Le 15 octobre, troisième laparotomie, par laquelle je tentai la cure de l'éventration, et qui me permit de constater la presque disparition des granulations tuberculeuses. Le péritoine était lisse et poli, les anses mobiles et sans adhésions d'aucune sorte ; on pouvait trouver, peut-être, une douzaine de granulations disséminées sur l'intestin grêle, et quelques-unes, encore assez confluentes, sur la face postérieure de l'utérus. C'était un changement radical, et la guérison paraissait assurée. Telle fut ma conclusion quand j'exposai le fait à la Société de Chirurgie.

La fin de l'histoire se trouve aujourd'hui dans la thèse de M. Lucien Clavier (2). Pendant deux ans, la santé de la malade parut s'affermir de plus en plus ; quelques menaces du côté de la poitrine disparurent entièrement, mais en décembre 1893 elle souffrait de nouveau, et l'éventration s'était reproduite de l'ombilic au pubis. J'attribuai les douleurs à la flaccidité extrême de la paroi, et je consentis à une nouvelle intervention que la malade réclamait avec instance. Quatrième laparotomie le 16 décembre 1893 ; résection d'une large tranche de la paroi abdominale de chaque côté de la ligne blanche. Cette fois, je trouvai le péritoine absolument sain ; il n'y avait plus une seule granulation ni sur l'intestin, ni sur la face postérieure de l'utérus. Mais je fus très surpris de trouver les annexes énormes, parenchymateuses, adhérentes et enclavées dans le petit bassin ; je n'avais rien vu de semblable dans les opérations précédentes. La castration double s'imposait, et je trouvai dans les parois des deux trompes quantité de petits foyers tuberculeux interstitiels, et de la matière caséeuse puriforme dans leur cavité.

Il y a deux ans bientôt que Marie G... a subi sa quatrième laparotomie ; malgré la reproduction partielle de l'éventration à l'angle inférieur de la suture, elle a cessé de souffrir, elle travaille sans se plaindre et sa santé est parfaite.

Voilà, certes, une observation démonstrative. J'ai vu et suivi pas à pas la guérison progressive du péritoine, d'abord farci de granulations confluentes, beaucoup moins envahi l'année suivante, enfin totalement guéri, pendant que des lésions tuberculeuses des annexes, d'abord inaperçues, évoluaient au contraire et demandaient à leur tour une intervention radicale. Dans une de nos discussions (1), Bouilly avance que cette forme de péritonite peut avoir pour origine des lésions tuberculeuses des annexes, d'où infection secondaire et envahissement progressif de la séreuse. Cela doit être, mais beaucoup de cas sont autres, puisqu'ils guérissent sans qu'on touche aux annexes. Dans le cas présent, les lésions tubaires pouvaient être contemporaines des tubercules péritonéaux, mais elles n'étaient pas antérieures ; elles ont évolué plus tard pendant que la séreuse guérissait, et ne l'ont pas empêchée de guérir.

En présence de ces cas heureux, devenus si fréquents depuis quelques années, que devons-nous penser des opinions contradictoires qui ont vu le jour avant que la question ne fût très avancée ? Vous guérissez, nous a-t-on dit, la tuberculose péritonéale parce qu'elle guérit toute seule ; c'est vrai quel-

(1) *Union médicale*, 28 juillet 1891 et 28 avril 1892.

(2) L. Clavier : *Péritonite tuberculeuse*. (Thèse de Paris, 1895, p. 74.)

(1) *Soc. de Chir.*, 11 octobre 1893.

quefois, chez les enfants, mais ce n'est pas une raison pour nier l'influence immédiate, visible, habituelle, du traitement chirurgical. Autre assertion : la laparotomie est indiquée si la péritonite tuberculeuse est nettement circonscrite et forme une poche purulente, on doit la rejeter dans la forme ascitique généralisée (Heydenreich). C'est une opération palliative (Bassini); elle n'est que palliative quand l'intestin est pris (Spaeth); elle peut donner une guérison définitive dans les localisations restreintes, mais non dans les péritonites étendues qui montrent que la tuberculose est à une période avancée (Czerny). Nous sommes bien loin de ces affirmations pessimistes, car nous avons vu guérir la péritonite tuberculeuse, même généralisée, même avec un intestin farci de granulations; tout nous porte aujourd'hui à considérer cette maladie, même très grave en apparence, comme une tuberculose locale dont la chirurgie peut triompher, car nos guérisons sont définitives.

Pour ma part, j'ai une série de malades que l'opération a nettement tirées d'un mauvais pas. La première est du 5 mars 1890; c'était une femme de Seine-et-Marne, venue à Paris avec un point de pleurite sèche, de la toux, maigre et décharnée; elle avait des granulations confluentes sur tout le péritoine, dans tous les coins de l'abdomen, avec une ascite laiteuse, puriforme. Elle retourna dans son pays à la fin de mars, n'ayant plus rien à l'auscultation et ne toussant plus; aujourd'hui, après cinq ans, sa santé est parfaite, c'est une robuste paysanne qui travaille aux champs.

Le 3 juillet 1892, jeune fille de vingt-trois ans, frêle et malade depuis un an; douleurs abdominales, ventre développé, maigreur extrême, sommets suspects, état fébrile habituel, sorte de fièvre hectique atteignant tous les soirs 38° et quelques dixièmes. L'intestin grêle, dans toute la moitié inférieure de l'abdomen, la paroi abdominale, l'utérus et les annexes étaient couverts de granulations confluentes. Reprise immédiate de l'appétit, des forces, de l'embonpoint. En mars 1893, je la revis avec une mine superbe ; son mariage, déjà projeté quand elle était malade, est maintenant chose accomplie, et sa santé parait florissante.

Le 15 octobre 1893, c'était un cas bien exceptionnel, et le succès fut des plus remarquables. Jeune fille de vingt-deux ans; ascite énorme, maigreur squelettique, cavernes pulmonaires, toux continuelle, expectoration purulente, anorexie et diarrhée. La malade, lorsqu'elle m'arriva de province, était en si piteux état, tellement faible et tellement phtisique, que je n'osais pas y toucher, craignant de l'éteindre comme une chandelle. L'état des poumons, la toux, la dépression extrême me défendaient absolument l'usage du chloroforme. Je me décidai cependant à l'opérer, c'est-à-dire à évacuer l'ascite, comme dernière chance d'amélioration temporaire, mais je ne voulus pas l'endormir, et je fis l'anesthésie de la paroi avec la cocaïne. C'est la seule laparotomie que j'aie faite ainsi. La transformation de cette malade fut merveilleuse; très peu de temps après l'opération, elle s'alimentait, prenait de l'huile de foie de morue et l'embonpoint revenait à vue d'œil. L'ascite ne se reproduisit pas. Quelques mois après son retour en province, elle m'envoya sa photographie, et il me fut impossible de la reconnaître. Elle vint à Paris en 1894, et cette fois encore je ne la reconnus pas. Nouvelle entrevue en juillet 1895; elle est fraîche et grasse, elle mange avec appétit, elle a toutes les apparences de la santé, son ventre est plat, souple et sans aucune douleur. Cependant, il reste aux sommets quelques râles, et la toux n'a pas complètement disparu; je ne puis donc la considérer comme absolument guérie. Mais quelle différence ! Le péritoine, en tous cas, est hors de cause; et en voyant comme les lésions pulmonaires ont cédé, ont pris une allure chronique et torpide, j'ai lieu d'espérer qu'avec de bons soins elle guérira tout à fait.

Voilà quatre cas où l'intervention chirurgicale a pleinement réussi, sans aucune réserve. Une autre fois (23 avril 1892), la malade, âgée de quarante-deux ans, avait une poche remplie de sérosité floconneuse et circonscrite par des adhérences; elle était bien portante au mois de novembre de la même année. — Le 27 avril 1894, fille de vingt-six ans, granulations confluentes dans tout l'abdomen, intégrité des poumons; le 10 juillet, ventre souple et santé parfaite. — Le 26 mai 1891, fille de dix-sept ans, pâle et maigre, granulations généralisées, confluentes, épiploon épaissi, infiltré de tubercules; elle quitta l'hôpital le 22 juin, ventre plat, bon appétit et meilleure mine, puis je la perdis de vue. — Enfin, le 1er juin 1895, fille de dix-sept ans, granulations confluentes sur le péritoine pariétal, discrètes sur les intestins; annexes voilées par le péritoine épaissi; la trompe gauche était grosse comme le petit doigt, couverte de tubercules, et du pus caséeux sortait par le pavillon; castration tubaire de ce côté. J'ai revu la jeune fille en juillet, bien portante, mais je ne puis dire encore si l'évolution tuberculeuse est franchement arrêtée, ou si elle doit continuer dans l'ovaire gauche, dans les annexes droites.

Ces quatre cas sont tous favorables, mais les deux premières malades ont été perdues de vue — ne laissant rien à désirer, il est vrai — trois et six mois après l'opération, la troisième après sa sortie de l'hôpital, et la quatrième est toute récente. Ces deux dernières ne peuvent être comptées, non plus qu'une opérée déjà ancienne (14 octobre 1890), fille de dix-

neuf ans, qui avait des hémoptysies et des cavernes, dont la fièvre tomba et les douleurs cessèrent pendant quinze jours après mon intervention, pour reprendre ensuite et aboutir à la mort trois mois plus tard, par l'évolution des lésions pulmonaires.

En résumé, quatre guérisons solides et anciennes, deux guérisons constatées dans le courant de l'année et paraissant de bon aloi, une malade perdue de vue trop tôt mais en bon état, une malade opérée depuis deux mois et bien portante. Telle est, jusqu'ici, ma contribution au traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse.

Aussi bien, il ne s'agit plus de rompre des lances en faveur de ce traitement, mais ce qu'il est toujours utile de mettre en lumière, et ce qu'il faudra encore répéter quelque temps, c'est que le traitement qui donne ces résultats, à peu près constamment et sans danger, c'est la *laparotomie*. Impossible de savoir le mécanisme de la guérison; est-ce l'air ou la lumière? Des hypothèses bizarres ont été émises; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il faut ouvrir largement, évacuer l'ascite, montrer le jour au péritoine, le laver ou l'éponger, mais qu'à part l'ouverture et l'évacuation, aucune manœuvre en particulier ne semble nécessaire. Les grands lavages antiseptiques sont inutiles et dangereux; l'acide borique lui-même, malgré sa faiblesse, n'est pas à recommander; l'eau bouillie ou salée à 7 pour 1000 est excellente.

Voilà ce que méconnaissent les médecins, quand ils préconisent les ponctions abdominales suivies d'injections irritantes. Ils sont tombés dans une double erreur, en croyant à l'équivalence de la ponction et au rôle utile d'un topique. De plus, en voulant faire moins, au point de vue de la gravité, ils ont fait bien davantage; et nous sommes toujours effrayés de l'audace avec laquelle les médecins plongent le trocart au milieu des anses intestinales, des collections liquides de l'abdomen, des adhérences et des vaisseaux épiploïques. Je connais les faits de guérison qu'on a cités; mais je connais aussi deux cas de mort non publiés, à la suite de la ponction et de l'injection d'acide borique. Et les « inflammations substitutives » du naphtol camphré! Accès épileptiformes suivis de mort en quarante minutes (Ménard); état convulsif et mort en quelques heures chez un enfant de sept ans (Netter), tels sont les exemples peu encourageants qui ont été présentés à la Société médicale des hôpitaux.

La laparotomie, en résumé, guérit franchement, et non temporairement, la péritonite qui est encore une tuberculose locale. Elle la guérit, même avec des menaces pulmonaires; quelquefois avec des lésions avancées, j'en ai donné la preuve. Il est clair qu'elle doit trouver dans l'état général de certains malades, dans la marche aiguë et fatale de certaines tuberculoses, sa pierre d'achoppement, et nul ne songe à en faire une arme souveraine contre le bacille de Koch. Mais chez les malades qui, pour une raison ou pour une autre, peuvent guérir, elle seule assure la guérison, je le répète, à peu près constamment et sans danger.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Le Congrès d'assainissement et de salubrité. — Les odeurs de Paris.

Le Congrès d'assainissement et de salubrité organisé par la Société des Ingénieurs et Architectes sanitaires, et dont nous avons dit un mot dans notre dernière chronique, s'est ouvert le 8 juillet, au Palais des Arts libéraux, sous la présidence M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.

Dans son discours d'ouverture, M. Monod a fait ressortir l'importance des amenées d'eau et la nécessité de les exécuter dans de bonnes conditions hygiéniques; puis la parole a été donnée à M. Petsche, ingénieur des ponts et chaussées, pour la lecture de son rapport sur *le traitement et l'utilisation des ordures ménagères*.

Nous nous sommes occupés plus d'une fois déjà de cette question, dont l'importance a paru telle au Congrès, qu'il l'a mise en tête de son ordre du jour. Elle est toujours pendante, parce qu'on n'y a pas encore trouvé de solution satisfaisant à la fois les intérêts économiques et ceux de l'hygiène. Dans les grandes villes, la quantité des détritus qui sortent chaque jour des maisons est telle qu'on ne sait absolument qu'en faire. A Paris, les boues étaient, autrefois, jetées à la Seine. Plus tard, on prescrivit de les déposer le soir dans la rue, et l'ordonnance de police du 1er septembre 1853 régularisa cette pratique, mais en défendant de déverser les ordures ménagères avant quatre heures du matin. En réalité, on les jetait à toute heure de la nuit, et l'on voyait s'abattre sur ces amas de détritus la troupe nocturne des chiffonniers autorisés, au nombre de 7,000, et celle des chiffonniers marrons, dits *voltigeurs*. La hotte sur le dos, la lanterne d'une main, le crochet de l'autre, ils fouillaient dans ces ordures et les éparpillaient sur la voie publique au grand détriment de l'hygiène. Haussmann avait essayé de faire cesser cet abus, mais les chiffonniers avaient été plus forts que le tout-puissant fonctionnaire.

Il a fallu le siège de Paris pour vaincre leur résistance. Un arrêté du 11 septembre 1870 défendit de déposer les ordures dans la rue et contraignit les propriétaires à les faire porter directement aux tombereaux. Enfin est intervenu l'arrêté du 7 mars

1884 et l'intervention de ces récipients auxquels la reconnaissance populaire a donné le nom du préfet de la Seine qui s'est intéressé à leur création.

Les boîtes Poubelle contenant les détritus de la journée précédente sont déposées le matin sur le trottoir, avant le passage des tombereaux dans lesquels elles sont vidées. Ces tombereaux sont au nombre de 600; ils suffisent à peine pour enlever les 2,000 mètres cubes d'immondices que fournissent chaque jour les 80,000 maisons de Paris. Ce service est confié à seize entrepreneurs et coûte de quatre à cinq millions par an. Les boues sont versées dans la banlieue, sur le bord des chemins, et s'y putréfient à l'air libre pendant cinq ou six mois, en attendant qu'elles passent de l'état de *gadoue verte* à celui de fumier ou de *gadoue faite*, et, pendant ce temps-là, on les arrose avec l'eau de vidange pour leur donner le fumet recherché des agriculteurs. Ces *dépôts de voirie*, de concert avec les dépotoirs et les fabriques de sulfate d'ammoniaque, soufflent sur la ville ces exhalaisons empestées dont tout le monde se plaint pendant l'été.

A diverses reprises, on a voulu transporter au loin ces immondices pour les déverser sur des terrains arides et sablonneux qu'on trouve dans nombre de départements et notamment en Champagne. Les Compagnies de chemins de fer ont passé des marchés avec les entrepreneurs, et exportent aujourd'hui une certaine quantité de ces boues. On a essayé de les conduire par eau à leur destination; mais ces moyens de transport sont dispendieux et insuffisants à côté des montagnes de détritus qu'il s'agit d'éloigner de la ville. On a essayé également de les détruire par le feu, comme en Amérique et en Angleterre. Nous avons raconté tout cela; mais ce moyen est encore plus coûteux et moins pratique, et puis il a l'inconvénient de détruire un produit gênant, malsain, mais précieux pour l'agriculture. Les questions de voirie, dans les villes comme Paris et Londres, ne sauraient comporter une solution unique; tous les moyens réunis suffisent à peine pour faire face à l'étendue des besoins. Le plus déplorable de tous est celui qui consiste à laisser se multiplier dans la banlieue les *dépôts de voirie*, à laisser s'accumuler aux portes de la ville ces amas d'ordures qui l'infectent. La meilleure solution consisterait à les enlever au fur et à mesure de la production, pour les transporter par tous les moyens dont on dispose, aujourd'hui, sur les points où la terre réclame du fumier.

Le Congrès d'assainissement et de salubrité s'est prononcé dans ce sens et l'hygiène ne peut qu'approuver les trois conclusions suivantes qu'il a votées à l'unanimité :

« 1° La collecte devra être journalière, matinale, et s'opérer au moyen de récipients métalliques et de véhicules appropriés, couverts et faciles à désinfecter;

« 2° Pour l'utilisation directe de la gadoue par l'agriculture, il est à désirer que l'abaissement des tarifs des voies ferrées permette les transports à grande distance et la suppression des dépôts dans le voisinage des villes;

« 3° La destruction pure et simple par le feu constitue une solution satisfaisante pour l'hygiène, à la condition que la température de combustion soit élevée et que le maintien des matières et des gaz à cette haute température soit suffisamment prolongé. — Elle peut être suffisamment économique dans certains cas. Concurremment à cette solution qui supprime une valeur, il y a lieu d'encourager les recherches qui tendent à extraire de la gadoue les éléments utilisables en conciliant les exigences de l'hygiène et celles de la richesse publique. »

— Nous venons de dire que les dépôts de voirie, les dépotoires et les fabriques de sulfate d'ammoniaque étaient les causes principales des odeurs infectes qui se répandent dans Paris et qui arrivent maintenant jusqu'au centre de la ville, lorsque le vent souffle du nord-est et qu'il enfile les grandes voies rectilignes qui la traversent de bout en bout; mais ces causes d'infection ne sont pas les seules. On a laissé s'établir, tout autour de Paris, une ceinture d'usines insalubres (fabriques de vernis, boyauderies, fonderies de suif, usines de produits chimiques, clos d'équarissage, fabriques d'engrais, de colle, de savons et stéarines, de gras double, d'asticots, etc.). Dans tous ces établissements, s'élabore une immonde cuisine qui, jointe à celle des fabriques de sulfate d'ammoniaque, souffle sur Paris des odeurs âcres et empestées. Il faut joindre à ces sources d'odeurs infectes, les gaz qui se dégagent par les tuyaux d'évent des fosses d'aisances. Ces tuyaux montent jusqu'au niveau des souches des cheminées et déversent là leurs puanteurs. Dans les soirées brûlantes de l'été, lorsque l'atmosphère est calme, ces gaz, que le vent n'emporte plus, pénètrent par les fenêtres des étages supérieurs et forcent à les fermer. Il faut tenir compte aussi des émanations des égouts, qui ne sont pas tous parfaits et qui ne reçoivent pas assez d'eau.

La question des odeurs de Paris a été bien souvent agitée dans la presse; elle revient sur l'eau tous les ans à l'époque des chaleurs, et récemment elle a été soulevée au Conseil municipal, par M. Barrier, qui est en même temps membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. Le préfet de police a été, comme toujours, mis en cause, et la discussion s'est terminée par un ordre du jour invitant l'Administra-

tion à plus de vigilance, ainsi que par la nomination d'une commission mixte, chargée d'étudier les causes des odeurs de Paris et les moyens d'y remédier.

C'est généralement ainsi que se terminent ces sortes de choses. La Commission est nommée, elle fonctionne, les usines d'empoisonnement font comme elle, les chaleurs passent, on n'y songe plus, et l'année suivante c'est à recommencer. Les moyens de faire disparaître cette infection ne sont pourtant pas au-dessus des ressources d'une ville comme Paris. Les principales disparaîtront, du reste, par suite des mesures qui sont en cours d'exécution.

L'application du *tout à l'égout* dans la ville entière supprimera les dépotoirs, les fabriques où s'opère la transformation des matières fécales, des fosses d'aisances et leurs tuyaux d'évent. Les dépôts de voiries cesseront d'exister lorsque la Ville se décidera à entrer en arrangements avec les agriculteurs, les lignes de chemin de fer et les compagnies de navigation fluviale pour le transport immédiat et régulier des ordures ménagères. Quant aux usines qu'on a laissé se former autour de Paris, comme il est inadmissible qu'une population de deux millions et demi d'habitants se laisse empoisonner à perpétuité, pour le bon plaisir d'une centaine d'industriels, il faudra bien qu'on se décide à fermer un jour leurs établissements pour cause d'utilité publique et à les indemniser en les expropriant.

Comme à cette époque, toutes les eaux d'égout se rendront sur les champs d'épandage, la Seine aura reprise sa limpidité, et Paris débarrassé de ses souillures, joindra à toutes les supériorités qu'il possède déjà, celle d'une salubrité à toute épreuve.

La génération à laquelle j'appartiens ne jouira pas de cette transformation, mais elle aura le mérite de l'avoir préparée. JULES ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

De la paresthésie du nerf fémoro-cutané externe (paresthésie de Bernhard), par DEVIE. (*Province médicale*, n° 26.)

Cette affection peu grave a été décrite par Bernhardt, Nack, Freud, etc. Elle consiste dans des troubles de la sensibilité siégeant dans le domaine du nerf fémoro-cutané externe, c'est-à-dire limité à la partie antéro-externe de la cuisse, du trochanter ou condyle externe. Ces troubles de la sensibilité consistent dans une sensation anormale, à peu près nulle au repos, et manifestée après une marche, une fatigue du membre inférieur. Les patients comparent cette sensation à une brûlure, à un étirement. Les troubles objectifs de la sensibilité se caractérisent par une diminution de la sensibilité. La mobilité des muscles de la cuisse reste intacte. L'exploration électrique est normale. Il n'y a pas de troubles trophiques. Le début est lent et insidieux. Une fois installée, la paresthésie de Bernhardt dure souvent plusieurs années.

Toutes les observations publiées concernent des hommes adultes.

Cette maladie survient assez souvent à la suite d'un traumatisme, d'hydrothérapie froide.

Le streptocoque et le sérum antistreptococcique. (*Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1895.)

Le travail de Marmorek comprend deux parties : 1° L'étude du streptocoque, ou union des procédés qui lui ont permis d'obtenir des cultures fixes comme virulence, d'une intensité d'action excessive, puisqu'un cent milliardième de centimètre cube suffit à tuer un lapin. Le liquide de culture est le sérum animal (humain, de préférence) ajouté au bouillon nutritif ordinaire. Avec ce liquide entièrement virulent, Marmorek immunise de grands animaux (cheval, âne, mulet), dont le sérum, recueilli quatre semaines après la dernière inoculation, sert de sérum préventif et curatif. Dans ses expériences, Marmorek a pu établir une fois de plus l'identité des divers streptocoques.

La seconde partie du mémoire est consacrée à l'étude des résultats fournis par l'emploi de ce sérum antistreptococcique dans diverses maladies à streptocoques chez l'homme. 413 malades atteints d'érysipèle ont été traités dans le service du Dr Chantemesse.

La mortalité totale du service a été de 3,87 %. Deux malades qui n'avaient pas d'érysipèle et qui n'ont pas reçu de sérum doivent être distraits de la mortalité, qui reste à 3,4 % du fait de l'érysipèle. Encore faut-il remarquer que pendant un mois où le sérum employé était beaucoup moins actif, la mortalité a été de 4,82 %, alors que pendant les autres mois elle n'a été que de 1,63 %.

Le sérum antistreptococcique a été également essayé dans la fièvre puerpérale. Seize femmes, atteintes de fièvre puerpérale ont reçu du sérum. Une était infectée par le colibacille seul et doit être éliminée. Il reste quinze malades traitées qui se répartissent ainsi :

Sept cas à streptocoque seuls, 0 mort.

Trois cas où le streptocoque était associé au colibacille, 3 morts.

Cinq cas où le streptocope était associé aux staphylocoques doré ou blanc, 2 morts.

Le sérum antistreptococcique associé au sérum antidiptérique a été donné aussi, dans des angines

où les bacilles de Loeffler et le streptocoque étaient réunis. Les essais faits à l'hôpital des Enfants-Malades sont très encourageants.

Sur la toxine charbonneuse, par Marmier. (*Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1895.)

Marmier a extrait une toxine spéciale à la bactéridie charbonneuse, des cultures de cette toxine dans la peptone glycérinée. Cette toxine tue par cachexie les animaux sensibles au charbon et est sans action sur les animaux réfractaires à cette maladie. Elle diffère des toxines tétanique et diphtérique, par ce fait qu'elle est très atténuée par le chauffage à 110°. L'immunisation contre le charbon peut s'obtenir par des doses graduées de cette toxine charbonneuse.

La peste bubonique, par Yersin, Calmette et Borel. (*Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1895.)

L'inoculation de cultures chauffées du microbe de la peste vaccine contre une inoculation ultérieure, à la condition qu'on ne pratique celle-ci que lorsque l'animal est parfaitement rétabli de sa première inoculation. L'action préventive et curative du sérum des animaux ainsi immunisés est tout à fait remarquable. En effet, ce sérum préserve contre les inoculations sous-cutanées de peste virulente et guérit après l'inoculation, s'il est injecté douze heures après.

Les auteurs de ce travail, encouragés par ces résultats, ont entrepris d'immuniser un cheval. Ils y sont arrivés au bout de six semaines. Le sérum de ce cheval, injecté à titre préventif et à titre thérapeutique à des lapins, à des cobayes et à des souris, s'est montré actif dans les deux cas.

Recherches expérimentales sur les altérations du système nerveux dans les paralysies diphtériques, par Crocq fils. (*Archives de médecine expérimentale*, juillet 1895.)

La pathogénie des paralysies diphtériques est encore très discutée; certains auteurs admettent qu'elles sont en rapport avec des lésions médullaires, alors que d'autres nient l'existence d'altérations des centres nerveux. Dans le but d'élucider cette question expérimentalement, Crocq fils a fait des inoculations à des lapins soit de cultures pures du bacille de Loeffler, soit du liquide provenant de la filtration des cultures sur porcelaine. Il a obtenu ainsi des troubles de la motilité se manifestant sous la forme d'un affaiblissement progressif débutant par les membres postérieurs et s'étendant ensuite aux membres antérieurs. Chez un seul animal la sensibilité a été abolie.

Le poison diphtérique ainsi inoculé au lapin, porte son action sur la moelle épinière, les nerfs médullaires et la partie inférieure du bulbe. Il respecte le cerveau, le cervelet, la protubérance et la partie supérieure du bulbe.

La moelle épinière présente des altérations manifestes consistant en tuméfaction des cellules nerveuses avec disparition de leur noyau et de leurs prolongements. A une période plus avancée, la névroglie proliférée et les cellules nerveuses s'atrophient peuvent disparaître et être remplacées par du tissu sclérosé. La substance blanche est presque toujours respectée.

Sous l'influence du poison diphtérique, les nerfs dégénèrent. Il y a d'abord segmentation de la myéline, avec multiplication des noyaux.

Le cylindre cesse d'abord, sectionné, disparaît, plus tard, en même temps que la myéline réduite en blocs arrondis, puis en gouttelettes, finit par se résorber.

La même dégénérescence s'observe dans les racines antérieures. Les racines postérieures restent normales.

D'après l'évolution des lésions, le poison diphtérique provoque chez le lapin une myélite primitive, puis des névrites périphériques secondaires.

Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive (type Duchenne-Aron), par J.-B. Charcot. (*Archives de médecine expérimentale*, juillet 1895.)

Le travail de J.-B. Charcot a surtout pour but de prouver que l'atrophie musculaire progressive, désignée sous le nom d'atrophie musculaire (type Aron-Duchenne), constitue bien une entité morbide, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. L'utilité de ce travail se justifie pleinement à un moment où le champ de l'entité morbide, découvert par Aron et Duchenne, est singulièrement rétréci par les récentes études sur la sclérose latérale amyotrophique, la syringomyélie, les polynévrites et les atrophies myopathiques. En réponse aux auteurs (Leyden, Hammond, etc.), qui nient l'existence autonome de l'atrophie musculaire progressive, telle que l'a décrite Duchenne, J.-B. Charcotpublie, entre autres documents, deux observations cliniques et anatomiques qui en démontrent une fois de plus la réalité, en même temps les rapports de cette forme d'atrophie avec la forme (dite paralysie spinale antérieure subaiguë). Dans ces deux cas, J.-B. Charcot a trouvé, avec les lésions atrophiques des cellules des cornes antérieures, une zone de sclérose légère occupant le pourtour de la corne antérieure. Cette sclérose ne détermine, d'ailleurs, aucun symptôme. Elle est sous la dépendance immédiate des lésions cellulaires, étant constituée par la dégénérescence des fibres et des cellules du cordon.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 30 JUILLET 1895

Les expériences que M. DAREMBERG a entreprises sur le pouvoir toxique des eaux-de-vie, même les meilleures, comme d'ailleurs leur analyse chimique, démontrent qu'elles contiennent de plus grandes quantites de furfurol et d'alcool amylique que les eaux-de-vie communes débitées par les marchands de vin, et qu'elles sont beaucoup plus toxiques que ces dernières. Les bonnes eaux-de-vie, le vrai cognac ne sont pas moins dangereux pour la santé.

M. LABORDE fait observer que M. Daremberg a choisi, comme sujet d'expérience, le lapin; or cet animal est trop sensible, même aux plus faibles doses d'alcool, pour que l'on puisse apprécier nettement les effets des autres substances. Ensuite, M. Daremberg a fait des injections intraveineuse, et ce procédé peut, indépendamment du produit injecté, causer des accidents. M. Laborde, croit que les alcools de vin non rectifiés peuvent être dangereux, mais ils ne sont pas comparables aux alcools d'industrie. M. Daremberg est paradoxal en mettant tous les alcools au même niveau, et en soutenant même que l'alcool de vin est plus mauvais que l'alcool d'industrie.

Les expériences que M. MAGNAN a pratiquées sur des chiens sont très intéressantes, car elles montrent nettement l'action particulière des divers alcools. 50 grammes d'alcool de vin produisaient de la dépression et de l'ébriété qui disparaissaient en quatre ou cinq heures; l'alcool de betterave produisait un sommeil comateux et l'anesthésie complète au bout de huit à dix minutes; cet état durait vingt-quatre heures et le chien semblait malade les jours suivants; l'alcool de maïs donnait les mêmes résultats, mais en plus, pendant le coma, des soubresauts de tendons. Ces trois alcools une fois rectifiés, les résultats qu'ils produisent sont analogues, M. DAREMBERG fait remarquer alors, que ces alcools, avant d'être livrés à la consommation, sont rectifiés, car sans cela ils seraient imbuvables.

A la suite de cette discussion, l'Académie décide de renvoyer la question à une commission ainsi composée : MM. Bergeron, Laborde, Lancereaux, Riche, Motet, Magnan.

— L'utilité de l'examen bactériologique des angines à fausses membranes est une fois de plus démontrée d'une façon éclatante. M. LANDOUZY rapporte, en effet, les résultats d'une statistique de 864 cas d'angines pseudo-membraneuses, qui ont toutes été examinées bactériologiquement. Or 42 °/₀ étaient diphtériques, 58 °/₀ ne l'étaient pas. L'aspect clinique de l'angine induit souvent les médecins en erreur.

Telles angines qui semblent très graves ne sont pas dues au bacille de Loeffler, et telles qui sont des plus bénignes d'apparence sont diphtériques.

M. Landouzy n'excepte pas de l'examen bactériologique les manifestations pseudo-membraneuses syphilitiques, car il a vu des angines diphtériques se greffer sur des maux de gorge d'origine syphilitique.

M. DIEULAFOY rapporte encore plusieurs cas d'angines diphtériques, ayant tous les caractères de l'angine herpétique. L'un de ces cas lui a été fonrni par M. Le Gendre, un autre par M. Chantemesse.

M. CADET DE GASSICOURT soumet la proposition suivante à l'appréciation de ses collègues :

L'Académie de Médecine, convaincue que le seul moyen d'assurer le diagnostic et d'enrayer la propagation de la diphtérie est de s'éclairer de toutes les lumières de la science moderne, émet le vœu :

1° Que des laboratoires d'examen bactériologique, dirigés par des savants spéciaux, soient ouverts dans le plus bref délai, et que tous les médecins en soient avisés par la plus large publicité.

2° Que toutes les facultés de médecine, écoles de plein exercice et écoles préparatoires de médecine et de pharmacie soient pourvues de laboratoires bactériologiques, destinés à faire dès maintenant les examens et à instruire les médecins et les pharmaciens dans ces recherches spéciales.

— M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a employé le *gaïacol*, en solution au 1/10 dans l'huile d'olive, comme anesthésique; sur les brûlures, il fait disparaître complètement la douleur; en solution sous-cutanée, il produit les mêmes effets que la cocaïne. Le gaïacol rend de très grands services dans l'extraction des dents; les sensations de tact restent conservées, mais la douleur est supprimée. L'anesthésie est moins rapide que par la cocaïne, mais elle est plus durable; elle se produit même sur des tissus enflammés.

M. MAGITOT n'est pas très partisan de l'huile gaïacolée comme anesthésique dentaire. Souvent l'anesthésie est nulle, et, de plus, elle produit quelquefois du shacèle.

M. FERRAND, qui a employé le gaïacol en application sur la peau pour combattre les névralgies intercostales des phtisiques, a dû renoncer à son emploi, car il provoque quelquefois des lipothymies, du collapsus et des abaissements inquiétants de température. Cette action est due, ainsi que le montre M. LABORDE, à une action réflexe vaso-constructive des plus énergiques qui produit l'anesthésie locale et l'abaissement thermique.

— Au cours de la séance, M. VALUDE a communiqué un fait intéressant *d'angiome kystique de l'orbite* guéri en quinze jours par l'électrolyse.

— M. KIRMISSON a présenté l'observation d'un cas d'*épispadias chez une petite fille* et décrit l'opération par laquelle il a remédié à cette malformation assez considérable. Enfin, M. LE DENTU a montré un malade qu'il a opéré de *pneumatocèle cranienne*.

ÉLECTION A DEUX PLACES DE CORRESPONDANT ÉTRANGER
(4e Division)

Première élection.

MM.	Hoppe-Seyler (Strasbourg..	38 voix.	ÉLU.
	Dragendorf (Dorpat).....	20 —	
	Nencki (St-Pétersbourg)...	1 —	

Deuxième élection.

MM.	Dragendorf.....	37 voix.	ÉLU.
	Ludwig (Vienne).....	2 —	
	Nencki.....	1 —	

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La fin de la discussion sur l'*appendicite* a eu lieu mercredi dernier, en même temps que cessaient les travaux de la savante Société, qui se réunira désormais le premier mercredi d'octobre.

C'est d'abord M. REYNIER qui apporte le résultat de sa pratique, il a 22 observations d'appendicite avec 16 interventions et 3 décès. Il a toujours trouvé du pus et 2 fois des lésions nettement tuberculeuses, par 5 fois des présomptions bacillaires.

Il croit comme un fervent à la défense du péritoine, et pense que beaucoup de péritonites généralisées sont des péritonites à grand enkystement. Point particulier à noter, pour donner le temps à cette défense péritonéale de se produire, il n'est pas d'avis d'opérer hâtivement, et conseille, à l'encontre de presque tous ses collègues pour ne pas dire tous, de mettre de la glace sur le ventre et de savoir attendre.

L'incision iliaque est celle qui doit être employée dans la grande majorité des cas; car on voit que de plus en plus la laparotomie médiane se fait rare.

Une fois le pus trouvé, M. Reynier n'insiste pas, et croit mauvais qu'on cherche trop l'appendice ou les abcès éloignés, auxquels il croit peu.

Que dire des guérisons spontanées citées par les médecins, elles sont réelles, et pour sa part l'orateur en est une preuve, car à l'âge de dix-sept ans il a eu une appendicite suppurée qui s'est arrêtée dans le rectum et qui ne lui a pas laissé de fistules.

M. Schwartz ne veut pas parler de l'appendicite à répétition, quoique sur 13 interventions de ce genre il y ait eu 13 succès. Il n'envisagera donc que les appendicites aiguës ou subaiguës. Ces deux variétés se présentent sous la forme de péritonite généralisée avec un épanchement unique dans le grand lac péritonéal ou d'épanchements multiples, forme très grave, car sur 5 observations il n'a eu qu'une guérison, et la forme enkystée pour laquelle il est intervenu 9 fois avec 9 guérisons. Aussi M. Schwartz affirme-t-il son opinion et nous dit-il qu'il faut toujours aller chercher le pus, et si on ne le trouve pas, il y a un drainage fait naturellement par l'incision qui permet l'évacuation spontanée à l'extérieur.

L'orateur cite un cas bien particulier dans lequel il tomba sur une véritable tumeur qui ne contenait pas de pus, et cependant le malade guérit facilement et cette tumeur s'évanouit.

Voici les conclusions de M. Schwartz. Il est très difficile de dépister l'appendicite perforante; mais il faudra toujours y penser quand on se trouve en présence de symptômes d'occlusion. On doit intervenir le plus rapidement possible, par la laparotomie médiane quand il le faut, et par l'incision latérale. Pour les péritonites enkystées, aller droit au pus, mais ne pas faire trop de recherches pour trouver l'appendice.

Il est très difficile de borner ses communications sur un sujet aussi vaste; c'est ce que fait remarquer M. Reclus, qui pourtant nous dit un mot de la difficulté qu'on peut rencontrer dans les interventions d'appendicites dites *à froid*. On est souvent obligé de sculpter l'appendice dans les adhérences contractées, et chez un malade il a réséqué un appendice qui avait l'apparence d'un organe sain et chez lequel M, Pillet a trouvé des lésions très graves.

Pour M. Reclus, il existe des péritonites généralisées, et elles sont très graves; aussi faut-il ne jamais tarder à intervenir, et pour lui, dès qu'il trouve un peu d'empâtement dans la fosse iliaque, il prend le bistouri.

Parlant ensuite de l'éventration consécutive à l'intervention, l'orateur fait remarquer que celle-ci ne se montre pas quand ou opère à froid ; il n'en est pas de même quand on intervient pour une appendicite suppurée.

Quant aux abcès à distance, on les trouve signalés dans le travail de Gerster; mais, en général, ils ont une relation avec l'appendice.

M. Poirier a eu aussi à intervenir dans 13 cas, et il a eu 2 décès. Il a toujours trouvé du pus et a toujours incisé immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, véritable lieu d'élection. Chez un malade, il a ouvert le foyer purulent en passant à travers la vessie; le malade a, du reste, fort bien guéri.

Et M. Jalaguier clôt la discussion en restant sur le terrain de l'appendicite donnant lieu à la péritonite généralisée, seule forme qu'il ait visée dans le rapport qui a été le point de départ de toutes ces communications. C'est sur 71 cas, dont 33 donnèrent lieu à une péritonite généralisée, qu'il va s'appuyer, et sur ces 33 faits, il y en a 28 qui lui sont personnels, 22 laparotomies ont été pratiquées, et le résultat est : 4 guérisons opératoires et 3 succès réels. Dans 6 cas il n'est pas intervenu, les malades étant trop las, et il n'est pas d'avis d'opérer dans ces conditions.

Pour M. Jalaguier, il est absolument nécessaire de distinguer la péritonite généralisée de la septicémie péritonéale. Cette dernière se manifeste par des symptômes qu'il décrira tout à l'heure; elle est presque toujours, pour ne pas dire toujours mortelle. Sur 12 interventions de ce genre, il a eu 12 morts. Dans la péritonite généralisée, le péritoine a réagi, il y a des fausses membranes, des adhérences, quelquefois plusieurs cavités purulentes; cette forme est celle qui donne des guérisons par l'intervention.

Peut-on en clinique les distinguer l'une de l'autre? M. Nélaton ne le croit pas; M. Jalaguier pense le contraire et voilà les signes sur lesquels il s'appuie :

Dans la *péritonite septique* diffuse, le début est brusque; les douleurs ne sont pas très vives, il y a peu de vomissements, la diarrhée est fréquente, le météorisme n'est pas très grand. Cette forme est rarement prise pour de l'obstruction intestinale. La température reste à 37°. Le pouls est irrégulier, la langue est saburale, le teint est terreux, plombé, la palpation est indolore et il n'existe pas de contraction des muscles.

Dans la *péritonite généralisée*, les douleurs sont très vives, avec maximum dans la fosse iliaque; les vomissements sont plus fréquents, tenaces, prononcés. Les selles sont supprimées; on croit à l'occlusion intestinale. Les muscles de l'abdomen sont contracturés. Le météorisme est très marqué; le facies est moins terreux, et le toucher rectal montre une accumulation de liquide dans les culs-de-sac.

Quant au traitement, M. Jalaguier n'intervient pas dans la péritonite diffuse après le deuxième jour.

Dans la péritonite généralisée, il intervient toujours, et le plus vite possible.

— La séance se termine par une communication de M. Championnière sur l'anesthésie obtenue par les injections au 10e ou même au 20e d'huile gaïacolée. Il reproduit les faits cités à l'Académie et compare ce nouvel anesthésique local à la cocaïne.

M. Bazy emploie cet anesthésique avec succès depuis deux mois, et l'anesthésie serait peut-être plus rapide. Il a des indications précieuses chez les malades qui ont un état grave du cœur, et permet d'opérer dans la station debout.

Il ne croit pas aux dangers de cet anesthésique, car dernièrement il a pratiqué une gastrostomie et a répandu le le gaïacol à profusion, et cela sans inconvénients.

M. Delorme emploie aussi cette substance en grande abondance dans les abcès froids, et sans avoir eu le moindre accident.

M. Reclus s'empressera d'expérimenter le gaïacol et de le comparer à la cocaïne, mais qu'on se méfie des doses formidables qui pourraient bien causer des désastres. Il rappelle qu'il a pratiqué plus de 4,000 opérations avec la cocaïne, et sans un malheur.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juillet 1895

Les luxations spontanées survenant au cours des arthrites aiguës, sans violence extérieure capable d'exercer le déplacement, sans suppuration et sans lésion primitive des os, sont extrêmement rares. Elles s'observent, en général, dans le jeune âge ; l'articulation coxo-fémorale est la plus fréquemment atteinte. Après le rhumatisme, c'est la fièvre typhoïde et la scarlatine qui prédisposent le plus aux luxations subites.

Dans un fait que M. Widal vient d'observer, la localisation de la luxation et la nature de l'arthrite préalable sont tout à fait exceptionnelles. Il s'agit, en effet, d'un cas de *luxation spontanée de la tête du radius droit* au cours d'hydarthroses blennorrhagiques à bascule des deux coudes. Après une première blennorrhagie contractée au mois de mai de l'année dernière, le malade avait eu déjà des douleurs polyarticulaires très intenses et très tenaces. Au mois de juin dernier, nouvelle blennorrhagie, suivie bientôt après d'arthropathie, qui se localisèrent cette fois aux deux coudes. Le liquide abondant, épais, un peu rougeâtre, qui distendait ces articulations, ne renfermait pas de gonocoques. Le coude droit avait été atteint le premier, puis le coude gauche ; puis pendant que celui-ci s'améliorait, l'autre le prenait de nouveau, et quelques jours plus tard on constatait une luxation de la tête du radius droit ; cette luxation s'était effectuée spontanément, sans douleur, sans traumatisme, sans que le malade en ait eu conscience.

Quant au mécanisme de cette luxation, il est probablement celui de toutes les luxations analogues : l'hydarthrose est la cause anatomiques, elle prépare l'articulation ; un mouvement brusque, une contraction musculaire, un léger traumatisme sont ensuite les causes inaperçues qui déterminent le déplacement.

— *La bronchite muco-membraneuse chronique primitive* est une affection rare et encore peu connue, bien qu'elle ait été autrefois étudiée par M. Paul-Lucas Championnière. M. Huchard en apporte aujourd'hui une très intéressante observation.

Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans qui, à dix ans, eut une fluxion de poitrine, à la suite de laquelle s'est installée la bronchite chronique à accès paroxystiques dont elle souffre actuellement, et qui dure, par conséquent, depuis trente-huit ans. M. Huchard montre un volumineux bouchon pseudo-membraneux, que la malade a rejeté il y a quelque temps, après plusieurs jours d'une violente dyspnée.

L'examen a montré que ce bouchon pseudo-membraneux était composé surtout de mucine. L'examen bactériologique y a révélé la présence du staphylocoque blanc et d'un bacille particulier.

Un des points les plus intéressants du fait de M. Huchard, est celui qui a trait à l'heureuse influence de l'iodure de potassium sur cette bronchite pseudo-membraneuse. La malade est aujourd'hui à peu près complètement guérie.

— Les complications infectieuses du cancer de l'estomac, bien que fréquentes et maintes fois signalées, n'ont pas, dans les descriptions classiques, toute l'importance qu'elles méritent.

M. Achard a observé deux cas de *fistule ombilicale* survenue dans le cours du cancer gastrique, à la suite de l'ouverture d'un foyer phlegmoneux situé au devant de l'estomac. Dans l'un de ces cas, des noyaux de cancer secondaire du foie avaient été envahis par la suppuration, constituant ainsi de véritables foyers carcino-purulents.

Dans un troisième fait, il s'agissait de *pyléphlébite adhésive et suppurée* des rameaux intra-hépatiques de la veine porte ; rien n'avait, pendant la vie, fait prévoir cette complication, si ce n'est quelquos phénomènes très atténués que l'on décrit dans le syndrome produit chez les animaux par la ligature de la veine porte : prostration, somnolence, hypothermie terminale.

Dans ces trois premiers faits l'infection avait eu pour point de départ l'estomac lui-même.

Dans un quatrième, il s'agissait d'un cancer de l'estomac compliqué de *congestion pulmonaire avec sclérose ancienne* ; il y avait des amas de streptocoques dans les capillaires du poumon et des reins.

L'infection a pu se faire soit par l'estomac, soit par les voies respiratoires.

Ces dernières doivent être accusées dans un cinquième cas de cancer de l'estomac, terminé par une *pneumonie du sommet* avec infiltration purulente.

Il en est de même dans la dernière observation. Chez une femme manifestement atteinte d'un cancer gastrique, des *tumeurs ganglionnaires* apparurent au cou ; on les prit tout d'abord pour des adénopathies cancéreuses, mais deux d'entre elles suppurèrent ; le pus ensemencé ne donna pas de culture, mais l'inoculation aux cobayes détermina la tuberculose généralisée. A l'autopsie on constata des lésions tuberculeuses peu avancées dans les poumons et des lésions caséo-purulentes dans les ganglions trachéo-chiques et cervicaux, qui, d'ailleurs, à l'examen histologique, ne présentaient pas trace de cancer. Que la tuberculose ait débuté par le poumon ou par les ganglions du cou, ce qui peut être discuté, elle n'était là qu'une infection surajoutée, évoluant sur un terrain favorable, sur un organisme cachectique, mais son point de départ n'était pas l'estomac.

En somme, les infections dans le cancer de l'estomac sont très fréquentes et aussi très variables dans leur forme et leur origine. Tantôt il s'agit d'une infection générale ; la porte d'entrée est au niveau de l'estomac. Ce sont les formes septiques du cancer de l'estomac. Tantôt l'infection naît en dehors de l'estomac, dans un point quelconque ; l'organisme est plus vulnérable parce qu'il est affaibli par le cancer. Ce sont surtout alors les infections respiratoires, produites par leurs microbes habituels : streptocoque, pneumocoque, bacille tuberculeux.

Ces divers accidents infectieux expliquent sans doute certains symptômes tels que les élévations de température. Ils interviennent très probablement dans la genèse de la cachexie cancéreuse ; enfin, il abrègent parfois la durée de la maladie.

— Au cours de séance, M. Hayem a exposé ses recherches sur *les gastrites mixtes* et les *gastrites interstitielles*, et M. Catrin a lu un travail sur la *mortalité de la pneumonie dans l'armée*.

— La Société médicale des hôpitaux reprendra ses séances le deuxième vendredi d'octobre.

H. Richardière et Fournier.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Pour M. Trouillet, la grippe est une affection due à un micro-organisme spécial, qui se présente à l'état de diplocoque, de bacille et de strepto bacille, suivant les cas. Dans le sang des grippés, il existe toujours dans la période d'état sous forme diplococcique ; il peut en être retiré et donner lieu à des cultures sur différents milieux. Dans ces derniers, au fur et à mesure qu'il vieillit et se développe,

on voit apparaître les autres formes. Le micro-organisme cultivé et injecté à la dose de 1 cq. à 2 cq. au cobaye et au lapin, reproduit une affection semblable à la grippe chez ces animaux et amène leur mort dans un délai de deux à vingt jours.

Le sang, les liquides organiques et spécialement le liquide encéphalo-rachidien, les organes des hommes grippés et des animaux en expérience contiennent le micro-organisme. Il n'existe rien de pareil chez les animaux sains ou atteints d'affection autre que la grippe. Ce micro-organisme est mobile, pourvu de flagella, est transmissible par les voies sous-cutanée, intra-veineuse, etc., et même par contact. La virulence paraît siéger en partie dans les corps bacillaires et en partie dans la toxine sécrétée.

M. Boinet, a communiqué les résultats de ses recherches sur le traitement de la tuberculose humaine, par le sérum de sang de chèvre inoculé avec de la tuberculose. Chez huit malades, il a fait des injections sous-cutanées de 2 à 4 cq. de ce sérum. Dans trois cas de tuberculose torpide, à marche lente, les résultats ont été assez favorables. Il y a eu amélioration marquée dans deux cas de tuberculose à la deuxième période. Les injections n'ont pas d'action appréciable en cas de cavernes et sont nuisibles dans les tuberculoses aiguës, pyrétiques.

— MM. J. Déjerine et Ch. Mirallié ont étudié les altérations de la lecture mentale chez les aphasiques moteurs corticaux. Il résulte de leurs recherches que : l'alexie accompagne habituellement l'aphasie motrice corticale, que le malade récupère la faculté de comprendre la lecture, en général, avant que la guérison de l'aphasie ne soit complète.

Une aphasie motrice légère et passagère peut entraîner des troubles de la lecture mentale au même titre que la circonvolution de Broca. Jamais les auteurs n'ont constaté d'altération dans les fonctions du centre des images auditives. Les aphasiques moteurs corticaux sont donc, pendant une certaine durée de l'évolution de leur affection, incapables de comprendre l'écriture imprimée ou manuscrite. Ils sont atteints de cécité verbale, de par une lésion localisée à la circonvolution de Broca, cécité verbale qui est la conséquence d'une altération de la notion du mot.

Cette conception, basée sur l'altération de la notion du mot dans le langage intérieur, est applicable à tou es les variétés d'aphasie relevant d'une lésion de la zone du langage ; — aphasie motrice, aphasie sensorielle — mais non à celles dans lesquelles la lésion siège en dehors de cette zone ; — aphasie motrice sous-corticale, cécité verbale et surdité verbale, pensée ; — formes dans lesquelles la notion du mot est exacte et où, par conséquent, l'écriture spontanée est conservée. Cette conception, différente de celle qui est en général admise, tend à prouver que la faculté de langage, dans ses diverses modalités — parole, écriture, lecture, audition — n'est pas sous la dépendance de plusieurs centres spéciaux, indépendants les uns des autres.

Il existe, pour la fonction du langage un centre unique étendu du pied de la troisième circonvolution frontale au pli courbe, en passant par la partie postérieure de la première circonvolution temporale. Chaque extrémité de cette zone comprend un centre d'images du langage, la circonvolution de Broca, comprenant : le centre moteur d'articulation, la première temporale, celui des images auditives, et le pli courbe, celui des images visuelles des mots.

Ces centres, reliés entre eux par des vaisseaux d'association sont, en outre, en contact avec les fibres d'où dérivent leurs fonctions : fibres de projection bulbaire pour le centre moteur, fibres d'expension terminale de l'auditif par la première temporale, fibres reliant le pli courbe à la zone corticale visuelle.

La zone du langage constitue un centre unique complexe, dont les divers éléments tirent leur spécialisation de leurs rapports spéciaux dans la corticalité générale ; mais toute altération de cette zone, en un point quelconque de son étendue, entraîne non pas des troubles limités à tel ou tel mode du langage, mais une prédominance des troubles de cette forme du langage avec troubles atténués des autres formes.

— De leur côté, MM. A. Thomas et J. Ch. Roux ont étudié les troubles la lecture mentale chez les aphasiques moteurs corticaux. Ces troubles sont constants et disparaissent lentement, mais en laissant encore, à une époque très reculée, des traces qu'il est possible de mettre en lumière. L'aphasique moteur cortical qui commence à lire, recouvre successivement : 1° Le dessin du mot ; 2° l'association des syllabes qui forment le mot ; 3° l'association des lettres qui forment la syllabe ou le mot.

CONCOURS DE L'INTERNAT

Comme nous l'avons déjà annoncé, le concours de l'internat aura lieu le 21 octobre 1895.

Pour la première fois le jury fonctionnera suivant le nouveau mode adopté par le corps des hôpitaux, le conseil de surveillance et l'Administration. Nous ne craignons pas, à cause de l'importance de ce nouveau règlement, de le mettre en entier sous les yeux de nos lecteurs :

Le jury, pour ce concours, se compose de dix membres, dont quatre médecins, quatre chirurgiens et deux accoucheurs, tirés au sort parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, et parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Les épreuves sont réglées comme il suit :

1° Une épreuve d'admissibilité, consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ;

2° Une épreuve orale sur les mêmes sujets. Il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui sera échue.

A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements.

Le jury se dédouble, pour entendre la lecture des copies composées par les candidats, en deux sections composées chacune de cinq membres, deux médecins, deux chirurgiens et un accoucheur, et chargées de juger : l'une, la question d'anatomie ; l'autre, la question de pathologie.

Chacune des sections du jury fonctionne séparément dans les formes qui vont être déterminées ci-après :

Les candidats rédigent leur composition d'anatomie et leur composition de pathologie sur deux cahiers séparés qu'ils réunissent ensuite sous une même couverture, après les avoir signées l'une et l'autre.

Dans une séance spéciale, le président du jury, assisté de l'un de ses collègues, et en présence des candidats, tire au sort, et une à une, toutes les copies qui ont été déposées. Les noms que portent ces copies sont transcrits au fur et à mesure sur une liste et numérotés dans l'ordre du tirage. Les copies d'anatomie et les copies de pathologie sont séparées au fur et à mesure et placées, dans l'ordre du tirage, dans des cartons distincts.

Immédiatement après cette opération, il est procédé, par

la voie du tirage au sort, à la constitution des deux sections du jury ; la première section constituée est la section d'anatomie.

La section d'anatomie entend la lecture des copies dans l'ordre normal établi par le tirage au sort ; pour la section de pathologie, l'ordre des lectures est déterminé ainsi qu'il suit : la liste numérotée des candidats étant divisée par moitié, les lectures commencent par la deuxième moitié pour se continuer ensuite dans la première ; dans chacune de ces deux séries on suit l'ordre du numérotage.

Lorsque la liste des candidats admis à prendre part à la deuxième épreuve a été arrêtée d'après l'addition des points obtenus dans chacune des deux sections du jury, celui-ci se reconstitue, par la réunion de ses deux parties, pour procéder, dans les formes ordinaires, à l'épreuve orale.

Pour la nomination des internes en médecine, la liste des candidats appelés à subir les épreuves de la deuxième série se compose d'un nombre triple de celui des places vacantes.

Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont admis à subir consécutivement les deux épreuves règlementaires dès l'ouverture du concours.

A cet effet, leurs compositions sont mises à part, lors du tirage général des copies, pour être lues dans chacune des deux sections, dès les premières séances, dans les formes prescrites.

Cette lecture terminée, ces candidats sont appelés à subir l'épreuve orale devant les deux sections du jury réunies.

Ces deux sections se séparent ensuite pour entendre la lecture des autres candidats.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves du concours est fixé comme il suit :

Pour la composition écrite :

Epreuve d'anotomie.....	15 points.	30 points.
Epreuve de pathologie...	15 —	
Pour l'épreuve orale.....	20 —	

Le jugement des épreuves terminé, le jury procède au classement des candidats, et, par suite, les prix, accessits et mentions sont décernés aux quatre premiers élèves dans l'ordre de leur nomination.

Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série. Le jury se fait présenter, au moment de porter son jugement, les notes confidentielles qui ont été délivrées par les chefs de service aux candidats, depuis qu'ils remplissent les fonctions d'externes dans les hôpitaux.

Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves internes en médecine et en chirurgie, le jury décide s'il oxiste un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury dresse une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer, au besoin, les titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite.

Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

Avis spécial. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat, ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions, que s'ils se sont fait de nouveau recevoir externes. — Par application de cette disposition, les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

ÉCHOS ET NOUVELLES

La consultation de Saint-Louis. — Un arrêté du directeur de l'Assistance publique, du 31 mai 1895, approuvé le 21 juin suivant par le préfet de Seine, dispose que la consultation de médecine de l'hôpital Saint-Louis continuera à être faite par les médecins attachés à cet établissement.

Toutefois cette consultation sera dédoublée ; une première consultation aura lieu dans la matinée, une deuxième dans l'après-midi, et, par suite, les médecins de l'hôpital Saint-Louis auront à faire désormais deux consultations par semaine.

Afin d'aider et de suppléer au besoin les médecins de l'hôpital Saint-Louis, deux assistants seront adjoints au service de la consultation.

Ces deux assistants seront, comme les assistants de consultation attachés aux hôpitaux généraux, choisis parmi les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, et nommés comme eux par le directeur de l'Assistance publique, sur la proposition de la Commission spéciale instituée par le paragraphe 9 du nouvel article 14 du règlement sur le service de santé et qui doit être composée :

Du représentant des médecins des hôpitaux au Conseil de surveillance, président ;

Du président de la Société médicale des hôpitaux ;

Et du président de la Société des médecins des hôpitaux (anciennement du Bureau central).

Cette Commission établira toutefois ses propositions d'après une liste de préparation dressée par les médecins de l'hôpital Saint-Louis et comprenant trois noms pour chacune des deux places dont il s'agit. La Commission dressera ensuite la liste réglementaire de deux candidats spécifiée par le règlement.

MM. les médecins de l'hôpital Saint-Louis se réuniront très prochainement pour établir leurs listes de présentation.

MM. les docteurs en médecine réunissant les conditions sus-énoncées qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis. sont invités à faire leurs demandes dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes devront être adressés à M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Une indemnité, calculée à raison de 5 francs par séance, sera attribuée à chacun des deux assistants de consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés *Officiers de l'instruction publique :* MM. les Drs Cazin, chef de clinique à la Faculté de médecine ; Manouvrier, directeur adjoint de laboratoire à la Faculté des sciences ; Weiss, agrégé à la Faculté de médecine ; Chastaing, chef de laboratoire à l'École de pharmacie ; Gaudry, Vaillant, Georges Ville, professeurs au Muséum ; Bernard, assistant au Muséum.

Officiers d'académie : M. le Dr Quenu, agrégé à la Faculté de médecine ; MM. Artault, Meurisse, préparateurs à la Faculté de médecine ; Martin Durr, chef adjoint de clinique médicale à la Faculté de médecine ; Radais, agrégé à l'École de pharmacie ; Pécheur, aide de laboratoire à l'hôpital Necker ; Fayolle, préparateur à l'École de médecine ; MM. les Drs Berthelot, médecin du lycée Condorcet ; Wickersheimer, médecin adjoint du lycée Janson de Sailly.

— Des récompenses honorifiques sont accordées aux médecins ci-après désignés, des Sociétés de secours mutuels appropriées :

Médaille d'or : MM. Thomas (Billom) ; Guinemd (Saint-Brieuc).

Médaille d'argent : MM. Mongibeau (Hautefort), Alexandrowicz (Saint-Martin-d'Alais), Lescure (Oran), Hobon (Alençon), Desgranges (Lyon), Dumoret, Servaux (Paris).

Médaille de bronze : MM. Canton (Saint-Mihiel), Boh, Desparquets (Paris), Terson (Puylaurens).

Mention honorable : MM. Werner (Angoulême), Paoli (Ajaccio), Pinet, Sébilotte (Paris).

— M. le directeur de l'Assistance publique a remis, avant la distribution des prix aux élèves de l'école d'Yzeure, cinq médailles à MM. les Drs Miguet (Autun), Guénot, Legendre (Saulieu), Gambillard (Avallon), Leblanc (Montluçon).

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours de l'externat pour 1896 aura lieu le 22 octobre prochain.

Se faire inscrire tous les jours, de 11 heures à 3 heures, du 2 au 30 septembre inclusivement.

Concours des prix de l'internat. — L'ouverture du concours pour les prix de l'internat aura lieu le 9 décembre prochain pour la médecine, et le 12 du même mois pour la chirurgie.

Se faire inscrire du 1er au 15 décembre 1895. Le mémoire devra être déposé avant le 15 octobre.

Le concours d'agrégation en chirurgie de 1892. — Dans sa séance d'hier, le Conseil d'Etat au contentieux a commencé l'examen d'un pourvoi formé par un des candidats évincés au concours d'agrégation de chirurgie de l'année 1892, contre une décision du ministre de l'Instruction publique, qui a rejeté sa protestation contre les résultats du concours.

Les épreuves préparatoires du concours consistent en une leçon orale de trois quarts d'heure, faite par les candidats après trois heures de préparation dans une salle fermée, la surveillance étant organisée par le jury. En fait, le mode adopté consistait à faire surveiller chaque candidat pendant sa préparation par trois de ses concurrents.

Le requérant alléguait que, malgré ces précautions, il y aurait eu communication entre un candidat et un des surveillants, qui lui aurait donné certaines indications.

Enfin, le sujet à traiter était inséré dans une enveloppe cachetée, et les candidats tiraient chaque enveloppe au sort plusieurs jours avant l'examen. L'enveloppe portant la signature du candidat, était ensuite réservée jusqu'au moment où il devait traiter le sujet. Or, il a été allégué que des numéros avaient été apposés sur les enveloppes et sur les questions elles-mêmes. D'après le requérant, ces numéros auraient constitué un signe de reconnaissance, permettant aux candidats d'être avertis à l'avance du sujet. Le commissaire du Gouvernement a conclu au rejet du pourvoi.

L'arrêt a été rendu le 26 juillet dans les termes suivants :

« Le Conseil d'État décide :

« ARTICLE PREMIER. — L'intervention des sieurs Lejars, Delbet et autres, et l'intervention du sieur Rochet sont admises.

« ART. 2. — La requête du sieur Genevay-Montaz est rejetée.

« ART. 3. — Les frais de timbre exposés par les sieurs Lejars, Delbet et autres seront supportés par le sieur Genevay-Montaz. »

Nous publierons dans notre prochain numéro les considérants de cette décision. *(Progrès médical.)*

Congrès à Bordeaux. — La préparation du Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie qui s'ouvrira à Bordeaux, le 8 août prochain, se poursuit avec la plus grande activité, et le succès de cette intéressante consultation scientifique paraît d'ores et déjà assuré, tant par la haute valeur et le nombre toujours croissant des adhérents français et étrangers, que par l'importance des communications annoncées.

Les stations thermales et maritimes de la région se disputent à l'envi l'honneur de recevoir les congressistes et organisent à leur intention les fêtes les plus brillantes. Le programme de ces réjouissances n'étant pas encore définitivement arrêté, il nous est impossible d'entrer dans le détail. Disons seulement que Biarritz, Arcachon, Royan et Dax, prévenant, offrent gracieusement trains et bateaux spéciaux, voitures pour excursions, représentation de gala, peut-être même courses de taureaux ! etc., etc.

Le Congrès français de Médecine interne, jumeau, pour ainsi dire, du Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie s'ouvrira, à Bordeaux, le même jour et participera aux mêmes fêtes.

Le docteur Yersin. — M. le médecin de 2e classe des colonies Yersin est inscrit d'office au tableau d'avancement pour le grade de médecin de 1re classe pour ses travaux remarquables sur la peste.

Faculté de Montpellier. — La chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

École de Médecine de Caen. — M. Gosselin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, et M. Gramond, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, sont prorogés dans leurs fonctions pour une durée de trois ans.

Création d'une commission de surveillance des irrigations d'eaux d'égout. — Sur la proposition de M. Barrier le Conseil général a voté la création d'une Commission départementale de onze membres instituée à l'effet de surveiller, au point de vue de la salubrité, les irrigations d'eaux d'égout sur tous les champs d'épuration du département de la Seine.

Cette Commission est composée ainsi qu'il suit : quatre membres du Conseil général de la Seine ; deux membres du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine ; le directeur des affaires départementales ; l'ingénieur en chef du département ; MM. Albert Lévy et Miquel, chefs des services chimique et micrographique de l'Observatoire de Montsouris ; M. Vincey, professeur départemental d'agriculture.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. H. Richardière : Inhalations d'oxygène gaïacolé dans la gangrène pulmonaire.
II. Feuilleton.
III. Eugène Rochard : De la péritonite appendiculaire.
IV. La fin du Service de Santé.
V. Revue de la Presse : Chirurgie; Médecine.
VI. Académie de Médecine.
VII. Les livres nouveaux.
VIII. Conditions d'admission et formalités pour le concours pour la nomination d'élèves externes en médecine et en chirurgie dans les hôpitaux de Paris.
IX. Échos et nouvelles.

INHALATIONS D'OXYGÈNE GAÏACOLÉ

DANS LA GANGRÈNE PULMONAIRE

Par H. RICHARDIÈRE.

I

Dans la gangrène pulmonaire, l'odeur de l'haleine et des crachats est un symptôme aussi pénible pour les malades que désagréable pour leur entourage. L'horrible fétidité de cette odeur, qui existe à tous les degrés et dans toutes les formes de la maladie, a une importance capitale dans les formes bénignes et curables, dont l'évolution naturelle vers la guérison est le plus souvent fort lente et a une durée de plusieurs semaines, parfois même de plusieurs mois. En plus de la gêne personnelle, très sensible même aux malades les moins délicats, que cause l'odeur de la gangrène du poumon, il peut en résulter un dégoût invincible pour les aliments et des troubles graves de la nutrition, Or, dans une maladie aussi débilitante et aussi cachectisante que la gangrène du poumon, il est nécessaire que les forces du malade soient soutenues, et pour cela il est indispensable que toute entrave apportée à la nutrition soit soigneusement écartée. Si donc, le défaut d'appétit et le dégoût pour les aliments tiennent à la fétidité de l'haleine et des sécrétions bronchiques, tous les moyens doivent être mis en œuvre pour en supprimer ou tout au moins pour en atténuer l'odeur.

A ce point de vue, les divers liquides antiseptiques, employés en gargarismes et pour les lavages de la bouche, rendent d'incontestables services. Les solutions d'acide phénique à 1/100, d'acide thymique à 1/200, d'hyposulfite de soude à 5/100, etc., font disparaître momentanément l'odeur de l'haleine. Malheureusement, l'effet de ces solutions antiseptiques est passager. Peu de temps après leur emploi en gargarismes, l'odeur de putréfaction redevient aussi intense qu'auparavant.

D'autre part, les antiseptiques prescrits à l'intérieur sont insuffisants et même inefficaces pour la désinfection des voies respiratoires. Le sulfate de quinine et l'acide salicylique, qui ont une utilité réelle pour combattre l'élément infectieux qui existe chez tous les malades atteints de gangrène du poumon, sont sans action sur la fétidité de l'air expiré. La solution d'hyposulfite de soude prescrite par Lancereaux, à la dose de 4 grammes, a une certaine efficacité, mais elle n'est pas capable de faire disparaître complètement la fétidité.

Pour arriver à masquer complètement l'odeur de l'haleine, il est nécessaire de faire pénétrer dans les

FEUILLETON

Brevet supérieur.

On s'est beaucoup occupé, bruyamment occupé même, et il n'y a guère longtemps de cela, du surmenage scolaire. Mais dans les discours, communications, articles, brochures, où s'est exercée la verve contradictoire des hygiénistes et des pédagogues, c'est presque toujours les jeunes gens qu'on a eu en vue; les jeunes filles sont restées dans l'ombre, à l'arrière-plan, laissées presque systématiquement de côté dans les polémiques de tribune ou de presse.

Ce demi-oubli se comprend et s'explique sans peine, encore qu'il soit peu justifié et que ce côté de la question ne soit pas d'une importance négligeable. C'est que le chiffre des jeunes gens opposés à ce surmenage des études est infiniment plus élevé que celui des filles, et que, pour les premiers, il constitue une absolue et inéluctable nécessité, une obligation rigoureuse à laquelle très peu d'entre eux ont la liberté et les moyens de se soustraire, puisque leur carrière et en quelque sorte leur vie en dépendent. Il n'en est pas de même pour les filles, dont la très grande majorité, il faut bien le reconnaître, ne recherchent dans la poursuite du brevet qu'une satisfaction d'amour-propre et ne retirent de cette constatation d'une instruction superficiellement encyclopédique qu'un inutile ornement de leur vanité.

A leur décharge il faut dire que beaucoup d'entre elles vont à ces épreuves, comme des chiens qu'on fouette, sans le moindre enthousiasme. Leurs parents, plus qu'elles-mêmes, font cas de ce triomphe et tiennent à cette gloire. Elles, imbues toutes jeunes de cette idée qu'une fille bien élevée doit être munie de son brevet supérieur, entraînées aussi par la contagion de l'exemple, se laissent docilement conduire, ne songent même pas à regimber et, une fois prises dans l'engrenage, apportent au travail un zèle, une ardeur, une émulation extrêmes, une ténacité farouche, qui n'est qu'une forme de leur coquetterie appliquée à un objet et à un but artificiels. Aussi la conquête de leur diplôme est-il souvent pour elles une cause, non pas de fati-

bronches un gaz antiseptique ou un antiseptique volatil, qui ne soit pas nocif pour la muqueuse des voies aériennes.

Le gaïacol répond à cette indication. L'odeur très forte de cette substance masque à peu près complètement l'odeur de la gangrène pulmonaire, à laquelle elle se susbtitue. Le gaïacol a de plus l'avantage d'agir sur les sécrétions bronchiques, toujours abondantes, qui accompagnent la formation du sphacèle. Enfin les vapeurs aspirées par les malades peuvent pénétrer jusqu'à la portion sphacélée du poumon et exercer localement une action antiseptique et microbicide.

Cette action du gaïacol dans la gangrène du poumon n'est pas hypothétique. En effet, chez deux malades atteints de gangrène du poumon, que j'ai soignés à l'hôpital Hérold, j'ai vu les inhalations de gaïacol supprimer à peu près complètement l'odeur de la gangrène, dans des conditions où il était impossible de méconnaître l'efficacité du médicament.

II

Le mode d'emploi des inhalations de gaïacol ou de tout autre antiseptique volatil est extrêmement simple et ne nécessite pas d'instruments compliqués. L'appareil dont se sont servis mes malades est l'inhalateur d'oxygène communément employé dans les hôpitaux. Le gaïacol était versé dans le flacon laveur. Les malades aspiraient ainsi de l'oxygène ayant barboté dans le gaïacol et mélangé aux vapeurs de cette substance. Les inhalations étaient aussi fréquentes que possible. On recommandait aux malades d'aspirer toutes les dix minutes quelques bouffées d'oxygène gaïacolé, de laisser les vapeurs aspirées en contact aussi longtemps que possible avec les voies aériennes, et de les rejeter par des expirations lentes et prolongées. Dans ce procédé, l'oxygène n'a qu'un rôle accessoire, et peut être remplacé par l'air atmosphérique.

Il m'a cependant paru indiqué de l'employer comme véhicule des vapeurs de gaïacol, pour combattre la dyspnée et faciliter la respiration, indications importantes à remplir dans une maladie où une portion souvent étendue du parenchyme pulmonaire est perdue pour l'hématose.

Voici les observations de mes malades, brièvement résumées :

Obs. I. — W..., âgé de trente-huit ans, découpeur, entré à l'hôpital Hérold le 27 mars 1895, sorti convalescent le 22 mai.

W... a eu la fièvre typhoïde à l'âge de seize ans. Aucune autre maladie à sa connaissance.

Au moment de son entrée à Hérold, W... dit être malade depuis environ deux mois. Sa maladie, qui a débuté par des frissons, un point de côté et de la toux, a été considérée comme une pleurésie, et c'est avec ce diagnostic qu'il se présente à l'hôpital.

Il existe, en effet, des signes évidents de pleurésie droite : matité, abolition des vibrations vocales, souffle à l'expiration, égaphonie.

Le malade a de la fièvre ; sa température oscille entre 38 le matin et 40 le soir.

Le 8 avril, hémoptysie assez abondante.

Le 9 avril, l'expectoration qui était à peu près nulle les jours précédents, devient tout à coup abondante. Le crachoir du malade est rempli de mucosités purulentes, exhalant l'odeur caractéristique de la gangrène pulmonaire. L'haleine est également fétide. En présence de ces caractères de l'expectoration, il est évident que le diagnostic du début doit être réformé et qu'il s'agit d'une gangrène pulmonaire avec pleurésie concomitante.

---

gues exagérées, mais d'un véritable épuisement, et c'est une chose navrante de voir tant de belles santés compromises, de constitutions appauvries, de cervelles détraquées pour un résultat si futile, tant d'espoirs d'avenir perdus, sacrifiés à une utopie, à un rêve décevant et grotesque. Qu'est-ce autre chose, en effet, cette chimère de faire de la femme la caricature intellectuelle de l'homme, sans se soucier des relations que la nature a établies entre son cerveau et son sexe, de l'appropriation toute différente qu'elle a faite de ses facultés et des nôtres, des rôles si nettement délimités qu'elle a tracés à nous et à elles ?

Il faut nier l'évidence de parti-pris ou être atteint de cécité mentale, pour n'être point frappé de la justesse irrésistible du court raisonnement que voici. Si les sexes, qui ont pour but la reproduction de l'espèce, sont séparés au lieu d'être réunis sur un même individu, c'est que chacun d'eux a, en dehors de l'acte même de la procréation, une tâche dissemblable à remplir. L'un n'intervient dans la genèse du nouvel être que d'une façon brève, rapide, presque instantanée. Sa coopération n'est que d'un moment. Pour lui rien d'assujettissant. Il donne sa signature et c'est fini. Toutes ses activités restent libres ensuite, et intactes. Il lui est loisible, il lui est même moralement imposé de les employer toutes à favoriser de toutes manières la fonction de sa collaboratrice. Les ressources matérielles nécessaires à la vie de la mère et de l'enfant attendu ou né, c'est lui qui doit les procurer. Si ses muscles sont plus robustes, son cerveau plus puissant, ses forces et sa résistance plus grandes, ce n'est qu'à cause de cette tâche qui est la sienne. C'est parce qu'il doit assurer les existences des siens qu'il lui a été donné d'avoir une part si facile et si peu encombrante dans la génération.

Quel abime entre cela et la part de la femme ! A l'un comme à l'autre la fécondation a demandé quelques instants, mais à l'un des deux la gestation va demander des jours, des semaines, des mois. L'alaitement va tripler cette période, et lorsqu'il sera achevé, c'est pendant des années encore que des soins minutieux, multiples, encombrants vont accaparer les jours et les nuits de la mère. Bien avant qu'elle n'ait pu en déposer le souci, en oublier les fatigues, une autre grossesse, un autre allaitement, un autre élevage seront survenus. Belle aide, en vérité, et secours pré-

Comme traitement : une potion avec 4 grammes d'hyposulfite de soude, une potion de Todd avec 20 grammes d'extrait de quinquina, et des inhalations aussi fréquentes que possible d'oxygène gaïacolé.

Le 11 avril, les crachats avaient la même abondance, mais l'odeur caractéristique avait complètement disparu. Elle était remplacée par l'odeur bien connue du gaïacol. L'haleine cessait également d'être fétide.

Les inhalations d'oxygène gaïacolé sont néanmoins continuées.

Du 11 avril au commencement de mai, amélioration de l'état général du malade, qui engraisse. La fièvre disparaît. Les signes locaux sont modifiés : les signes de pleurésie ont fait place à des signes d'excavation pulmonaire. En effet, à la base du poumon, avec de la matité, on entend du souffle tubaire et des râles sous-crépitants.

Au commencement de mai, je fais cesser les inhalations d'oxygène gaïacolé.

Le lendemain même de la suppression, les crachats redeviennent fétides.

Le traitement est alors repris et poursuivi jusqu'à la sortie du malade, le 22 mai.

W... a quitté l'hôpital, guéri au point de vue général, mais présentant encore des signes d'excavation à la base du poumon droit.

Obs. II. — R..., âgée de quarante-trois ans, entrée à l'hôpital Hérold le 5 février 1895, sortie le 11 mars.

R... est malade depuis dix jours. Sa maladie a débuté par un frisson et un point de côté à gauche. Dès le début, elle a une toux violente, bientôt accompagnée d'une expectoration peu abondante, mais fétide. Dans les premiers jours, une hémoptysie peu abondante.

Au moment de son entrée à l'hôpital, R... n'a plus de fièvre (37°5 le soir). Elle se plaint d'un point de côté à gauche. A cet endroit, matité assez marquée. Pas de souffle. Quand on fait tousser la malade, on entend en ce point des râles sous-crépitants fins par bouffées.

Le crachoir de la malade est rempli de muco-pus horriblement fétide. Les crachats ont l'odeur caractéristique de la gangrène pulmonaire.

État général : bon.

Diagnostic : gangrène pulmonaire, à forme pneumonique.

Traitement : potion de Todd à l'extrait de quinquina.

Inhalations d'oxygène gaïacolé.

Le 11 février, l'état général et local restant le même, les crachats ont perdu leur fétidité. Ils sont absolument sans odeur.

Le 15 février, les inhalations de gaïacol sont supprimées.

Le 17, la malade se plaint que son haleine est redevenue fétide. Ses crachats présentent de nouveau l'odeur du début, moins accentuée cependant.

Le 18, les inhalations de gaïacol sont reprises et font alors disparaître d'une manière définitive l'odeur de gangrène.

Le 11 mars, la malade quitte l'hôpital Hérold complètement guérie de sa maladie et de sa lésion.

III

Ces deux observations démontrent d'une façon incontestable l'heureuse influence des inhalations de gaïacol sur la fétidité de l'haleine et des crachats des malades atteints de sphacèle pulmonaire.

Dans le premier cas, un malade atteint de la forme de gangrène pulmonaire corticale décrite par Corbin,

---

cieux que ce bagage bariolé de lettres et de sciences, masse indigeste et indigérée, dont on s'est avisé de charger nos filles ! et les solides flancs que cela leur fera ! La vraie femme, celle qui a une supériorité incontestée sur les autres, la voici, regardez-la : elle surveille dans son berceau un poupon de quatre ou cinq ans, auquel elle verse le sommeil avec un de ces refrains qu'elles savent toutes malgré qu'aucun programme ne les impose; un second bébé doucement étendu sur ses genoux relevés, tête avidement un sein dont il semble pressentir qu'il sera bientôt sevré; il faudra bien qu'on l'en sèvre, il a bientôt deux ans et l'on a des soupçons qu'une troisième grossesse est en train. Ce n'est malheureusement pas avec des diplômes qu'on fait ces femmes-là; c'est grâce à eux, peut-être, qu'elles deviendront introuvables. Il nous restera à leur place, une foule de petits bas-bleus insipides et puis (on se contente comme on peut), l'immigration étrangère maintiendra notre chiffre de population.

Si je m'insurge avec une vivacité qui peut paraître excessive et hors de propos contre cette erreur de notre temps, ce n'est pas pour le vain plaisir de soutenir une thèse paradoxale, c'est parce que j'ai été en quelque sorte témoin, ou pour mieux dire, le confident de faits profondément pénibles. J'ai connu des jeunes filles qui arrivaient exténuées à l'épreuve dite supérieure. Elles y arrivaient comme certains chevaux au poteau, sous une grêle de coups de cravache et les éperons au ventre, rendues, vidées, sans souffle. J'en ai vues qui ne supportaient les derniers mois d'un labeur au-dessus de leurs forces que grâce à des artifices d'hygiène, si l'on peut sans hérésie nommer cela d'un tel nom. J'en ai vues de pâles, de blêmes, sans regard, sans gaîté, presque sans voix, qu'on frictionnait chaque matin, de la tête aux pieds, à l'eau de Cologne ou au baume de Fioraventi, pour restituer pendant les douze heures de chaque journée une ombre de factice vigueur. J'en ai vues qui n'auraient pu se rendre à pied aux examens, et qu'il y fallait mener en voiture, et qu'on devait soutenir sous les bras pour monter l'escalier de la salle des séances. Et ce n'était point toujours de chétives enfants, aux étroites épaules, à la poitrine étriquée ou plate de garçonnet, c'étaient parfois des filles de superbe charpente, aux lignes accusées, desquelles on sen-

expectore, après son entrée à l'hôpital, des matières putrides contenues dans un foyer de sphacèle pulmonaire. Ces crachats ont l'odeur caractéristique qui permet d'affirmer la gangrène. Aussitôt après l'ouverture du foyer gangréneux, le malade est traité par des inhalations de gaïacol. Quarante-huit heures à peine après le débnt de ces inhalations, la lésion locale restant la même, l'expectoration perd son caractère de fétidité. L'odeur gangréneuse est remplacée par l'odeur pénétrante du gaïacol. Trois semaines plus tard les inhalations sont supprimées. On voit alors reparaître presque immédiatement l'odeur gangréneuse, qui cesse de nouveau après la reprise des inhalations.

Mêmes remarques pour la deuxième observation. Une malade atteinte d'une forme bénigne de gangrène pulmonaire présentait, depuis plusieurs jours, des crachats fétides, dont l'odeur l'incommodait à un haut degré. Elle fait des inhalations de gaïacol, qui suppriment rapidement l'odeur fétide de l'expectoration et de l'haleine. Considérant la malade comme guérie, je fais cesser les inhalations au bout de quatre jours. Le lendemain même de la suppression des inhalations, les crachats redevienent fétides et restent tels jusqu'à la reprise du traitement.

Ces deux cas de gangrène pulmonaire étaient de nature bénigne, et je crois qu'ils auraient guéri, quel que soit le traitement employé. Il ne me semble pas, d'ailleurs, que le gaïacol ait eu un effet marqué sur la lésion anatomique. En tous cas, il n'a pas diminué l'expectoration ni modifié les signes locaux. Son action s'est bornée à faire disparaître la fétidité si pénible de l'expectoration. Ce résultat n'est certes pas négligeable, et à ce titre, les inhalations de gaïacol sont évidemment recommandables dans le traitement symptomatique de la gangrène du poumon.

H. Richardière.

Nota. — Depuis la rédaction de cet article, j'ai traité un troisième cas de gangrène pulmonaire par les inhalations de gaïacol, et le résultat a été moins bon que dans les deux cas précédemment observés. Il est vrai qu'il s'agissait d'un malade dont l'haleine et les crachats présentaient une fétidité particulièrement repoussante. La gangrène pulmonaire très étendue a amené la mort du malade. Dans ce cas, les inhalations de gaïacol n'ont pas fait disparaître l'odeur. Elles l'ont cependant notablement diminuée. J'ai essayé, chez ce malade, de remplacer les inhalations de gaïacol par des inhalations de créosote et par des inhalations d'eucalyptol. Le résultat a été beaucoup moins favorable qu'avec le gaïacol.

DE LA PÉRITONITE APPENDICULAIRE

Une discussion assez longue vient d'avoir lieu à la Société de Chirurgie, sur l'appendicite et si, comme on l'a dit, cette discussion n'a pas fait avancer beaucoup la question, du moins elle a fixé les idées sur certains points et, notamment, sur la péritonite d'origine appendiculaire.

A côté, en effet, des péritonites enkystées bien connues aujourd'hui, il y a la péritonite généralisée, et de l'avis et de la pratique de tous les chirurgiens qui ont pris part à la discussion, il faut lui distinguer deux formes : l'une foudroyante, qui est comme un empoisonnement, dans laquelle le péritoine n'a même pas le temps de réagir et qui paraît, pour le moment, au-dessus des ressources de la chirurgie, c'est la péritonite septique diffuse ou la septicémie péritonéale ; l'autre, très grave aussi, mais moins

---

tait que la vigueur ne s'était retirée qu'à regret, sous l'excès de la violence faite à la nature.

Ce sont des exceptions ? Possible, mais moins rares qu'on ne le croit.

Le mal est passager et peut se réparer ? Je le souhaite sans partager cet optimisme. Si le mal n'est pas irréparable, il est de longue durée souvent, et les traces en sont lentes à effacer.

Et tous ces efforts, et tous ces désastres, c'est pour en arriver à obtenir de fillettes de dix-sept ans des compositions « de style » sur des sujets comme celui-ci, qui a été donné quelque part cette année : *La conscience psychologique est-elle une aide ou un obstacle à l'accomplissement de nos devoirs ?* Cet énoncé, je pense, se passe de commantaires. Il en dit long sur l'aberration à laquelle peuvent être en proie certains esprits qu'il est de mode d'appeler « bons esprits », en leur qualité de personnages universitaires.

Les surcharges des programmes pour nos baccalauréats de jeunes gens, et pour nos grandes écoles, contre lesquelles on s'est si véhémentement élevé et avec beaucoup de raison, sont, toutes proportions gardées, moins lourdes que celles imposées aux filles, à qui on fait des matières obligatoires et éliminatrices : du dessin, de la musique, des ouvrages manuels, de l'hygiène et presque de la chirurgie. Quelle salade et quel trompe-l'œil !

Je veux conter à ce propos, une anecdote amusante. La fille d'un homme que j'ai beaucoup connu et aimé, se présentait, il y a quelques années à cet examen du brevet supérieur, où les candidats étaient encore assez clairsemés (la mode n'en sévissait pas alors avec la même fureur qu'aujourd'hui.) Elle s'y était préparée sans peine, étant une de ces exceptions auxquelles seules devraient être réservées ces superfluités. Vigoureuse de corps, comme son père, elle tenait de lui aussi une intelligence d'élite, un cerveau puissant et vaste, savant et artiste à la fois. Lui, sur un théâtre inférieur à sa personnalité, avait trouvé le moyen de tenir brillamment son rôle. Chirurgien de province, il avait su tracer un sillon dans notre art, et son nom est resté.

Or, la veille du jour où son enfant devait être interrogée sur toutes les choses qu'on peut savoir et sur quelques

rapide, dans laquelle le péritoine esquisse une défense, c'est à cette forme qu'on donne le nom de péritonite généralisée; une intervention hâtive peut ici sauver le malade.

Peut-on distinguer ces deux formes l'une de l'autre?

M. Jalaguier nous a donné des caractères cliniques qui, dans certains cas, pourraient permettre de différencier ces deux variétés; mais ces caractères sont d'une appréciation difficile et demandent, pour avoir leur véritable valeur, à être raisonnés par un praticien qui a déjà vu beaucoup d'appendicites.

Aussi bien la question n'a-t-elle pas une grande importance, parce que, dans un cas comme dans l'autre, il faut intervenir le plus rapidement possible. On n'a rien à perdre, puisque le malade est un homme mort si le chirurgien ne fait pas son devoir.

Où pratiquer l'incision? Si on était sûr de son diagnostic de péritonite généralisée, l'incision médiane s'imposerait. Elle permet, en effet, de pratiquer un lavage plus facile et plus soigné de toute la cavité péritonéale; mais il est certains cas de péritonite enkystée qui peuvent donner le change. Nous avons eu dernièrement affaire à un malade de ce genre, qui se trouvait dans une salle de médecine. On nous appela et nous nous trouvâmes en face d'un homme très bas, ayant les symptômes de la fausse occlusion intestinale, comme dans la péritonite généralisée, présentant un météorisme assez considérable et de la douleur, principalement dans la fosse iliaque droite.

Le diagnostic de péritonite appendiculaire fut immédiatement porté et l'opération pratiquée sur le champ. Nous incisâmes dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, et bien nous en prit, car par notre incision se vida une première poche qui communiquait avec une seconde cavité lombaire, et une troisième cavité dans le petit bassin, le tout contenant plus de deux litres de pus, mais du pus enfermé dans des poches enkystées et ne communiquant pas avec la grande cavité péritonéale. Disons même que le malade fut considérablement amélioré par l'intervention, mais ne fut tout à fait bien qu'après une débacle qui eut lieu trois jours après l'opération, débacle due à l'ouverture spontanée, grâce à notre drainage d'une cavité purulente située plus profondément, et qui nous avait échappé.

Nous avons cité cet exemple pour montrer que l'incision iliaque est la plus importante, puisqu'elle vous mène sur le point initial de la maladie. Elle pourra donc toujours être pratiquée sans crainte, quitte à en faire une seconde sur la ligne médiane, si besoin il y a.

Quand on considère le nombre de ces complications péritonéales dues aux maladies du cœcum, on se demande ce qu'il reste de cette péritonite d'autrefois qui cachait tant de points inconnus. Il est bien certain, en effet, que l'infection du péritoine part dans un nombre considérable de cas du cœcum, point faible du tube intestinal, à cause des fonctions mécaniques qu'il remplit dans l'écoulement du liquide intestinal et aussi à cause du diverticule en cul-de-sac, à cause de cet appendice qu'il porte à son extrémité.

EUGÈNE ROCHARD.

Concours pour l'adjuvat de Clamart. — Un concours public pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie, à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sera ouvert le mardi 15 octobre 1895, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 9 septembre, jusqu'au samedi 28 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

autres, il lui avait donné, au cours d'une promenade, une sorte de répétition; il lui avait, qu'on me permette le mot, fait passer une « colle » sur les sujets intéressant l'art médical, qui avaient le plus de chance de lui être donnés.

« Voyons, ma chère enfant, si on te demande les moyens d'arrêter le sang des blessures, que diras-tu? » Et la jeune fille de lui débiter, sans broncher, tout ce qu'elle avait appris dans son manuel. Elle en vint à citer le perchlorure de fer. « Ah! cré nom d'un chien, bondit le père (c'était le juron favori sous la brusquerie duquel cet homme excellent cachait la bonté de son cœur), je te défends bien de mettre le perchlorure de fer au nombre des hémostatiques dont il faut conseiller l'emploi. Sais-tu que le perchlorure est un détestable agent, qu'il fait le désespoir des chirurgiens qui reçoivent, de l'officine des pharmaciens, les blessés de la rue dont on a inondé les plaies, qu'il faut des heures pour nettoyer ces plaies transformées en un magma dur, compact et noir, que je fais responsable de la plupart des érysipèles du cuir chevelu, etc., etc. » La diatribe fut longue et ardente; un vrai cours de thérapeutique chirurgicale.

Le lendemain, le hasard voulut que la jeune fille fût interrogée sur la question de l'hémostase provisoire. Elle récita, comme la veille, son manuel, avec une entraînante conviction. Mais elle se garda bien de signaler l'affreux chlorure.

L'examinateur, ravi, lui fit force compliments flatteurs... « J'ai eu un regret seulement, mademoiselle. Vous n'avez omis qu'un moyen; or, c'est justement le meilleur, et, de votre part, ce ne peut être qu'un oubli, car vous connaissez bien, n'est-ce pas, l'emploi souverain du perchlorure de fer? »

— « Je l'ai laissé de côté à dessein, monsieur. C'est, en réalité, un détestable hémostatique, qui fait le désespoir des chirurgiens quand on a commis l'erreur de l'employer en attendant leur arrivée. Il transforme les plaies, etc.... » La voilà reprenant presque textuellement l'improvisation de son père, avec une ardeur de diction, une abondance et une facilité d'élocution qui tint pendant plusieurs minutes le public sous le charme. Mais c'est la tête de l'examinateur qui était plaisante à regarder!

LA FIN DU SERVICE DE SANTÉ

Sous ce titre, le Dr Noel, dans le *Bulletin médical* du 4 août, jette un cri d'alarme dont nous ne pouvons manquer de nous faire l'écho.

Les officiers du corps de santé qui avaient la direction de *tout le personnel* placé sous leurs ordres, méritent d'en être dépossédés par un règlement qui leur enlève désormais la haute main des troupes des équipages militaires et autres hommes de troupes momentanément détachés auprès d'eux pour assurer le service de santé.

Ces détachements, à l'avenir ne recevront que les ordres des officiers qui les commandent.

Ce règlement voudrait, d'après le Dr Noël, dénaturer la loi du 16 mars 1882; mais laissons-lui la parole :

« Ce nouvel état de choses est en contradiction flagrante avec le texte et l'esprit de la loi.

« En outre, il compromet complètement l'exécution du service de santé en campagne en créant une source de conflits dans les formations sanitaires, en intervertissant les rôles et en affranchissant l'élément convoyeur de l'élément technique, qui doit être toujours et en tout le chef indiscuté.

« La situation est encore aggravée par les dispositions d'une circulaire manuscrite, émanant de la direction de l'artillerie, qui prescrit que *les voitures du service de santé n'ont pas à sortir des routes et doivent être conduites exclusivement au pas en redoublant de précautions lorsqu'on a à traverser une rigole !*

« Dans les armées où l'esprit féodal, où le sentiment des castes persistent, où l'officier de troupe se croit d'une nature supérieure, les ambulances sont commandées par des officiers de cavalerie. C'est ce qui a lieu en Allemagne, en Autriche, en Russie, etc.

« Les armées jeunes, celles de l'Italie, de la Suisse, de l'Angleterre, du Japon, n'ayant pas à se débarrasser de préjugés surannés, ont placé chacun suivant son rôle, ses mérites. Le service de santé y dirige et conduit lui-même ses ambulances.

« C'est la voie qui était hier encore suivie en France. Si, comme tout le fait croire, on veut l'abandonner, si l'on veut faire commander les ambulances par des officiers du train, sous la direction de l'artillerie, qu'on le dise franchement, et qu'on ait le courage de proposer à la Chambre les modifications nécessaires.

« Mais tant qu'on imposera aux médecins la responsabilité du service, la loyauté la plus élémentaire exige qu'on leur laisse l'autorité et les moyens nécessaires pour mener à bien leur tâche.

« Nous sommes convaincus que la bonne foi du ministre a dû être surprise, car nous nous refusons à croire qu'il ait signé en connaissance de cause un décret qui est contraire à l'esprit et aux termes de la loi du 16 mars 1882, qui crée à l'état permanent les conflits dans les formations sanitaires, qui retire aux médecins la possibilité de remplir le rôle que leur a confié le pays, tue le service de santé et prépare pour le cas de guerre un désordre et des désastres sanitaires auprès desquels pâliront ceux de 1870!

« Il y a là une situation si grave qu'on ne saurait la céler au pays, et nous espérons que les voix autorisées de nos maitres, qui siègent au Sénat et à la Chambre, signaleront l'impuisssance à laquelle on condamne volontairement le service de santé en le privant de la libre disposition de ses voitures, et en lui enlevant toute autorité sur ses convoyeurs, et cela par des mesures qui tournent la loi si elles ne la violent pas. »

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Le traitement des fractures par le massage et les mouvements a été, il y a quelque temps, l'objet d'une discussion à la *Société médico-chirurgicale d'Édimbourg*, et il est inutile de dire que les chirurgiens qui ont pris la parole dans cette réunion se sont montrés partisans de cette thérapeutique.

Mais, disons-le tout de suite, il n'a été question que des fractures articulaires, dans lesquelles, comme on le sait, c'est surtout l'ankylose qui est à craindre.

C'est d'abord M. Miller qui a lu un mémoire sur cette question. Le traitement habituel de ces fractures est, pour lui, loin de donner des résultats satisfaisants; aussitôt après réduction, le membre est placé dans un appareil inamovible et, trop souvent, on constate l'atrophie, la rigidité et l'impotence fonctionnelle consécutives. Dans les fractures au voisinage du coude, l'ankylose est surtout commune. Les résultats sont meilleurs quand on commence à mobiliser l'articulation dès le septième ou le huitième jour; peut-être seraient-ils meilleurs encore si l'articulation n'était pas immobilisée du tout.

Au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne, la fracture s'accompagne souvent de lésions des ligaments et de la synoviale et d'épanchements sanguins. On traite la fracture, on néglige les complications articulaires; six semaines plus tard, l'articulation est absolument immobile et le pied reste impotent.

Le massage rend la consolidation plus rapide; il prévient les adhérences. La mobilisation passive de

l'articulation doit venir en aide au massage et on doit y recourir de très bonne heure. M. Miller a présenté à la Société un jeune homme traité de la sorte, pour une fracture compliquée du genou; le résultat a été excellent.

M. Bell croit que certaines fractures guérissent mal, quel que soit le traitement employé. Au voisinage du coude, il emploie les attelles pendant fort peu de temps; au membre inférieur, il se contente d'un massage vigoureux sans aucun appareil.

M. Laing trouve aussi que les fractures voisines des articulations guérissent mieux et plus vite quand on pratique un massage sérieux. Il n'y a, d'ailleurs, aucune nécessité de mouvoir la fracture elle-même.

M. Thompson pense que dans les fractures comminutives au voisinage du coude, le mieux est de recourir à l'excision des esquilles et à la suture des extrémités osseuses.

M. Stiles commence le massage vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'accident; mais, en attendant, il enveloppe l'articulation d'une masse de ouate maintenue au moyen d'une bande fortement serrée. Le pansement ouaté doit, non seulement intéresser l'articulation, mais la dépasser notablement au-dessus aussi bien qu'au-dessous.

Comme on le voit, ce sont là, plus ou moins modifiées, les idées soutenues depuis longtemps par beaucoup de chirurgiens, surtout à l'étranger, et, en France, notamment par M. Lucas Championnière, qui vient de faire paraître, sur cette question, un important volume, dont nous rendrons compte très prochainement.

—*La suture des gros vaisseaux* est à l'ordre du jour et il vient d'en être question à la Société médicale de Berlin.

On connaît les travaux de Gluck qui, il y a déjà plusieurs années, a fait des recherches sur cette question et, à la suite d'expériences sur les animaux, recommandait chaudement la suture dans les sections vasculaires. Il avait même réussi à guérir, par le pincement et la suture, des sections de l'aorte chez les animaux.

M. James Israel, dans une opération de périty phlite suppurée, a vu l'artère iliaque primitive incisée obliquement par suite de la maladresse d'un assistant. On fit aussitôt de la compression, on appliqua des pinces et on sutura avec cinq fils de soie fins.

L'hémorragie après la suture fut tout à fait insignifiante, la circulation ne fut pas gênée et la guérison fut complète. C'est là un exemple de l'utilité de la suture vasculaire recommandée par M. Gluck. On ne peut, d'ailleurs, la pratiquer que sur des vaisseaux sains, l'artério-sclérose la contre-indique, par suite de la fragilité des vaisseaux.

— Dans cette même Société et à la même séance, M. Kœnig a fait une intéressante communication sur les rapports qui existent entre les *brides amniotiques et les becs-de-lièvre*.

Il explique l'étiologie du bec-de-lièvre de trois manières :

1° Il existe entre l'embryon et les membranes une réunion anormale directement au point où la fente se développe ou, pour mieux dire, demeure ouverte; c'est le cas le plus simple;

2° L'adhérence siège loin de la fente, sur la région de la joue, au voisinage de l'oreille; elle agit par tiraillement, en s'opposant à la réunion de l'apophyse maxillaire supérieure sur la ligne médiane, et il subsiste une fente;

3° L'adhérence siège sur une région tout à fait éloignée, et la bride amniotique qui est constituée comprime une moitié de la face. La compression par cette bride empêche le développement du maxillaire supérieur, et un bec-de-lièvre se forme par suite de la non-réunion avec l'os inter-maxillaire.

Comme vestiges des brides adhésives, on trouve, dans les deux premiers cas, de petits appendices cutanés, une saillie cutanée sur la fente ou sur la joue; dans le troisième cas, des appendices cutanés sur des régions éloignées du corps ou des signes d'étranglements amniotiques et des arrêts de développement (amputations, adhérences des doigts).

M. Kœnig a montré un enfant de cinq semaines atteint de bec-de-lièvre double avec fissure palatine et vestiges d'adhérences amniotiques sur les deux joues. Il a présenté, en outre, deux fœtus conservés dans l'alcool, porteurs de becs-de-lièvre, d'appendices cutanés et offrant de beaux exemples de syndactylie.

— On connaît l'innocuité du *naphtol camphré* employé sur les plaies et les quantités qu'on peut en répandre dans une poche kystique ou suppurée. Il n'en est pas, paraît-il de même dans les *cavités séreuses*, ainsi que nous le montre M. Netter dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 1895, p. 427.

Le sujet de l'observation est un enfant de quatre ans, toussant depuis un mois et dont les parents sont tuberculeux. Cet enfant présentait des alternatives de diarrhée, de constipation, de la fièvre, une expectoration puriforme (sans bacilles); le ventre est douloureux. Mais, en outre, il y avait de l'ascite, un léger ictère et un foie débordant de trois travers de doigt (foie lisse, résistant, scléreux). S'agit-il d'une péritonite tuberculeuse ou d'une ascite par cirrhose? Pour le savoir, le Dr Netter ponctionne l'ascite, injecte le liquide à des cobayes et cherche le bacille de Koch. Croyant en avoir trouvé un, il propose la laparotomie au Dr Jalaguier, qui conseille de pratiquer l'injection intra-abdominale de naphtol camphré.

La ponction donne issue à 3,500 grammes de liquide. M. Netter laisse une notable quantité de liquide dans l'abdomen pour délier le naphtol camphré (5 centimètres cubes, dont il se perd 1 centimètre cube). Trois quarts d'heure après, éclate une violente crise d'éclampsie (yeux hagards, fixes, roideur musculaire générale, contracture, opistothonos, soubresauts de tendons, mâchonnemenés, écume somnolente). Le chloroforme, l'éther, la déclivité de la tête, suspendent un instant la crise. L'interne du service aspire (app. Dieulafoy) le liquide abdominal (sans odeur de camphre), lave le péritoine à l'eau boriquée bouillie. Un quart d'heure après, deuxième crise, encore suivie de vomissements. Puis les crises s'espacent et l'enfant succombe dans la soirée, après des vomissements glaireux et bilieux. A l'autopsie, on trouve, non la péritonite tuberculeuse, mais une cirrhose du foie, dépendance de la sclérose cardiaque. L'urine de la malade renfermait du naphtol B. Le péritoine était évidemment très vascularisé, de date récente, comme celui des animaux injectés par le Dr P. Legendre, qui succombent (quoique sains) aux injections de naphtol B., après accidents convulsifs et hypervascularisation du péritoine. Le camphre est donc dangereux à injecter. Si donc, ajoute M. Netter, *les injections de naphtol camphré* ont réussi dans la péritonite tuberculeuse, il faut, par contre, les proscrire absolument quand le foie est détérioré.

— Il nous faut ausi dire quelques mots de la *Réunion libre des Chirurgiens de Berlin*, tenue en juin dernier.

Peu, du reste, de communications importantes. Citons pourtant celle de M. J. Wolff, sur le traitement opératoire de l'ankylose du genou.

L'orateur commence par critiquer les procédés qui, enlevant les extrémités osseuses, laissent après guérison une articulation flottante.

Pour sa part, M. J. Wolff a essayé de traiter six cas d'ankylose du coude, dont quelques-uns datant de plusieurs années, par un nouveau procédé consistant essentiellement dans la simple section des brides osseuses ou fibreuses qui s'opposent aux mouvements, sans toucher aux surfaces articulaires proment dites. Toutes ces sections sont faites dans la plaie ouverte au fur et à mesure que les mouvements imprimés à l'articulation font reconnaitre les obstacles.

Ce procédé appliqué six fois a donné trois succès complets avec rétablissement intégral du mouvement et une amélioration considérable (deux cas d'ankylose fibreuse et deux cas d'ankylose osseuse); par contre, dans deux autres cas d'ankylose osseuse, l'opération n'eut aucun effet.

Le nombre de cas n'est pas grand; pourtant si l'on prend la proportion de guérisons (quatre sur six), on doit admettre que le procédé en question doit être essayé avant d'entreprendre la résection proprement dite.

— MM. Koerte et Hahn ont cité, l'un l'observation d'une femme opérée d'*un cancer du rectum* par la *résection du rectum*, et l'autre d'un *kyste hydatique de la rate*.

M. Koch a rapporté quatre cas de *cancers inopérables traités sans succès par le sérum streptococcique*. Chez tous les malades, l'effet des injections a été à peu près nul.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme à laquelle on avait fait, à six mois d'intervalle, une résection du maxillaire supérieur et une résection du maxillaire inférieur pour carcinôme. Les injections faites pour une récidive ont semblé à un moment arrêter la marche de la tumeur; celle-ci reprit pourtant au bout de quelque temps son évolution normale, et le malade ne tarda pas à succomber.

Le second cas est celui d'une femme atteinte d'*un carcinôme inopérable de l'utérus*. Ici encore les injections n'eurent aucun effet. Il en a été de même du troisième et du quatrième cas, où il s'agissait d'*un sarcôme du fémur* et d'*un carcinôme de la glande thyroïde*.

— Enfin, je terminerai par le résumé d'une nouvelle observation de *tétanos guéri par l'antitoxine de Tizzoni*, cas dû à Matteucci, et paru dans la *Riforma medica* (1895, p. 227).

Il s'agit d'un malade sur lequel il a été impossible de trouver la porte d'entrée du poison, si ce n'est dans la présence d'ulcérations dans la cavité buccale.

Le malaise commença le 15 mars; le 19, le tétanos était déclaré. Tizzoni vit le malade seulement le 23, et pratiqua une injection de 30 centimètres cubes d'un virus antitoxique datant de deux jours, virus qui avait une valeur immunisante de 1 pour 10 millions (expérimenté chez un lapin d'après la méthode de Behring). Dès le lendemain, l'amélioration était évidente. Injections de 10 centimètres cubes du même sérum. Vingt-quatre heures après survint une éruption d'urticaire avec fièvre élevée et sueurs abondantes. Nouvelles injections le 25 et 26 mars. L'amélioration fut progressive, et le 5 avril, la mastication était possible. Le 8 avril, la guérison était complète.

C'est là un succès à enregistrer, et ce succès est d'autant plus remarquable que l'injection n'a été faite que quatre jours après la déclaration des premiers accidents.

MÉDECINE

Névralgie de la VIIIe racine postérieure cervicale droite. — Résection intra-rachidienne de cette racine et des racines sus et sous jacentes. — Guérison opératoire et fonctionnelle, par CHIPAULT et DEMOULIN. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 2, 1895, p. 136.)

Homme de trente-quatre ans, bien portant, éprouve depuis quatre ans une douleur continuelle localisée au petit doigt et à la partie interne de la main, s'exaspérant par moments et remontant le long du bord interne de l'avant-bras. Soumis à tous les traitements possibles, il subit entre autres deux interventions sur le cubital (élongation de la branche dorsale cutanée et section du nerf dans la gouttière épitrochléenne). Aucune amélioration.

Un examen attentif démontra que le diagnostic de cubital porté jusqu'ici n'était pas exact; mais qu'il s'agissait de névralgie de la VIIIe racine cervicale droite. La zone d'hyperesthésie comprenait : la face interne de l'annulaire, la partie interne de la main sur une largeur correspondante ; au bras et à l'avant-bras, deux bandes de 1 centimètre et demi de large : une antérieure, passant en dedans du tendon du biceps; l'autre postérieure, longeant le bord interne de l'olécrâne. D'après les recherches de l'un des deux auteurs, c'est là exactement le domaine d'innervation cutanée de la VIIIe racine cervicale.

L'ouverture du rachis fut décidée. Résection des premier arc dorsal, huitième et neuvième cervicaux; rien d'anormal dans le canal ni du côté des trous de conjugaison. Incision de la dure-mère et mise à nu des trois racines postérieures correspondantes; résection, entre la moelle et le ganglion, non seulement de la VIIIe cervicale, mais des racines sus et sous-jacentes « pour se conformer à la donnée physiologique qui admet l'insuffisance de la section d'une seule racine pour anesthésier son territoire. »

Examen du malade deux heures après l'opération : disparition des zones d'hyperesthésie et des douleurs spontanées. Le malade peut se servir aisément de sa main pour manger sa soupe et pour écrire, ce qu'il n'avait pas fait depuis des années, à cause des souffrances qu'il eût réveillées ainsi. Guérison persistante quatre mois après; pas de troubles trophiques consécutifs. Au contraire, ceux qui s'étaient produits à la suite de l'ancienne section du cubital ont disparu. Constatations physiologiques intéressantes au cours et à la suite de l'opération. Entre autres : l'électrisation des racines postérieures a provoqué une vaso-constriction manifeste de leur territoire. La résection des trois racines n'a provoqué sur le membre qu'une hyperesthésie légère qui disparut en vingt-quatre heures.

Sur les affections de la queue de cheval, par F. RAYMOND. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 2, 1895, p. 65.)

Ce mémoire réunit deux leçons. Dans la première, l'auteur résume l'histoire de deux malades chez lesquelles on put diagnostiquer une affection de la queue de cheval. A ce propos, il s'étend dans la leçon suivante sur les affections spinales qui occupent le canal lombo-sacré (luxations vertébrales, méningites, tumeurs). En pareil cas la fibrine terminale et la queue de cheval sont intéressées simultanément.

Les symptômes se résument à ceci : paralysie douloureuse, avec anesthésie cutanée circonscrite dans le domaine du plexus sacré, troubles de la miction et la défécation. Il faut ajouter : les troubles trophiques (eschares, atrophie musculaire). Les fonctions sexuelles sont intéressées d'une façon variable; rien de constant quant aux réflexes et aux réactions électriques des muscles. En résumé, les symptômes sont à la fois ceux d'une affection centrale et d'une lésion des nerfs périphériques dans le domaine du plexus sacré.

Lorsqu'il s'agit d'une lésion primitivement développée dans le cône terminal et respectant les nerfs périphériques, les signes se bornent aux troubles génito-urinaires et rectaux.

Le diagnostic du niveau de la lésion peut être établi, d'ailleurs, d'une façon précise à l'aide de la distribution de l'anesthésie et de la paralysie, depuis le cône terminal jusqu'au renflement lombaire. Tous ces points de repère sont indiqués en détail. Ils sont d'une grande valeur pour guider l'intervention chirurgicale en cas de tumeur agissant par compression.

H. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 6 AOUT 1895

L'intéressante communication que M. DEBOVE fait à l'Académie en son nom et au nom de M. Soupault, a trait à l'étude des fonctions de l'estomac sur un malade atteint d'un cancer du pylore, et sur lequel la gastro-entérostomie fut pratiquée. Cet homme, âgé de trente-sept ans, présentait depuis quatre ans des troubles dyspeptiques. Son état s'était aggravé progressivement; il était pâle, amaigri; son ventre était ballonné; l'ingestion des aliments était suivie de contractions péristaltiques de l'estomac se traduisant très nettement par des tuméfactions ondulatoires de la région épigastrique. L'examen de cette région ne révélait l'existence d'aucune tumeur. D'autre part, l'appétit était encore conservé; le malade n'était pas cachectique, le suc gastrique renfermait encore de l'acide chlorhydrique, et l'urée était en assez forte proportion dans les urines. Aussi élimina-t-on le diagnostic de cancer de l'estomac. On pensait qu'il s'agissait plutôt d'un rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif à un ulcère de cette région.

L'intervention chirurgicale était indiquée. M. Terrier

pratiqua, au mois de janvier dernier, une gastro-entérostomie abouchant la face postérieure de l'estomac à la première partie du jéjunum. Cette intervention permit de reconnaître l'existence d'une tumeur cancéreuse du pylore.

Les résultats opératoires furent aussi satisfaisants que possible. La veille de l'opération, le malade pesait 46 kilos; un mois après 56 et 64 en avril. Depuis, il a repris ses occupations.

M. Debove insiste sur les points plus particulièrement intéressants de cette observation. Il s'agissait ici, très vraisemblablement, d'un cancer développé à la suite d'un ulcère; l'évolution des accidents justifie pleinement cette hypothèse. Ce fait montre combien il est quelquefois difficile de diagnostiquer le cancer de l'estomac, et il met en évidence les heureux résultats de l'intervention chirurgicale. L'examen du contenu gastrique, pratiqué après l'opération, a démontré le reflux du suc pancréatique et de la bile dans l'estomac. Enfin, le malade engraisse rapidement malgré le trouble des fonctions mécaniques chimiques de l'estomac, et ce fait n'était pas le moins intéressant à signaler.

— M. Pinard présente ensuite l'observation d'une femme de trente-cinq ans, à laquelle il fit une laparotomie pour une grossesse extra-utérine qui avait été reconnue seulement au sixième mois. Quand elle entra à l'hôpital, cette femme était dans un très mauvais état général. C'était sa première grossesse. On sentait dans l'abdomen une tumeur volumineuse, fixe. L'auscultation faisait entendre des battements fœtaux, mais le souffle maternel faisait défaut. Au toucher, on sentait un col volumineux, ramolli, dévié à droite.

M. Pinard se contenta de prescrire le repos à la malade et attendit, pour opérer, l'époque de la viabilité du fœtus.

L'opération permit de constater que l'utérus était vide, mais dilaté; près de lui, se trouvait un kyste à parois minces, extrêmement vasculaires, contenant le fœtus. Celui-ci fut extrait; il était vivant et pesait 2,700 grammes; actuellement, il pèse près de 6 kilos.

M. Pinard sutura les bords placentaires à ceux de l'incision abdominale; la cavité fut pansée à la gaze iodoformée.

Le trente-deuxième jour après l'opération, le placenta était complètement éliminé.

Il faut faire ressortir, tout d'abord, ce point particulier de la pratique de M. Pinard, qu'il a attendu, pour intervenir, la viabilité du fœtus; il n'est pas, d'autre part, partisan de l'extraction immédiate du placenta. Dans dix-sept laparotomies qu'il a pratiquées pour grossesse extra-utérines, M. Pinard a vu l'élimination du placenta se faire du dix-huitième au vingtième jour.

— Au cours de la séance, M. Laborde a présenté le résumé des recherches graphiques que MM. Chipault et Braquehaye ont entreprises sur le mécanisme des fractures indirectes de la base du crâne : M. Guermonprez (de Lille) a lu une observation d'*hystérectomie abdominale totale substituée à l'opération de Porro* dans un cas de grossesse avec myome utérin. Enfin, M. Blacke a présenté un mémoire sur la *protection de l'enfance dans le département de la Seine, en 1893*.

Hommage au chirurgien Lister. — Le lundi 30 juillet, le célèbre chirurgien Lister a reçu au King's College un témoignage public d'admiration pour les services rendus au monde par sa découverte du pansement antiseptique. Le président a déclaré qu'il pouvait prédire que plus tard un témoignage national et même international de reconnaissance serait conféré à ce savant, car il est un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité.

LES LIVRES NOUVEAUX

Manuel d'Otologie clinique, par le Dr Em. Menière. Rueff et Cie, éditeurs. Paris 1895.

Comme nous le dit M. Menière dans sa modeste et charmante préface, ce livre qu'il vient d'écrire a surtout pour but d'être utile aux médecins et aux élèves; c'est bien un manuel à proprement parler, destiné à familiariser le praticien avec les affections de l'oreille si communes depuis qu'on apprend à les connaitre, et pour lesquelles on peut beaucoup, même en faisant peu si on sait si prendre et agir à temps.

Il est inutile de mettre en relief la compétence de l'auteur. Elevé par un père spécialisé lui-même dans les études otologiques, il l'a remplacé aux sourds-muets. Chargé de plus, du service des maladies de l'oreille au dispensaire Furtado-Heine, on voit avec quels éléments notre confrère a écrit son volume.

Nous n'avons pas la prétention de donner ici un aperçu du manuel d'otologie clinique. Comme le dit son titre, c'est surtout sur le terrain de la clinique que M. Menière s'est placé.

L'ouvrage est divisé en trois parties: la première est un résumé de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille, du nez et du pharynx nasal ou de quelques déductions médico-chirurgicales.

La seconde partie réunit les méthodes d'exploration et de traitement.

La troisième partie est de beaucoup la plus importante et comprend toute la pathologie de l'appareil auditif; nous l'avons parcourue avec un réel intérêt et notamment cette question de l'inflammation de l'oreille moyenne, si à l'étude aujourd'hui et si intéressante dans ses complications. M. Menière n'insiste sur ces dernières que dans ce qui a trait à l'otologie pure, en se bornant à résumer les accidents qui sont plutôt du ressort du chirurgien et nous ne pouvons que l'en féliciter.

Enfin, sous forme d'appendice, notre confrère traite des maladies des fosses nasales et du pharynx nasal en rapport avec les affections de l'oreille, ce qui complète tout à fait l'ouvrage. Nous recommandons spécialement la lecture du chapitre qui a trait aux tumeurs adénoïdes et à leur traitement.

Terminons en disant que le volume se présente à nous sous de gracieux atours et adressons nos félicitations bien sincères à son auteur. E. R.

CONDITIONS D'ADMISSION

Et formalités à suivre pour le concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes en 1896, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Dispositions réglementaires. — Tout étudiant qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de Médecine de l'État, peut se présenter au concours pour les places d'élèves externes.

Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions; 2° son acte de naissance; 3° un certificat de revaccination dûment légalisé et portant une date récente; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Les élèves externes qui ont accompli leur temps d'externat peuvent se présenter de nouveau pour concourir.

Ne pourront plus toutefois prendre part au concours les élèves externes qui auront été déjà admis à accomplir une deuxième période d'exercice.

Pour les places d'élèves, les étrangers peuvent concourir et obtenir des nominations, en satisfaisant aux conditions exigées.

Le jury des concours pour les places d'élèves externes en médecine et en chirurgie se compose de huit membres, dont quatre médecins, trois chirurgiens et un accoucheur, pris exclusivement parmi les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux.

Les épreuves sont réglées ainsi qu'il suit :

Une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive. — Il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question après cinq minutes de réflexion.

Une deuxième épreuve sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie — Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé à 20.

Les questions sont rédigées par le jury avant l'ouverture de la séance, et tirées au sort entre trois au moins. Les questions sorties sont les mêmes pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance.

Pour le jugement des deux épreuves du concours, le jury se dédouble en deux sections qui sont chargées, l'une de juger l'épreuve d'anatomie, et l'autre l'épreuve de pathologie. La section d'anatomie comprend deux médecins et deux chirurgiens ; la section de pathologie deux médecins, un chirurgien et un accoucheur.

Les deux sections du jury sont déterminées par un tirage au sort effectué à l'ouverture de la première séance du concours.

Dans cette même séance, et immédiatement après la constitution des deux sections du jury, celui-ci détermine, comme il est dit ci-après, l'ordre dans lequel les candidats seront appelés à subir leurs épreuves devant chacune des deux sections.

La liste des candidats rangés par ordre alphabétique étant divisée en deux moitiés, un tirage au sort désigne celle des deux moitiés qui sera attribuée à la section d'anatomie et celle qui sera attribuée à la section de pathologie.

Il est ensuite fait, dans chacune de ces moitiés, et d'après l'ordre alphabétique, des séries de cent, et un nouveau tirage au sort détermine l'ordre dans lequel ces séries seront appelées à subir les épreuves.

Ces séries, ainsi que l'ordre suivant lequel elles seront appelées à subir les épreuves, sont affichées immédiatement après la séance.

Chacune des deux sections du jury fonctionne ensuite séparément et dans les formes suivantes :

Il est mis tout d'abord dans l'urne les noms des candidats de la série désignée la première pour subir les épreuves, et le sort indique, à l'ouverture de chaque séance, ceux d'entre eux qui doivent être appelés à traiter la question qui aura été extraite de l'urne. Les noms des candidats de la deuxième série seront mis dans l'urne après épuisement de la première série, et ainsi de suite jusqu'à l'extinction complète des séries.

Les deux sections échangent ensuite entre elles les parts qui leur ont été respectivement attribuées, et le concours se continue dans les mêmes formes et dans le même ordre que précédemment.

Les épreuves terminées, le jury se reconstitue par la réunion de ses deux sections pour procéder au classement des candidats. En cas de partage des voix, celle du président sera prépondérante.

Si, pour la première place, plusieurs candidats se trouvent, par le total de leurs points, classés *ex æquo*, le jury peut, pour faciliter le classement de ces candidats, avoir recours à une épreuve supplémentaire que jugent deux sections réunies.

Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves externes, le jury décide, s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury dresse une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer au besoin des titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite.

Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Concours pour les prix à décerner en 1895 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices. — *Concours de médecine* : L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 9 décembre 1895, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Concours de chirurgie et d'accouchement : L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 12 décembre 1895, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront prendre part à l'un de ces concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze 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.

Troisième concours du Bureau central (Médecine). — Un concours pour la nomination de trois places de médecins des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 18 novembre 1895, à neuf heures du matin, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Bertrand (Louis), de l'École de Grignon, et Bertrand-Lauze, d'Allais (Gard), ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

Inauguration du Congrès de l'Association pour l'avancement des Sciences. — La séance d'inauguration du 24e Congrès de l'Association pour l'avancement des Sciences, tenu à Bordeaux, a eu lieu à l'Athénée, sous la présidence de M. Emile Trélat.

M. le maire de Bordeaux a rappelé que c'est dans cette ville qu'après nos désastres, en 1871, l'Association tint son premier congrès. Il compare la situation qu'avait alors l'Association naissante, à sa prospérité d'aujourd'hui.

M. Trélat prononce ensuite un discours sur l'hygiène et la salubrité.

La section de médecine de l'Association, présidée par M. Pitres (Bordeaux), a nommé présidents d'honneur :

MM. Hénocque (Paris), Villar (Marseille) et Duplouy (Rochefort).

Internat des hôpitaux de Rouen. — Un concours pour l'internat en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 24 octobre 1895. Les épreuves commenceront à trois heures précises, à l'hospice général, salle des séances.

Internat de l'Hôtel-Dieu d'Orléans. — Un concours pour quatre places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire s'ouvrira, le 13 décembre prochain, à deux heures et demie, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Pour s'inscrire et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

Faculté de Médecine de Lille. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1895-1896, dans les fonctions de chefs des travaux pratiques ci-après désignés :

MM. les docteurs Curtis (anatomie pathologique), Laguesse (histologie), Bédart (physiologie), Bayrac (chimie), Castex (physique), Fockeu (histoire naturelle).

École de Médecine de Tours. — M. Duclos, professeur de clinique interne, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1895.

M. Duclos est nommé professeur honoraire.

École de Médecine de Dijon. — M. Lagoutte est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Suppression des chaires de médecine à Brest et à Rochefort.— Le ministre de la Marine vient de décider que la chaire de chirurgie militaire et navale, celle d'hygiène navale et de pathologie exotique, ainsi que celle de législation et d'administration, seront supprimées toutes les trois dans les ports de Brest et de Rochefort à compter du 1er novembre prochain.

En outre, le ministre a décidé, sur la proposition du Conseil supérieur de santé, que l'école de perfectionnement des stagiaires à Toulon sera composée, à compter du 1er novembre prochain, des chaires énumérées ci-après : chirurgie militaire et navale, hygiène navale et pathologie exotique, législation et administration, application de la physique à la médecine (pratique des appareils électriques), examen des denrées alimentaires.

Ces deux dernières sont confiées à des pharmaciens.

63e réunion de la British medical Association. — La *British medical Association*, la plus puissante association médicale du monde, — le *British medical Journal* qui est le journal officiel de cette association tire à 19,000, — a tenu sa 63e réunion annuelle à Londres, du 30 juillet au 3 août, sous la présidence de sir John Russell Reynolds.

Un certain nombre de médecins étrangers ont pris part aux travaux de l'Association. Les professeurs van Ranke, de Munich, et Baginsky, de Berlin, ont communiqué les résultats du traitement de la diphtérie par le sérum antitoxique. Nous sommes loin des récriminations de la première heure. Le professeur Ranke s'est montré un partisan enthousiaste du sérum, en citant les statistiques de l'hôpital de Munich. En 1892, la mortalité diphtérique était de 56,2 °/₀; en 1893, de 46 °/₀; en 1894 jusqu'au 24 septembre où le traitement antitoxique a été institué, de 57 °/₀. Depuis cette date elle est tombée à 17,7 °/₀. Les résultats sont les mêmes à Berlin, d'après Baginsky. De 41 °/₀, moyenne de la mortalité des quatre années antérieures à 1895, le chiffre des décès diphtériques est descendu sous l'influence de la sérothérapie à 15,6 °/₀.

Le Dr Hermann Biggs, de New-York, a parlé de l'action immunisante du sérum. Dans presque tous les cas, le pouvoir immunisant s'étend à une période de trente jours. Sur 800 enfants bien portants qui ont reçu des injections préventives, Biggs n'a jamais constaté le moindre accident consécutif.

Dans la section de médecine, M. Hanot a fait une communication très écoutée sur le *diabète bronzé*.

Citons encore une communication de Samuel West sur le traitement du diabète par le nitrate d'urane. Cette substance serait, d'après West, le remède le plus efficace que nous possédions contre le diabète.

(Médecine moderne.)

Ludwig et la Société protectrice des animaux. — M. A. Mosso, dans un article biographique sur Ludwig, nous apprend que le célèbre physiologiste, qui fut à coup sûr le plus grand vivisecteur du monde, a été président de la Société protectrice des animaux de Leipzig, et qu'il resta jusqu'à sa mort un des membres les plus actifs de cette Société.

Sous sa présidence fut fondé un prix pour le cocher traitant le mieux ses chevaux. Ludwig ouvrit aussi un concours pour le meilleur attelage des chiens et provoqua une exposition pour le choix de races canines les plus aptes à la traction.

Sans vouloir établir la moindre comparaison, nous rappellerons que Cruveilhier, notre grand anatomiste, fut aussi à la fin de sa vie président d'une Société dont le but était de soustraire à la dissection le corps des malades morts dans les hôpitaux. *(Médecine moderne.)*

Préceptes pour l'usage de la bicyclette. — Voici les sages préceptes que formule M. Rocheblave, et dont les bicyclistes amateurs doivent se pénétrer :

« 1° Ne faire de la bicyclette qu'après autorisation du médecin. Et cet examen doit être pratiqué non seulement avant, mais encore après la course, certaines tares cardiaques ne se manifestant que sous l'influence de la fatigue ou du surmenage ;

« 2° Ne marcher qu'à une vitesse modérée, 12 kilomètres à l'heure Ne forcer la vitesse qu'après entraînement méthodique et quotidien. Même après quelques jours seulement d'interruption, reprendre de nouveau à allure volontairement ralentie ;

3° Lutter autant que possible contre le désir d'aller vite. Les bicyclettes ne demandent qu'à rouler. Il est très difficile de ne pas céder au « délire de la vitesse ». Avec une machine légère, sur une bonne route, pour peu que la moindre brise le pousse, un amateur, même mal entraîné, fait facilement 25 kilomètres à l'heure. C'est trop, puisqu'à 14 ou 16 kilomètres le pouls s'élève à 150. »

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Les formes nerveuses de la grippe.
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Les Congrès : 1° Congrès des médecins aliénistes et neurologistes; 2° Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.
IV. Académie et Sociétés savantes :
1° Académie de Médecine;
2° Revue de la Société de Thérapeutique.
V. Échos et nouvelles.

LES FORMES NERVEUSES DE LA GRIPPE

Le système nerveux est toujours frappé dans la grippe, et la forme nerveuse commune de la maladie est maintenant bien connue. Mais, dans certains cas, les symptômes nerveux revêtent des allures anormales, remarquées déjà depuis longtemps, qui avaient fait admettre aux auteurs du *Compendium* une grippe convulsive, une grippe délirante, une grippe apoplectique. Dans l'épidémie de 1889-1890, de nombreux exemples de ces formes ont été observés, et S. Virey leur a consacré une étude d'ensemble en admettant trois types principaux : une forme syncopale, une forme pseudo-méningitique et une forme comateuse.

Les formes nerveuses ne semblent pas frapper les nerveux avec plus de fréquence; S. Virey n'a jamais noté l'hystérie chez ses malades; cependant le surmenage physique ou intellectuel, la grande fatigue, le traumatisme, peuvent peut-être agir comme causes prédisposantes.

D'autre part, d'après Ballet, la céphalalgie, l'agitation, se manifestent surtout chez les malades à tempérament nerveux, tandis que chez les surmenés et les cardiaques on observe surtout la forme adynamique.

Dans la grande majorité des cas, le début est lent, et il y a une période prodromique plus ou moins longue, dont les symptômes sont du reste aussi variés que dans les grippes communes.

D'autres fois le début est brusque et violent. C'est ainsi qu'un étudiant du service de Teissier est frappé brusquement au moment où il se rend à l'hôpital, et doit être transporté dans un lit.

On voit des jeunes enfants être pris de convulsions avec délire ou tomber sans connaissance comme s'ils étaient atteints de paralysie (grippe apoplectiforme de Récamier, grippe sidérante de Duflocq).

1° *Forme nerveuse commune.* — La forme nerveuse commune est une des formes de grippe que l'on observe le plus fréquemment. Généralement elle est peu grave et, ainsi que l'a fait remarquer Duflocq, c'est à elle seulement que l'on avait eu affaire lorsque, en 1889, on affirmait que la grippe était une maladie bénigne.

Les principaux symptômes de la forme nerveuse sont la céphalalgie, les douleurs dans le tronc et dans les membres, et la perte des forces.

La céphalalgie est souvent le premier phénomène du début. Elle atteint rapidement une grande intensité et occupe généralement le front et la racine du nez; certains malades localisent leurs souffrances derrière les globes oculaires. La douleur est gravative et lancinante; elle peut devenir excessive, s'accompagner de vomissements, d'hyperesthésie des téguments de la tête et du cou, être exagérée par la toux, le moindre mouvement. Souvent alors apparait la somnolence. La céphalalgie peut ne durer que quarante-huit heures, tandis que, dans d'autres cas, elle se prolonge après la cessation des autres symptômes.

La courbature généralisée est très fréquente. Le malade est brisé, souffre de partout, mais ne localise pas ses souffrances en un point plutôt qu'un autre. D'autres fois les douleurs sont très vives du côté des membres inférieurs; elles occupent souvent la continuité, mais peuvent aussi se localiser au niveau des articulations. Certains malades ont de la rachialgie, et cette rachialgie est parfois assez intense pour simuler celle de la variole; d'autres se plaignent d'un point de côté, d'un torticolis, de crampes. La pression des masses musculaires est douloureuse, mais la peau, les articulations sont aussi très sensibles, et cet ensemble de souffrances contribue à rendre le malade impotent.

Cette impotence est encore accrue par l'anéantissement si remarquable des forces; il y a un manque complet d'énergie aussi bien physique que morale, et il est remarquable de voir souvent cet affaiblissement se montrer brusquement, sans prodromes. Dans une observation de Duplay, un conducteur d'omnibus est pris subitement d'une défaillance telle qu'il fût tombé si les voyageurs de la plateforme ne l'eussent soutenu; on l'asseoit dans sa voiture, et il faut le soutenir sous les bras pour le faire descendre au prochain bureau. Dans un cas de Landouzy, les bras sont tombés subitement comme paralysés en même temps que les mouvements devenaient impossibles.

Un certain nombre de symptômes moins fréquents que les précédents caractérisent encore la

forme nerveuse. C'est ainsi qu'il arrive fréquemment de voir les malades pris vers le soir d'une agitation excessive, aboutissant rapidement au délire qui peut revêtir la forme de l'agitation maniaque (Joffroy); au matin, le grippé conserve souvent le souvenir de ces idées délirantes. Le délire se montre parfois très marqué, même dans des formes légères.

Les névralgies sont très fréquentes et s'est le plus habituellement une des branches du trijumeau qui est atteinte; d'autres fois, il s'agit de névralgies intercostale, scapulo-humérale (Joffroy), cervicale. Nous avons déjà mentionné l'hyperesthésie qui existe souvent par plaques disséminées çà et là.

Il est inutile d'insister sur les symptômes communs à la grippe nerveuse et autres formes de la maladie. Ce sont l'anorexie, parfois les vomissements, la diarrhée ou la constipation, de l'oligurie ou parfois un peu d'albuminurie. Les symptômes pulmonaires manquent, ou bien il y a simplement un peu de congestion. Souvent on observe une toux quinteuse et douloureuse.

La fièvre a une intensité très variable et atteint souvent 40°, 41°. Fréquemment, du reste, malgré cette température élevée, une céphalalgie intense, du délire nocturne, un affaiblissement excessif, la maladie évolue très rapidement; la fièvre tombe au bout de deux jours et la convalescence commence. Mais, plus encore que dans les autres formes, cette convalescence est souvent longue et traînante; l'affaiblissement, les névralgies persistent longtemps, de même parfois que des accidents neurasthéniques, qui sont plus fréquents chez les malades qui ont présenté la forme nerveuse que chez ceux qui ont offert une autre modalité de la maladie. Nous n'avons pas à parler ici des psychoses simultanées ou consécutives, qui sont de véritables complications.

2° *Forme syncopale.* — Les cliniciens, dans ces dernières années, ont pour la plupart noté la forme syncopale. « Quelquefois la syncope peut être à répétition, disait Péter, et constituer à elle seule toute la maladie ». Tissier, ici même, en 1890, écrivait que la syncope avait été le mode constant de début au collège des Jésuites de Cantorbéry.

Tantôt le malade s'affaisse si brusquement qu'il n'a pas le temps de prévoir sa chute; il est frappé en pleine santé. D'autres fois, la perte de connaissance est annoncée par du vertige, des nausées, une défaillance. Puis la syncope se produit, totale, caractérisée par ses signes ordinaires et dure quelques instants, au bout desquels la connaissance revient vite.

Consécutivement, le malade est dans un état de faiblesse extrême, et cette faiblesse qui se prolonge peut être le seul symptôme de la grippe.

D'autres fois on constate une céphalalgie atroce, des douleurs dans les reins, dans les muscles, dans les articulations. La congestion pulmonaire est très-fréquente; elle peut prendre une telle importance, qu'il semble que la syncope n'a été que le début d'une grippe à forme thoracique.

Souvent la température monte à 39° et 40° pendant quelques heures, un à deux jours.

La syncope peut être à répétition, le même malade en ayant deux ou trois, non pas coup sur coup en général, mais à des intervalles plus ou moins grands, de quarante-huit heures même.

Dans des cas graves, la syncope se prolonge et elle est suivie d'un ralentissement très persistant du cœur et du pouls. D'autre part, il faut bien savoir que la syncope peut être d'origine cardiaque, mais alors elle se produit habituellement non au début, mais dans le cours de la maladie, et Huchard a bien fait cette distinction quand il a dit: « Lorsque le début est sidérant, lorsque la première manifestation de la maladie est syncopale et quand elle s'accompagnent, comme on l'a vu parfois, de faiblesse subite dans les membres inférieurs, on ne peut songer ni à une myocardite qui n'a pu se développer si rapidement, ni à un accident d'origine angineuse. Il faut admettre que l'affection a eu, d'emblée, une localisation bulbaire... ».

Du reste les grippes à forme syncopale peuvent offrir quelques phénomènes cardiaques, irrégularités, petitesse et ralentissement du pouls, mais aucun signe d'auscultation ne permet de conclure à l'existence d'une lésion du cœur.

3° *Forme pseudo-méningitique.* — Le début peut être brusque (moins souvent que dans la forme précédente) ou lent. Dans les deux cas, la maladie revêt bientôt la même allure.

La céphalalgie presque constante est souvent des plus violentes, et à la fois atroce et opiniâtre. Elle s'accompagne de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux ou rarement porracés. Les vomissements se font sans effort et se reproduisent au moindre mouvement; ils se prolongent à peu près pendant quarante-huit heures. Le ventre est déprimé, creusé en bateau et la constipation est la règle, malgré la répétition des purgatifs. La raie méningitique, le refroidissement de la peau et des extrémités indiquent les troubles vaso-moteurs.

Parfois l'apyrexie est presque complète. D'autres fois le thermomètre monte à 40°, et la fièvre prend le caractère intermittent, avec exacerbations vespérales; elle se prolonge habituellement de quelques heures à deux ou trois jours, parfois plus longtemps. Généralement le pouls s'accélère en même temps que la température monte; il peut être faible et irrégulier, ou, au contraire, régulier et fort. Le ra-

lentissement, dans certains cas, est très marqué; la fréquence pouvant s'abaisser à soixante pulsations par minute et même moins.

Dans le plus grand nombre des cas la respiration est accélérée et irrégulière, et le mode respiratoire semble se rapprocher du type de Cheyne-Stokes. Certains malades poussent des cris sous l'influence des douleurs spontanées ou provoquées, mais on n'observe pas le véritable cri hydrencéphalique.

Dans des cas assez rares, il se produit des convulsions dès le début; elles sont générales ou partielles et se montrent de préférence chez les enfants.

Burlureaux a vu les convulsions survenir après une syncope initiale. Les contractures, s'il s'en produit, succèdent aux convulsions. On observe le trismus, le renversement de la tête en arrière, avec raideur de la nuque, le strabisme; les membres peuvent aussi être atteints, mais les contractures ne se généralisent pas.

Plusieurs cliniciens ont observé l'inégalité et la dilatation des pupilles.

Le volume des urines est très diminué, et il y a parfois une anurie totale exigeant le cathétérisme.

Enfin il faut encore noter l'existence, dans un certain nombre de cas, d'un délire plus ou moins bruyant. Très fréquemment, au contraire, c'est la somnolence, la prostration qui dominent la scène, et ces phénomènes peuvent s'accentuer jusqu'au coma, qui tantôt se montre d'emblée, tantôt, dans la règle, succède à des convulsions, à du délire. La période de coma est du reste généralement peu prolongée, et la connaissance revient peu à peu.

Les types cliniques de la forme méningitique sont du reste très variables, et Virey insiste avec raison sur ce point. Tantôt le « trépied symptomatique » de la méningite (céphalalgie, vomissements, constipation) est des plus nets, tantôt c'est la céphalalgie et l'irrégularité du pouls, la raideur de la nuque et le ralentissement du pouls qui dominent. Enfin il peut y avoir association avec des symptômes étrangers à la méningite.

4° *Forme comateuse.* — De même que la syncope, le coma peut être secondaire, dépendre d'une complication pulmonaire, intestinale. Mais il y a une forme de grippe dans laquelle il se montre dès le début; il peut même être le premier phénomène. Dans une observation de Henry, un employé de chemin de fer s'affaisse subitement à la gare en faisant son service, et, transporté à l'hôpital, reste dix-huit heures dans le coma. D'autres fois et plus fréquemment, il y a quelques prodromes: faiblesse, douleurs, vertige, céphalalgie, etc., puis le coma apparaît.

Une fois le coma apparu, tantôt il y a simplement sommeil prolongé ou somnolence, tantôt véritable perte de connaissance plus ou moins complète. La somnolence offre, naturellement, des degrés variés. Souvent le malade fait encore quelques mouvements volontaires, entend ce qui se dit autour de lui et a quelques intermittences de réveil. D'autres fois, le sommeil est irrésistible ou bien il s'agit d'un engourdissement qui rend tout mouvement impossible. Dans les cas de coma complet, le patient est absolument inerte, a les paupières closes ou entr'ouvertes, a perdu toute connaissance de son état. Cependant, ce n'est qu'exceptionnellement que le coma est assez profond pour qu'il soit impossible de tirer le moindre mot du malade lorsque l'on emploie des excitations réitérées.

Les symptômes qui accompagnent la forme comateuse sont essentiellement variables. La température varie selon les cas ainsi que l'état du pouls; notons cependant qu'on a souvent trouvé ce dernier très fréquent. Les phénomènes thoraciques et abdominaux peuvent prendre une grande intensité, etc.

Mais, chez certains malades, on observe à la suite du coma des symptômes nerveux très importants. Après Oppenheim, Pfluger, Furbringer, qui ont publié des faits d'encéphalopathie grippale, Cornil et Durante ont recueilli des cas du même genre : début par une céphalalgie intense, puis perte de connaissance subite, coma avec stertor qui, chez une malade, dure trois semaines, chez une autre, quatre jours. Ensuite hémiparésie, dans un cas à droite avec aphasie; dans l'autre, à gauche, sans aphasie; conservation de la sensibilité, paralysie faciale, troubles de la vision, inégalité des pupilles, paralysie des sphincters, conservation des réflexes tendineux. Les deux malades ont guéri. Dans un troisième cas, terminé aussi par la guérison, il y avait association de l'encéphalopathie grippale et de l'hystérie. Cornil et Durante admettent que, dans les faits de ce genre, il y a méningo-encéphalite réelle.

Diagnostic. — Le diagnostic de la forme nerveuse commune de la grippe n'offre pas de difficultés, surtout maintenant que l'affection est connue de tous.

Cependant, on pourra parfois songer à une fièvre typhoïde, en présence de malades abattus, présentant de la diarrhée et du délire et ayant, de plus, une éruption de taches rosées sur l'abdomen (Lemoine, Delezenne, Trastour). On basera son diagnostic sur les éléments suivants : le début de la grippe est, presque toujours, plus violent, plus soudain et l'anéantissement y est rapidement plus considérable. Au début de la stupeur typhique, on peut encore tirer quelques mots des malades, tandis que le grippé est souvent absolument sidéré quelques heures après l'apparition des premiers symptômes. La langue grippale, de couleur opaline, a été décrite par Faisans; son aspect diffère essentiellement de celui de la langue typhique. La courbe fébrile de la

dothiénenthérie ne rappelle en rien les allures de celle de la grippe; dans cette dernière, la température atteint souvent 40°, 41° dès le début, puis, après deux ou trois jours, commence à s'abaisser par degrés, souvent il y a, à plusieurs reprises, des ascensions irrégulières. Les taches que l'on observe parfois dans la grippe se voient un peu partout, sur le dos, l'abdomen; elles sont irrégulières, plus ou moins étendues, plus saillantes que dans la dothiénenthérie. Le tympanisme, la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, manquent habituellement dans la grippe; la céphalalgie y est beaucoup plus intense dans la plupart des cas. Enfin, l'évolution viendra, en dernier ressort, éclairer le diagnostic, bien qu'il y ait des cas exceptionnels dans lesquels la grippe se prolonge pendant plusieurs semaines.

La distinction entre la forme pseudo-méningitique et la méningite vraie n'est pas toujours commode à établir. La brusquerie du début de la grippe est encore à opposer à la lenteur de celui de la méningite. Cependant, dans une observation de X. Trastour, on voit les phénomènes méningitiques ne se produire qu'après un mois de céphalalgie violente avec, parfois, douleur vive, subite, rapide, dans la région frontale, en même temps, la malade accusait un malaise vague.

Dans la méningite, pouls et température sont en opposition; le pouls est ralenti en même temps que le thermomètre, moins élevé en général que dans la grippe, marque 38°5, 39°; le pouls, dans la grippe, est en concordance numérique avec les variations thermiques. Cependant le ralentissement du pouls peut aussi se rencontrer dans l'influenza.

La rétraction abdominale est très rare dans la grippe, tandis qu'elle est la règle dans la méningite, qui ne s'accompagne pas non plus de la splénomégalie commune dans l'influenza.

La céphalalgie est surtout gravative chez les grippés, aiguë chez les malades atteints de méningite.

Les taches rosées font toujours défaut dans la tuberculose méningée.

Enfin, la guérison, comme on le sait, est très rare dans la méningite, les formes nerveuses de la grippe guérissant habituellement et rapidement.

Malgré tout, la fréquence des formes anormales dans la méningite tuberculeuse des adultes, explique qu'un grand nombre d'erreurs aient pu être commises.

On ne peut guère confondre la forme comateuse qu'avec les comas qui se produisent d'emblée dans les intoxications aiguës. Le coma de l'ivresse, celui de l'empoisonnement par l'opium se reconnaîtront par les commémoratifs, les symptômes concomitants. Le coma urémique est plus complet généralement, il se produit des convulsions dans la plupart des cas, la mort est fréquente. L'examen des urines fournira des renseignements de peu de valeur dans ce cas, car un léger degré d'albuminurie existe souvent dans la grippe; par contre, il sera très utile, en cas de coma diabétique, qui de plus s'accompagne d'hypothermie, de l'odeur acétonurique de l'haleine.

On devra encore penser à l'apoplexie hystérique, au coma de l'épilepsie, à celui du rhumatisme cérébral, mais il nous semble inutile d'accumuler les éléments d'un diagnostic différentiel qu'un bon clinicien posera facilement chez la plupart des malades, tandis qu'il devra toujours se résigner à attendre pour se prononcer, en présence des cas réellement difficiles. Il n'y a pas lieu de faire le diagnostic avec ce que l'on a appelé Nona. L'affection décrite sous ce nom n'est autre, en effet, que la grippe comateuse dont on avait d'abord méconnu l'existence.

Pronostic. — Le pronostic de la grippe nerveuse n'est en général pas grave et on est souvent étonné de voir guérir des malades qui ont présenté un ensemble de symptômes très menaçants. La gravité s'accroît comme dans les autres formes chez les débilités, chez les sujets atteints d'une tare organique quelconque. C'est ainsi que, dans une observation de Comby, la malade qui succombe à une syncope est une femme atteinte depuis longtemps d'un rétrécissement de l'œsophage.

Le pronostic éloigné est plus sombre par suite de la fréquence relative des troubles persistants du système nerveux.

Chez l'enfant, ces suites sont beaucoup moins à redouter que chez l'adulte, et la convalescence elle-même est beaucoup plus rapide.

Traitement. — Le traitement des formes nerveuses n'a rien de bien spécial. Le sulfate de quinine, l'antipyrine seront utilisés dans la forme commune; la strychnine, la caféine, le phosphure de zinc (Huchard), dans la dépression du système nerveux. Peter conseillait le vésicatoire à la nuque dans la forme pseudo-méningitique. Naturellement on combattra la syncope par les excitants de toutes sortes. Les toniques, les reconstituants seront employés comme dans les autres formes de grippe.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Le projet de loi sur la prostitution. — Le Congrès international de la protection de l'enfance.

La prostitution a donné lieu récemment, au Sénat, à une discussion intéressante, à la suite de laquelle un projet de loi a été adopté et sera soumis, dans la prochaine session, à la Chambre des Députés.

La prostitution est le terrain sur lequel la question d'hygiène est le plus étroitement liée à la ques-

tion sociale ; mais c'est avant tout affaire d'hygiène, ainsi que l'a fait observer le Garde des Sceaux au cours de la discussion. « La prostitution, a-t-il dit, « quelles que soient ses modalités et ses formes, « est le véhicule le plus redoutable des maladies « vénériennes qui corrompent le sang de la nation, « qui vont l'atteindre jusque dans la source de la « vie et qui préparent, si on n'y prend garde, la « dégénérescence de la race. Avant tout et de toute « nécessité, il faut pourvoir au danger et arrêter au « passage la propagation du mal. »

Un hygiéniste n'aurait pas mieux dit. Sur ce terrain, tous les médecins sont d'accord. Les arguments tirés du respect de la liberté individuelle ne nous soucient guère en présence de l'intérêt tout-puissant de la santé publique si fortement compromise par le mal dont il s'agit. La vie sociale exige le sacrifice constant de la liberté individuelle à l'intérêt de tous, et quand il s'agit de la prophylaxie des maladies contagieuses elle est souvent obligée d'imposer aux personnes les plus recommandables de très pénibles sacrifices. On ne comprendrait donc pas qu'elle reculât en présence de la moins respectable des professions. Le monde des filles publiques, des souteneurs et de tous ceux qui vivent de la prostitution ne mérite pas tant d'égard, quand il s'agit d'une maladie qui a pour la santé publique des conséquences aussi graves.

Les méprises auxquelles donne souvent lieu l'action de la police sont plus regrettables, mais elles ne doivent pas l'empêcher. On arrête tous les jours des innocents sur la voie publique, sauf à les relâcher le lendemain, et personne ne songe, pour éviter ce grave inconvénient, à laisser les criminels en liberté. Toutefois, il y a avantage à substituer dans une certaine mesure l'intervention de la justice à celle de l'administration. C'est précisément à cela que vise le projet de loi adopté par le Sénat.

Le premier article concerne les gens qui *aident, assistent ou soutiennent la prostitution d'autrui.* Il leur inflige des peines sérieuses: un emprisonnement de trois mois à deux ans, des amendes de 100 à 1000 francs, et la relégation après récidive. Cette sévérité n'a pas rencontré d'opposition. La réprobation publique flétrit depuis longtemps cette immonde population des souteneurs et des proxénètes qui va se développant avec la même rapidité que les microbes. Cette plaie sociale n'est pas nouvelle, mais elle s'est notablement aggravée de nos jours.

La prostitution a changé de caractère. Elle abandonne de plus en plus les lupanars pour le trottoir, pour les maisons de passe et de rendez-vous, pour les brasseries de femmes. Il existait à Paris, en 1852, 217 maisons de tolérance ; en 1871, il n'y en avait plus que 140 (1), actuellement, d'après la déclaration faite au Sénat par le préfet de police, on n'en compte plus que 53 ; mais la prostitution clandestine a gagné tout ce que l'autre a perdu, au grand détriment de la santé publique, car c'est par elle que se propage la syphilis. « Le souteneur, dit le Dr Dommenge, est souvent un voleur ou un assassin, mais c'est presque toujours un syphilitique. Il va porter son mal d'une fille chez l'autre. Celles qu'on trouve malades au dispensaire de salubrité accusent presque toujours un souteneur de les avoir infectées. » L'article 2 s'adresse aux mineurs des deux sexes. Ceux qui, étant âgés de moins de dix-sept ans, seront saisis en état de prostitution habituelle, seront conduits devant le tribunal correctionnel, qui ordonnera, suivant le cas, la remise à leurs parents ou leur envoi dans un établissement de correction, d'éducation ou de réforme, pour y rester jusqu'à leur vingtième année.

Les articles 3, 4 et 5 concernent les cafetiers, cabaretiers, débitants de boissons à consommer sur place, qui fournissent sciemment aux femmes et aux filles de débauche le moyen de se livrer à la prostitution. Il leur applique les peines édictées à l'article Ier, il y ajoute l'interdiction, pendant cinq ans, d'exploiter leur établissement, et la fermeture de celui-ci en cas de récidive.

Ce projet de loi n'est pas parfait, sans doute ; il renferme des lacunes, notamment en ce qui concerne l'inscription des femmes sur les registres de la prostitution. Il y a lieu d'espérer qu'il sera complété par la Chambre des Députés ; mais, tel qu'il est, il peut donner des résultats excellents. Il est donc à désirer que la loi soit bientôt promulguée et, quand elle le sera, qu'on n'apporte pas dans son application la mollesse que nous avons eu si souvent l'occasion de signaler dans l'exécution des lois destinées à protéger la santé publique.

— Les congrès scientifiques ont habituellement lieu au mois d'août. C'est l'époque des vacances et les savants en profitent pour se réunir. Cette année, ils se sont donné rendez-vous à Bordeaux, à l'occasion de l'Exposition. Parmi les nombreux congrès qui s'y sont tenus, il y en a trois qui nous intéressent : le Congrès de médecine, qui s'est ouvert le 8, sous la présidence de M. Bouchard ; le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, dont la première séance a eu lieu le 5, sous la présidence de M. E. Trélat, et le Congrès international pour la protection de l'enfance, qui s'est ouvert le 29 juillet et qui a été présidé par le Dr Rousseau Saint-Philippe, médecin en chef de l'hospice des Enfants-Assistés. Nous rendrons ultérieurement

(1) Maxime du Camp : *Paris, ses origines, ses fonctions et sa vie*, t. III, p. 449.

compte des deux premiers, nous allons aujourd'hui nous occuper du troisième.

C'est un sujet dont j'ai plus d'une fois entretenu les lecteurs de l'*Union médicale;* je ne referai donc pas l'historique de la question. Je rappellerai seulement les regrets que j'ai exprimés à diverses reprises au sujet de la négligence avec laquelle la loi du 29 décembre 1874 est exécutée dans la plupart des départements, et de la force d'inertie que lui opposent les conseils généraux, quand il s'agit de voter les fonds nécessaires à son application. Il y a donc intérêt à revenir souvent à la charge, pour tâcher d'intéresser l'opinion publique et de l'émouvoir en faveur des petits enfants. En France, c'est le seul moyen d'arriver à son but. La loi Roussel, pour lui conserver le nom que lui a donné la reconnaissance publique, la loi Roussel n'est pas parfaite. Son auteur l'a reconnu lui-même, et il a fait à l'Académie de médecine l'énumération des lacunes qu'elle présente. Le Congrès de Bordeaux les a reconnues également, et il a formulé les vœux suivants:

1° Que l'État encourage toutes les institutions qui, sous des formes diverses, aident les mères pauvres à conserver auprès d'elles et à allaiter leurs enfants;

2° Que des conventions internationales assurent, par voie de réciprocité, la surveillance des nourrissons envoyés en pays étranger;

3° Qu'un mode de statistique uniforme soit adopté, dans tous les pays, pour la mortalité des enfants du premier âge;

4° Qu'on supprime dans l'article 1er de la loi du 29 décembre 1874, la restriction relative au domicile des parents;

5° Que le certificat médical ne soit délivré que par le médecin-inspecteur de la circonscription habitée par la nourrice, après qu'il aura visité son domicile et constaté qu'il remplit les conditions d'hygiène nécessaires à la santé du nourrisson;

6° Que l'enfant de la nourrice sur lieu soit toujours confié à une nourrice au sein qui sera tenue de se munir de certificats exigés et du carnet de nourrice;

7° Que les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes ne puissent, sans commettre un délit, procurer de nourrisson qu'aux nourrices munies de leur carnet, lequel devra leur être présenté, et sur lequel ils devront apposer leur signature.

Quelques-unes de ces conditions, les dernières surtout, sont un peu rigoureuses et ne seront pas faciles à remplir dans la pratique; il n'en est pas moins utile de les avoir formulées, sauf à tenir compte, dans l'application, des impossibilités matérielles qui pourraient se présenter. On ne saurait d'ailleurs apporter trop de soins et trop de prévoyance dans une question comme celle-là. Si la loi Roussel était prise au sérieux par les préfets; s'ils comprenaient à quel point elle est tutélaire; s'ils mettaient à l'appliquer un peu de l'activité qu'ils dépensent dans les questions politiques, on verrait diminuer, dans des proportions considérables, la mortalité des enfants du premier âge, et la vie des enfants est d'autant plus précieuse en France que le nombre en diminue de jour en jour. Nous n'en avons plus à perdre. JULES ROCHARD.

LES CONGRÈS

Les Congrès ont fait rage, la semaine dernière à Bordeaux. En même temps que s'ouvrait le *Congrès pour l'avancement des sciences*, commençaient encore le *Congrès de neurologie et de psychiatrie*, le *Congrès de médecine* et enfin le *Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*.

C'est à la présence de l'Exposition de Bordeaux qu'il faut attribuer la réunion de toutes ces assises scientifiques. De nombreuses communications ont été faites dans toutes les sections; nous ne les donnerons pas toutes et ferons connaître seulement à nos lecteurs les plus importantes, celles qui sont capables de les intéresser.

Il est une remarque qu'on ne manque de faire à tous ces Congrès et que l'on peut faire encore pour ceux-ci, c'est le nombre relativement restreint des médecins ou des chirurgiens parisiens qui y prennent la parole. Beaucoup de raisons plus ou moins bonnes ont été données de ce que plusieurs veulent appeler une abstention systématique. Pour notre part, nous pensons plutôt qu'il faut y voir la coïncidence de ces grandes réunions avec l'époque des vacances.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIENISTES ET NEUROLOGISTES

(6e SESSION TENUE A BORDEAUX DU 1er AU 7 AOUT)

Les psychoses de la vieillesse, proposées comme sujet de discussion au Congrès français de médecine mentale et de neuropathologie, comprennent les troubles mentaux observés chez les vieillards, en dehors de la démence sénile, de la paralysie générale et des lésions organiques de l'encéphale.

Le rapporteur de la question, M. RITTI, a établi que les principales formes de psychoses pouvaient s'observer chez les vieillards. La plus fréquente, selon lui et aussi suivant M. Vallon, est la mélancolie. Les idées mélancoliques des vieillards portent principa-

lement sur leur état de santé, sur la crainte de la perte de leur fortune. Elles s'accompagnent souvent de suspicion sans raison contre leur famille ou leur entourage ; elles sont assez souvent (surtout dans les asiles, d'après Vallon), l'occasion de tentatives de suicide. La mélancolie des vieillards guérit assez souvent.

La manie, moins fréquente, a un caractère de gravité particulière. Elle peut être suivie de mort.

Parmi les délires systématisés dont M. Ritti a signalé l'existence chez le vieillard, le délire des persécutions se présente avec une marche particulièrement rapide, beaucoup plus rapide que chez l'adulte. Il s'accompagne assez souvent d'hallucinations de la vue et de troubles du sens génital. Le délire ambitieux et la folie morale existent aussi chez le vieillard.

M. Ritti avait signalé dans son rapport l'existence de troubles du sens génital chez les vieillards. M. Christian a insisté sur la fréquence de ces troubles et a fait observer qu'ils se manifestaient parfois, sous forme d'une jalousie excessive des vieillards envers leurs femmes, par des projets de mariages déraisonnables. C'est à la fréquence de ces troubles du sens génital qu'il faut sans doute attribuer les nombreux cas d'exhibition observés chez des vieillards impuissants.

M. Vergely a cité un fait intéressant, au point de vue de l'étiologie des psychoses de la vieillesse : c'est l'apparition des troubles mentaux chez six malades âgées de soixante à quatre-vingt-dix ans, à l'occasion d'une bronchite aiguë. Les six cas se sont terminés par la mort.

Le rapporteur a fait allusion à l'importance des psychoses de la vieillesse, au point de vue médico-légal. En raison de l'âge des malades, c'est surtout dans les questions d'interdiction, de validité de testament, que la connaissance des psychoses de la vieillesse intéresse les médecins experts.

Corps thyroïde et maladie de Basedow

(M. Brissaud, rapporteur).

La théorie thyroïdienne, énoncée par Piorry, est la première en date des théories de la maladie de Basedow. Elle a eu fort peu de succès au début et a bientôt cédé la place à la théorie sympathique acceptée par Trousseau, Aron et Charcot.

Dans ces dernières années, la théorie sympathique avait été détrônée par la théorie dite bulbo-protubérantielle, lorsqu'un travail de Moëbius est venu remettre en faveur la théorie thyroïdienne. Dans cette théorie, le corps thyroïde sécrète une substance toxique qui exerce son action sur les centres nerveux. La clinique justifie cette théorie dans une certaine mesure, en montrant que des sujets atteints de goître simple peuvent présenter le tableau du goître exophtalmique. Il faut néanmoins admettre que le poison thyroïdien exerce surtout son action sur les centres bulbo-protubérantiels.

M. Brissaud, après l'énoncé historique des théories, déclare qu'actuellement il est impossible de formuler une théorie exclusive de la maladie de Basedow. A son avis, le goître exophtalmique est plutôt un syndrôme qu'une maladie autonome. Le symptôme capital de ce syndrôme est la tachycardie.

L'hérédité similaire ou neuropathique est la cause prédisposante la plus efficace de la maladie de Basedow. Les causes déterminantes sont : les excès de tout genre, les émotions, le surmenage, le traumatisme, dont l'action s'explique mal dans la théorie thyroïdienne.

Les lésions du corps thyroïde sont constantes, mais elles sont variables. L'hypertrophie de la thyroïde dépend des formations kystiques et d'une sorte de cirrhose hypertrophique qui consiste dans la prolifération des follicules et dans une sclérose interstitielle plus ou moins avancée. L'importance de ces lésions est d'ailleurs discutable, car sur vingt-cinq examens de corps thyroïdes enlevés à des sujets morts de maladies chroniques dissemblables, Brissaud a toujours trouvé des altérations de la glande. Une autre lésion a été signalée par Renaut chez les basédowiens, c'est l'insuffisance de la circulation lymphatique.

Le syndrôme basédowien se présente dans deux conditions. Tantôt, il existe isolément, tantôt il s'accompagne d'autres états nerveux qu'il précède ou qu'il suit. Les plus fréquentes de ces associations morbides se font avec l'épilepsie, l'hystérie, le tabes, la syringomyélie, la folie, etc. Ces associations morbides, lorsqu'elles sont antérieures, ne s'expliquent pas avec la théorie thyroïdienne.

Malgré les objections importantes qui peuvent être faites à la théorie thyroïdienne, la théorie bulbo-protubérantielle pèche cependant par la difficulté d'expliquer les lésions goitreuses. Cette difficulté disparaîtrait si les expériences de Filehne et Durdufie étaient confirmées. En effet, ces auteurs, après avoir sectionné les corps restiformes à des lapins, ont vu apparaître chez les animaux en expérience : l'exophtalmie, la tuméfaction du corps thyroïde et la tachycardie.

Le fonctionnement vicieux de la glande thyroïde, quelle qu'en soit la cause première, joue certainement un rôle dans la production des symptômes de la maladie de Basedow. Malheureusement, la physiologie de la glande thyroïde est encore en discussion. Les expérimentateurs sont cependant d'accord sur un point : c'est que la glande thyroïde a une sécrétion interne agissant sur les centres nerveux et sur la nutrition générale. On admet généralement que cette sécré-

tion interne exerce son action en détruisant au fur et à mesure des produits toxiques, dont l'accumulation serait nuisible à l'économie.

Le traitement chirurgical (thyroïdectomie, exothyropexie), a donné des résultats encourageants.

L'ingestion de lobes de corps thyroïde, non seulement n'a pas aggravé les accidents, mais a pu réussir (Jules Voisin, Bruns, etc.).

M. Renaut déclare être un thyroïdien par excellence. Il rappelle qu'il a été le premier à mettre en évidence l'existence d'une fièvre spéciale dans le goitre exophtalmique. Cette fièvre impliquait un empoisonnement morbide, dont M. Renaut a pensé trouver la raison dans le fonctionnement vicieux de la thyroïde. Il admet que le produit sécrété par la glande se modifie dans les voies lymphatiques. Dans la maladie de Basedow, cette modification cesse de se produire, car les voies de la lymphe étant supprimées, les produits sécrétés sont directement versés dans les veines. Le poison thyroïdien peut alors exercer son action sur le système nerveux et sur l'organisme.

Cette conception de M. Renaut est appuyée par ses recherches histologiques, qui lui ont montré que dans toute maladie de Basedow, les éléments glandulaires étaient doublés d'une néoformation conjonctive, qui n'existe pas à l'état normal. Il a pu récemment vérifier, par l'examen du corps thyroïde d'une jeune fille basedowienne exothyropexiée, que tout le système des lymphatiques intralobulaires était annulé. L'étude physiologique du corps thyroïde donne encore des faits intéressants. Le corps thyroïde (du fœtus) sécrète une substance, la thyromucoïne, qui diffère histologiquement et physiologiquement de la sécrétion du corps thyroïde des adultes représentée par la thyrocolloïne. Chez les basedowiens, la thyrocolloïne n'est plus formée que dans les grains marginaux de la glande; dans les lobules centraux, il se forme de la thyromucoïne, comme chez le fœtus. Cette thyromucoïne passe directement dans les veines, et c'est à cette substance qu'il faut reporter le poison basedowien. On s'explique ainsi que l'injection de suc thyroïdien normal, c'est-à-dire de suc chargé de thyrocolloïne, ne suscite pas le syndrôme de Graves.

Comment, avec ces données, expliquer la pathogénie de la maladie de Basedow. Un primum movens (microbien, nerveux, résultant d'une autointoxication, etc.), exagère la sécrétion thyroïdienne. Il y a alors impossibilité, pour la voie lymphatique, à modifier toute la substance sécrétée. Cette substance s'accumule dans l'économie et commence l'hyperthyroïdation. La lésion est, plus tard, créée par l'hyperthyroïdation. Quand elle est constituée, la phase d'intoxication commence, due au passage de la thyromucoïne dans le sang.

MM. Ballet et Enriquez. — La communication de MM. Ballet et Enriquez vise surtout les résultats fournis par leurs expériences d'hyperthyroïdisation.

Ils ont réalisé l'hyperthyroïdisation par la greffe, l'ingestion de lobes de corps thyroïdes, et l'injection d'extrait thyroïdien. L'ingestion et l'injection d'extrait thyroïdien ont déterminé des symptômes se rapprochant du tableau clinique de la maladie de Basedow. Seules, les injections répétées ont amené l'hypertrophie du corps thyroïde, avec des lésions de ce corps identiques à celles décrites par M. Renaut.

Pour Ballet et Enriquez, le phénomène primitif de la maladie de Basedow consiste dans un fonctionnement exagéré de la glande. La sécrétion exagérée qui en résulte actionne les centres bulbo-protubérantiels et provoque secondairement dans la glande elle-même, les lésions décrites par Renaut. Le trouble primitif de l'exagération du fonctionnement peut d'ailleurs reconnaître plusieurs causes (morales, infectieuses ou toxiques). En résumé, les expériences de Ballet et Enriquez justifient la théorie de Renaut.

M. Gley est d'avis que, jusqu'ici, il a été impossible de reproduire expérimentalement la maladie de Basedow et que le symptôme de Basedow peut aussi bien être expliqué par l'hyperthyroïdisation que par l'hypothyroïdisation.

M. Voisin a traité deux nouvelles malades par l'alimentation thyroïdienne, et les résultats ont été aussi favorables que dans sa première expérience.

Il conclut des heureux effets de son traitement que la thyroïde malade sécrète une substance toxique, dont l'alimentation thyroïdienne combat les effets.

M. Babinski a observé chez une femme la coïncidence du syndrôme de Basedow, avec un état myxœdémateux des membres inférieurs.

Les impulsions irrésistibles des épileptiques

(M. Parant, rapporteur).

Les impulsions irrésistibles des épileptiques sont des délires de courte durée. Les aliénistes sont partagés sur la question de savoir si ces impulsions irrésistibles peuvent se produire chez des individus qui n'ont jamais présenté de symptômes nettement attribuables à l'épilepsie. M. Parant est d'avis que l'origine épileptique des impulsions peut être diagnostiquée, indépendamment de tout autre accident épileptique. Les principaux caractères des impulsions épileptiques sont : l'inconscience et surtout l'amnésie, qui est presque constante. En plus, les impulsions épileptiques sont toujours identiques chez le même malade; souvent elles ont une certaine périodicité.

Les impulsions irrésistibles ne sont pas absolument spéciales à l'épilepsie : on les observe dans l'hystérie, dans la dégénérescence mentale.

Au point de vue de la responsabilité, les épileptiques doivent être tenus pour irresponsables des actes délictueux commis sous l'influence des impulsions irrésistibles. En dehors de ces impulsions, l'épileptique reste possesseur de son libre arbitre et doit rendre compte de ses actes dans une mesure qu'appréciera le médecin expert.

M. Pitres fait une intéressante communication sur l'automatisme ambulatoire qu'il divise en : physique, psychique et impulsif.

Les deux premières variétés ne sont pas en réalité pathologiques : elles répondent aux habitudes normales de certains vagabonds, au besoin de la marche chez certains individus qui finissent par se faire une habitude de ce besoin.

L'automatisme impulsif se voit chez les dégénérés (accès de dromomanie), chez les hystériques et les épileptiques.

Les dégénérés automoteurs impulsifs gardent le souvenir de leurs fugues.

L'amnésie des fugues existe chez les hystériques et les épileptiques. Chez ces deux catégories de malades, la ressemblance des fugues est telle qu'il y a lieu de se demander si elles doivent être distinguées et si ce n'est pas toujours l'hystérie qui en est cause. La méthode qui préside à ces fugues, la parfaite coordination des actes accomplis les rendent bien différents des autres impulsifs ordinaires des épileptiques, ordinairement si brusques et si désordonnés.

COMMUNICATIONS DIVERSES

L'anorexie mentale, par M. Sollier.

L'anoréxie mentale est spéciale au sexe féminin. Elle est distincte quoique très difficile à différencier de l'anoréxie hystérique. Elle a pour cause principale la prédisposition mentale héréditaire, et paraît en rapport avec un trouble d'évolution générale, d'origine centrale. Elle se caractérise par le manque d'appétit et l'idée fixe des malades de restreindre le plus possible leur alimentation. Abandonnée à elle-même, elle entraîne un amaigrissement considérable, la cachexie, et peut se terminer par la mort une fois sur deux. L'anorexie mentale est justiciable du même traitement que l'anorexie hystérique, c'est-à-dire du traitement moral (isolement, hydrothérapie, alimentation forcée, etc.).

Mesure de la toxicité des alcools par les injections intra-veineuses, par M. Joffroy.

Grâce à un procédé expérimental ingénieux, consistant à mélanger à l'alcool le liquide anticoagulant de la bouche de la sangsue, M. Joffroy a pu injecter facilement de l'alcool dans les veines du lapin. Il a reconnu ainsi que la loi de Rabuteau sur les équivalents toxiques des alcools sériés était parfaitement exacte. L'alcool méthylique, qui paraissait faire exception, rentre dans la règle générale; il a pour équivalent toxique 25, tandis que l'alcool éthylique a 12, l'alcool amylique 0,63.

Pathogénie et traitement rationnel de la neurasthénie, par M. de Fleury.

La neurasthénie a pour facteurs principaux : la diminution du tonus musculaire et de la sécrétion glandulaire. C'est une maladie du tonus. Le tonus étant un réflexe, entretenu par des excitations incessantes venues du monde extérieur, la thérapeutique de la neurasthénie doit consister à exciter les terminaises nerveuses sensitives par des frictions, des douches, du massage, l'étincelle statique, les injections de sérum artificiel, etc., etc.

Syringomyélie secondaire, par M. Marinesco.

La syringomyélie typique est due à la prolifération progressive du canal épendymaire. Le primum movens de cette affection n'est pas le bacille de Hansen.

La syringomyélie secondaire a un point de départ, tantôt en dehors de la moelle, tantôt dans la moelle elle-même, en dehors du canal central. Parmi les syringomyélies secondaires du premier groupe, figure la pachyméningite cervicale hypertrophique. Les tumeurs ayant pris naissance dans la moelle (gliômes ou sarcômes), peuvent retentir par compression ou tout autre mécanisme sur la substance grise et le canal épendymaire et déterminer des cavités syringomyéliques secondaires.

Étiologie de la paralysie générale, par M. Lagrange.

Sur 287 femmes admises dans son service, M. Lagrange a compté 6 paralytiques générales; une seule était syphilitique. Sur 250 hommes, il y avait 25 paralytiques; deux seulement étaient syphilitiques avérés. Cette statistique n'est pas en faveur de l'origine syphilitique de la paralysie générale; de plus, M. Lagrange a observé dans sa clientèle un homme de quarante ans qui contracta la syphilis après le début de sa paralysie générale.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Ce Congrès s'est ouvert le 8 août et les trois sections ont fonctionné simultanément.

Dans la première journée il n'y a pas eu de questions générales traitées, mais surtout des points particuliers ayant trait à des observations intéressantes.

C'est ainsi que dans la section de *gynécologie*, les *tumeurs des ovaires* ont donné lieu à plusieurs curieuses communications. D'abord celle de M. Demons (de Bordeaux), qui cite le cas d'un *kyste hydatique de l'ovaire*, dont la présence se révéla pendant une grossesse, l'avortement fut décidé ; mais dix-huit mois après la femme était de nouveau enceinte et cette fois la tumeur prenait un accroissement notable; l'accouchement put avoir lieu. Une troisième grossesse se manifesta, mais cette fois l'accouchement fut plus difficile et l'enfant ne vécut pas.

La tumeur avait été jusque là prise pour un fibrôme et M. Demons consulté, fit le diagnostic de *kyste* inclus dans le ligament large.

Une ponction fut pratiquée, qui montra des hydatides, et le kyste hydatique reconnu fut marsupalisé. Une deuxième, puis une troisième poche furent ouvertes à travers la première, et la guérison est aujourd'hui à peu près complète.

Ces tumeurs sont rares dans l'ovaire, et M. Demons n'a pu en relever que douze cas à peine; leur diagnostic est très difficile ; à peine pourrait-on se guider pour le poser sur la présence d'autres kystes analogues demeurés, comme cela arrive souvent, dans la cavité abdominale.

L'observation qu'apporte M. Bœckel (de Strasbourg) est intéressante, et par l'âge du sujet et aussi par sa réussite.

Il s'agit d'un *kyste suppuré de l'ovaire* porté par une femme de soixante-treize ans. L'ovariotomie fut très pénible, et les adhérences étaient telles que le chirurgien dut réséquer huit centimètres d'intestin et pratiquer une entérorraphie circulaire.

La malade supporta bien cette intervention et même une seconde laparotomie nécessitée par une fistule urinaire. La vessie fut découverte, suturée, et la guérison est aujourd'hui complète.

Plusieurs cas de *kystes dermoïdes* de l'ovaire ont été ensuite cités par M. Lanelongue (de Bordeaux), par M. Le Dentu et par M. Lefour (de Bordeaux). L'intervention rapide s'impose chez ces malades.

M. Gaillard (de Lyon) attire l'attention sur les *méprises auxquelles peut donner lieu l'ectopie rénale en gynécologie*. L'extrémité inférieure du rein, dure, sensible, pyriforme, pointe dans le cul-de-sac vaginal, et peut être prise pour une salpingo-ovarite.

C'est ainsi qu'au cours d'une laparotomie, l'orateur découvrit le rein ectopié. C'est paraît-il, le troisième cas, suivant M. Gaillard, où pareille erreur a été faite. Une observation est due à Mundé, mais il reconnut le rein trop tard et dut faire la néphrectomie. Un autre cas semblable appartient à Meyer, mais ici le malade mourut.

Enfin, dans la même séance, M. Demons a cité quatre observations dans lesquelles une tumeur ombilicale dure coïncidait avec la présence d'une tumeur maligne de l'abdomen. La présence d'une tumeur de l'ombilic pourrait donc mettre sur la voie du diagnostic et faire penser à un néoplasme malin.

M. Verchère (de Paris) a, lui aussi, opéré une femme présentant une petite tumeur ombilicale rouge et dure et tomba sur un cancer généralisé du péritoine.

* * *

Une partie de la séance, dans la section de **Pédiatrie**, a été occupée par une discussion sur l'*hérédo-syphilis*.

C'est M. Moussous (de Bordeaux) qui a pris le premier la parole sur ce sujet, en s'appuyant sur cinquante-deux cas observés dans son service. Il a insisté principalement sur ces caractères : les cicatrices indélébiles des fesses et des lèvres sont les stigmates les plus sûrs de l'hérédo-syphilis; les malformations dentaires, et particulièrement la dent d'Hutchinson, sont de moindre importance, et, quant à l'albumine, elle est très variable.

Pour le traitement, M. Moussous conseille les frictions mercurielles et le traitement interne par la liqueur de Van Swieten, et considère comme indispensable la continuation de l'allaitement par la mère.

La discussion s'engage sur la rareté ou la fréquence de la dent d'Hutchinson, et les avis sont partagés, et on discute aussi la fréquence des lésions osseuses dans la maladie de Parot. M. Moussous pense que les lésions osseuses peuvent passer inaperçues. C'est aussi l'avis de M. Rousseau St-Philippe (de Bordeaux), avis que ne partage ni M. Broca, ni M. Lanelongue (de Paris), ni M. Bezy, ni M. Negrié.

M. Broca fait ensuite une intéressante communication sur la *cure radicale des hernies chez l'enfant* :

Il a pratiqué 477 cures radicales de hernies chez des enfants au-dessous de quinze ans; elles se répartissent de la manière suivante : *hernies ombilicales*, 16 ; *hernies inguinales chez la fille*, 44 ; *hernies inguinales chez le garçon*, 417. Un seul garçon a succombé à une péritonite septique il y a deux ans ; l'opération est donc bénigne. Elle doit être entreprise sans discussion pour les hernies compliquées ou difficiles à maintenir. Quoique l'étranglement cède aisément au taxis chez les enfants, la kélotomie doit être pratiquée.

Les hernies avec ectopie doivent être également opérées ; quant à la position ultérieure du testicule, elle est parfois excellente, mais point toujours. Elle dépend de la longueur du cordon, laquelle ne peut être prévue avant l'opération. Toutes les fois qu'il est intervenu pour un kyste du cordon — soit 57 fois — il a trouvé une continuité avec une pointe de hernie : les diverses injections oblitérantes doivent

donc céder le pas à l'extirpation avec cure radicale de la hernie.

A partir de quel âge convient-il d'intervenir? Cela ne peut être fixé par des chiffres. En principe, à l'hôpital surtout, il n'opère pas avant que l'enfant soit sevré; il faut dire qu'à l'hôpital Trousseau il n'y a pas de service de crèches. Mais les faits de hernie étranglée prouvent qu'on peut opérer avec succès des enfants âgés de quelques semaines, de quelques jours même.

Les résultats définitifs sont excellents. Sur 250 malades revus après plus de six mois, 3 seulement présentaient des récidives, dont 2 ont été réopérés et sont définitivement guéris. On ne peut pas dire que le bandage donne des résultats comparables. Il est fréquent que le bandage échoue; il est même plus fréquent encore qu'il donne une guérison apparente, la hernie reparaissant au bout d'un temps variable, après ablation du bandage.

L'opération se fait comme chez l'adulte. Elle est toujours facile, d'après ce que dit M. Broca, et peut être exécutée habituellement en moins de dix minutes.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 août 1895

M. Gréhant expose les résultats des analyses d'air qu'il a prélevé dans la gare souterraine de la rue Gay-Lussac.

L'étude chimique et expérimentale lui a démontré que cet air contenait une quantité normale d'oxygène ; l'acide carbonique est de deux à trois fois plus abondante que dans l'air des rues de Paris, une seule fois il a trouvé des traces d'oxyde de carbone.

Il attribue la composition presque normale de l'air souterrain à la ventilation énergique obtenue par l'appareil de M. Delabrosse.

M. Lancereaux craint que le dégrèvement trop accusé des vins ne constitue à Paris un danger public.

Nombre d'ouvriers consomment par jour des quantités considérables de vin, de trois à quatre litres, soi-disant nécessaires à leur travail. Cette intoxication par le vin a des caractères spéciaux sur lesquels M. Lancereaux a déjà attiré l'attention.

La terminaison habituelle est la cirrhose atrophique, elle est spéciale aux buveurs de vin. On la rencontre chez les vignerons qui ne boivent pas autre chose que du vin. L'intoxication par les liqueurs et les essences provoque plus volontiers les accidents nerveux.

Il est vrai que la cirrhose est moins commune dans les pays vignobles qu'à Paris, cela tient sans doute à la mauvaise qualité des vins consommés à Paris, qui sont presque tous falsifiés par le vinage et le plâtrage. M. Lancereaux n'est pas éloigné de croire que le plâtrage joue un rôle dans la production de la cirrhose.

Les excès de vin prédisposent en outre à la tuberculose pulmonaire, qui prend le plus souvent une marche rapide.

La Chambre et le Sénat suppriment l'impôt sur le vin, il est évident que sa consommation va augmenter considérablement. Aussi, M. Lancereaux pense qu'on doit ajouter aux vœux formulés par MM. Laborde et Bergeron le vœu suivant :

« Imposer le vin, d'une façon modérée, mais l'imposer. S'opposer aux falsifications qui le rendent nuisible. »

M. Lagneau croit qu'on pourrait, avec les mesures actuelles, obtenir beaucoup plus qu'on n'obtient. Le chiffre des contraventions contre les débitants varie d'une façon tellement considérable suivant les départements, qu'on a la preuve qu'on est loin d'avoir partout la même sévérité dans la répression des délits.

— M. Babes (Bucharest) a constaté la présence relativement fréquente du botriocéphale en Roumanie, chez les individus atteints d'anémie pernicieuse. Il attribue celle-ci à des substances sécrétées par le parasite.

M. Babes a recherché quelle pouvait être l'action thérapeutique ou immunisante des mélanges de toxine et d'antitoxine provenant d'un même microbe.

Si les recherches récentes ont démontré que l'antitoxine neutralise *in vitro* la toxine, cela ne veut pas dire que le mélange soit sans aucune action.

Au contraire, en se servant du mélange d'antitoxine et de toxine diphtérique, il a pu immuniser assez facilement des cobayes pour les rendre réfractaires à l'injection d'une dose de toxine mortelle. Déjà, en 1890, il avait prouvé que le traitement antirabique pouvait être avantageusement fortifié par des injections de sérum de chien fortement immunisés contre la rage.

M. Ferrand lit un travail ayant pour titre : *Essai physiologique sur la musique*.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

M. Déléage a cherché à bien fixer les contre-indications du lavage de l'estomac. S'il existe un cancer de l'œsophage, le lavage, pratiqué avec prudence au moyen d'une sonde molle ou demi-molle, n'est contre-indiqué que chez un petit nombre de malades, alors que le cancer est ulcéré, friable, et qu'il y a des raisons de craindre une perforation. Il en est de même du cancer de l'estomac à la période ulcéreuse. Encore G. Sée conseille-t-il, en cette occurence, d'enrayer d'abord les hémorragies par des injections de morphine et d'ergotine, ensuite de tenter doucement l'emploi du siphon, puis de pratiquer le sondage avec la pompe. Il est évident que le lavage avec le simple tube siphon offre encore moins de dangers que la pompe. Malgré cela, il faut être très prudent et très réservé pour introduire la sonde dans un estomac cancéreux, qui est le siège d'hémorragies se répétant à des intervalles rapprochés. Il en est de même dans les cas d'ulcère simple à la période hémorragique. On doit surtout défendre à tout malade atteint d'ulcère ou de cancer, de se laver l'estomac sans médecin.

Les varices œsophagiennes sont une contre-indication au lavage. Il faut encore s'en abstenir chez les malades sujets à des crises d'angine de poitrine vraie, chez les hémiplégiques, chez les artério-scléreux congestifs, et dans tous les cas où l'on a des raisons de craindre la présence d'anévrismes miliaires et les accidents cérébraux, ainsi que chez les cardiaques, à une période avancée de la lésion.

On s'en abstiendra aussi, à moins d'indications formelles, chez les épileptiques.

Enfin on rencontre des sujets qui offrent une véritable intolérance pour le lavage, en raison des contractions, des

efforts pénibles, de la suffocation que provoque chez eux l'introduction de la sonde.

Même si les malades sont dans un état de débilité extrême, le lavage est indiqué si l'on a des raisons de croire que les troubles digestifs sont en cause.

Chez les urémiques qui présentent des troubles gastriques et des vomissements, on se trouvera bien du lavage de l'estomac qui, généralement, détermine la cessation ou, au moins, une atténuation notable des troubles digestifs.

L'hémorragie est l'accident le plus grave que puisse provoquer le lavage de l'estomac; en dehors des cas d'ulcère et de cancer, cet accident est très rare si l'on fait l'opération avec prudence. Il peut arriver que, dans une gastrite simple, un tube dont l'extrémité inférieure n'aura pas été suffisamment émoussée détermine une légère érosion de la muqueuse et, par là, une hémorragie de peu d'importance.

La pénétration de la sonde dans les voies aériennes ne se produit jamais quand on emploie un tube mou ou demi-mou, du calibre le plus fort possible, et quand on recommande au patient de faire des mouvements de déglutition pour faciliter le passage de la sonde dans le pharynx. Il est donc inutile d'enfoncer l'index dans la gorge pour guider la sonde, ce qui détermine du mucus et de la suffocation.

En dehors des hémorragies, les accidents signalés par les auteurs sont, en grande partie, d'ordre nerveux : crises hystériques, syncopes, convulsions et accès tétaniformes.

On a voulu expliquer la tétanie par : 1° La déshydratation du sang que provoque la brusque contraction de grandes quantités de liquides (Kussmaul) et la trop grande déperdition des liquides riches en chlorures (Hayem); 2° par des phénomènes réflexes ayant pour point de départ l'excitation pathologique des nerfs de l'estomac dilaté; 3° par des auto-intoxications par la présence de toxines convulsivantes dans l'estomac.

La première théorie est à éliminer, car souvent la tétanie gastrique survient sans qu'il y ait eu de lavages de l'estomac ou de vomissements. D'autre part, il est certain que la prédisposition individuelle joue un rôle dans la pathogénie des accidents et que, dans un certain nombre de cas, la tétanie est un symptôme hystérique. Le lavage, en effet, comme les causes les plus diverses, peut provoquer des accidents hystériques.

Certains faits semblent aussi venir à l'appui de la théorie réflexe. L'eau froide, introduite dans l'estomac à la place de l'eau tiède, peut provoquer (cas de Proust) un accès de contracture.

Mais le plus grand nombre des cas de tétanie gastrique relève d'une auto-intoxication. Pour Bouveret et Devic, la tétanie complique les gastrectonies avec hypersécrétion permanente; la présence d'alcool dans l'estomac serait une condition nécessaire à sa production. Ferré, Cassaët, Benech, ont pu isoler du suc gastrique d'hyperchlorhydrique une substance convulsivante et une substance qui provoque l'abolition des mouvements volontaires, mais n'agit qu'à doses triples. Ces recherches sont en contradiction avec le rôle que l'on a voulu faire jouer au lavage de l'estomac dans la pathogénie de la tétanie gastrique; en réalité, lorsque les contractures apparaissent à la suite du lavage, il n'y a là qu'une coïncidence ou une cause occasionnelle.

On doit admettre que trois facteurs interviennent généralement dans la production de la tétanie gastrique : 1° La prédisposition; 2° l'auto-intoxication; 3° l'action réflexe mise en jeu par l'excitation des nerfs périphériques en des terminaisons nerveuses de la paroi gastrique.

La réalité de l'existence de l'action réflexe ressort d'un grand nombre de faits à apparition fréquente d'accès de tétanie à la suite de vomissements liquides ou noirâtres spontanées et causés par l'ingestion d'aliments indigestes, développement des contractures consécutivement à des pressions sur la paroi abdominale, à l'exposition au froid, à la fatigue, etc.

En résumé, il est probable que, chacun réagissant à sa façon contre les diverses excitations et intoxications, il est des sujets chez qui certains poisons convulsivants, prenant naissance dans l'estomac dans certaines conditions, peuvent, sous l'influence d'excitations ou d'irritations nerveuses, provoquer des crises de tétanie; celles-ci seront d'autant plus graves, que l'état gastrique sera plus grave et que les poisons formés seront plus abondants.

Il résulte de toute cette discussion que le lavage de l'estomac est le meilleur traitement à opposer à la tétanie qui suit l'hypersécrétion. On ne peut supprimer l'intoxication, mais on empêche l'apparition de la forme grave, la dose mortelle de poison étant le double de la dose convulsivante. M. Déléage conseille même de recourir au lavage, comme moyen préventif, chez les dilatés hypersécréteurs, surtout si l'on observe les prodromes de la tétanie. Le lavage peut être pratiqué avec des solutions alcalines chaudes, en même temps que l'on donnera les alcalins à l'intérieur, que l'on cherchera à réaliser l'antisepsie intestinale, etc. *(A suivre.)*

ÉCHOS ET NOUVELLES

Enseignement dans les Facultés. — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1895-1896, des enseignements complémentaires ci-après désignés :

Faculté de médecine de Bordeaux: Maladies du larynx, des oreilles et du nez : M. Moure; maladies mentales : M. Régis; clinique interne des maladies des enfants : M. Moussous; clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Dubreuil; clinique des maladies des voies urinaires : M. Pousson; chimie : M. Denigès; accouchements : M. Rivière; pathologie externe : M. Denucé.

Faculté de médecine de Lille : Hygiène : M. Surmont; médecine opératoire et clinique des maladies des voies urinaires : M. Carlier; clinique chirurgicale des maladies des enfants : M. Phocas; accouchements : M. Oui.

Faculté de médecine de Lyon : Clinique des maladies des enfants : M. Weil; accouchements : M. Pollosson (Auguste); botanique : M. Beauvisage.

Faculté de médecine de Nancy : Clinique ophtalmologique : M. Rohmer; clinique des maladies des vieillards : M. Parisot; clinique des maladies des enfants : M. Haushalter.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. L. Thérèse : Les adénomes du foie.
II. Feuilleton.
III. Les Congrès : 1° Congrès de médecine interne ; 2° Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (*suite*).
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Revue de la Société de Dermatologie ; 3° Revue de la Société de Thérapeutique (*suite et fin*).
V. Échos et nouvelles.

LES ADÉNOMES DU FOIE

Depuis le jour où Lebert a attiré l'attention sur la structure de certaines tumeurs qu'il considérait comme de simples hypertrophies glandulaires, la question des adénomes s'est bien étendue et a singulièrement changé d'orientation.

Signalés d'abord dans la mamelle, ces néoplasmes ont été successivement étudiés dans la plupart des glandes, et c'est peut-être ceux qu'on rencontre dans le foie qui, par la multiplicité de leurs aspects et leur fréquence relative ont provoqué le plus de discussions.

Les adénomes du foie constituent plutôt le sujet d'une étude anatomo-pathologique et pathogénique que celui d'une étude clinique : ce sont en effet souvent trouvailles d'autopsie, où tout au moins leur symptomatologie est trop peu spéciale pour permettre de les diagnostiquer à coup sûr du vivant des malades.

Le point véritablement intéressant dans l'histoire des adénomes du foie, c'est de déterminer la place qu'ils doivent occuper dans la classification des tumeurs, c'est la pathogénie et l'évolution du néoplasme, qui, simple hyperplasie pour les uns, devient pour les autres une forme de l'épithélioma, avec toute la sévérité de pronostic que comportent les tumeurs de cette nature.

Les premières observations de Wagner, de Friedreich, de Klob, sont plus ou moins sujettes à discussion et visent peut-être des tumeurs d'origine fœtale qui ne doivent pas rentrer dans la description de l'adénome hépatique, tel qu'il est compris aujourd'hui. Le premier document indiscutable qu'on possède sur la question est le cas relaté par Griesinger, avec examen histologique de Kindfleisch et Eberth.

En 1867 (*Gazette médicale de Paris*), M. Lancereaux publie six observations nouvelles qui contribuent à établir la réalité de l'adénome. Hoffman reconnaît qu'à côté des tumeurs de petit volume signalées jusqu'alors, il peut exister des tumeurs plus considérables atteignant le volume d'une orange.

Willig fait ressortir l'existence de la paroi fibreuse qui enkyste certaines de ces tumeurs.

Le travail de Kelsh et Kiener (*Archives de physiol.*, 1876), marque une des étapes principales et limite bien la question des adénomes. Ce n'est là qu'un historique fort incomplet des auteurs qui se sont occupés de la question, mais nous aurons à retrouver leurs noms à propos des interprétations pathogéniques que chacun d'eux a proposées pour expliquer la formation des curieuses tumeurs qui nous occupent.

Avant d'entrer dans cette étude pathogénique, nous croyons nécessaire de donner, aussi complète

FEUILLETON

Les Rapatriés de Madagascar.

Si jamais une expédition coloniale parut avoir été mûrement préparée, c'est à n'en pas douter celle où nous sommes actuellement engagés à Madagascar. Le temps de la réflexion n'a pas été ménagé à ses organisateurs. On a loué sur tous les tons le soin, la prudence, l'attention qu'on mettait à tout combiner. Quelques impatients — on les traitait volontiers de mauvais coucheurs et de vilains caractères — se plaignaient seuls de lenteurs qui leur semblaient excessives. « Ne confondez pas, leur disait-on, vitesse avec précipitation. Ces jours que vous croyez perdus, ce sont des semaines gagnées. Vous verrez avec quelle sûreté, avec quelle vélocité nos colonnes seront conduites de Majunga à Tananarive. Rappelez-vous comment les Anglais, pour n'avoir rien laissé à l'imprévu, menèrent en un mois cette fameuse campagne des Ashantis, demeurée célèbre sous le nom de « guerre de médecins et d'ingénieurs ». C'est ainsi que nous voulons agir, et profiter de leur exemple pour faire aussi bien qu'eux, à supposer qu'on ne puisse pas faire mieux ».

Ceux qui s'étaient endormis sur ces belles espérances ont eu le réveil désagréable. Mais j'imagine que plusieurs n'avaient pas partagé ces illusions et qu'il y a eu pour ceux-ci plus d'ennui que de surprise à entendre les gens se plaindre de l'impossibilité où l'on s'est trouvé de faire circuler les plus jolies voitures du monde sur des routes qui n'existaient pas. Elles avaient pourtant été construites à grands frais, ces voitures. On était tellement pressé de les voir rouler, qu'on les avait arrimées avec mille précautions par dessus le reste du matériel, pour qu'on pût les débarquer avant tout autre chose et les camper tout de suite sur leurs jolies roues neuves. On escomptait par avance le charme de ce spectacle ; on était presque attendri.

Les soldats cependant ont débarqué plus vite que les voitures ; et la fièvre s'est abattue sur les soldats avec une soudaineté à laquelle il faut croire qu'on ne s'attendait pas, puisque les médicaments n'étaient pas prêts. Dans cette

que possible, la description anatomo-pathologique des adénomes, sans laquelle il est impossible de rien comprendre à l'évolution de ces néoplasmes.

Le seul fait que certains auteurs confondent dans une même description, l'adénome du foie et le cancer avec cirrhose, indique que le plus souvent l'organe hépatique se montre avec les caractères macroscopiques du foie cirrhotique. Son volume total et surtout son poids sont souvent augmentés; la surface est généralement inégale et bosselée, mais souvent aussi il faut pratiquer des coupes nombreuses, et pour ainsi dire hacher le foie pour découvrir les tumeurs adénomateuses. Ces tumeurs sont variables comme volume, allant de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une orange; elles sont multiples et souvent extrêmement nombreuses, surtout lorsqu'elles sont de très petit volume. Les plus grosses sont subdivisées en territoires secondaires par des cloisons fibreuses. La coloration est variable : jaune grisâtre ou infiltrée par le sang, et alors de teinte hémorragique, mais dans l'immense majorité des cas, la coupe des tumeurs est d'un jaune intense, jaune d'or (Sabourin), qui les fait trancher nettement sur le reste du parenchyme hépatique.

Cette masse jaunâtre forme un magna pâteux nettement enkysté par les cloisons conjonctives qui leur forment des sortes de loges d'où on peut facilement le détacher.

Dans l'épaisseur des cloisons fibreuses les plus considérables on trouve de petites tumeurs dont l'aspect est différent, leur contenu est diffluent, presque liquide et d'une coloration verdâtre; ces sortes de kystes se vident spontanément lorsqu'ils sont intéressés par la coupe, et le microscope révèle dans leur contenu des débris cellulaires et des cristaux biliaires.

Dans le tronc de la veine porte, plus rarement dans les vaisseaux des veines sus-hépatiques, on peut observer des caillots gris-roses friables qui en occupent la lumière en tout ou en partie et qui s'étendent jusqu'aux plus fines ramifications intra-glandulaires.

Comme nous le verrons à l'examen histologique, ce sont des bourgeons épithéliaux dont on comprend toute l'importance dans l'histoire d'un néoplasme dont la nature est sujette à contestation.

Beaucoup plus intéressant que l'examen à l'œil nu est l'examen microscopique, c'est grâce à lui, en effet, qu'a été acquise la notion qui permet de rapprocher ces tumeurs du foie des adénomes décrits antérieurement dans les glandes, dont la systématisation est plus facile à saisir que celle de la glande biliaire. Le microscope montre en effet que ces tumeurs sont constituées par des boyaux de cellules épithéliales diversement contournés, et dont la disposition rappelle l'aspect des circonvolutions cérébrales, tandis que leur structure se rapproche de celle des glandes en tubes.

Ces boyaux ou travées néoplasiques sont en continuation des plus nettes avec les travées cellulaires hépatiques normales, mais s'en différencient même à un faible grossissement par un volume plus considérable et par la coloration rose que leur donne le picro-carmin, coloration entièrement différente de la couleur jaune brunâtre que l'acide picrique communique aux cellules hépatiques normales. Ces travées néoplasiques ont un diamètre moyen de 40 à 70 millimètres et elles constituent des tubes pleins ou canaliculés à leur centre; les cellules dont elles se composent sont en état de suractivité fonctionnelle évidente, leurs noyaux sont généralement multiples et peuvent même atteindre un nombre considérable

---

nouvelle « guerre de médecins », les remèdes avaient paru chose négligeable. Ce n'est pas qu'on les eût tout à fait oubliés, mais c'est si encombrant des remèdes, c'est si peu militaire, si peu glorieux, — pensez donc, du sulfate de soude, de la quinine!... Et alors on les avait très exactement casés à leur vrai rang de préséance, au fin fond de la cale, sous les voitures Lefèvre. Peut-être aussi craignait-on que le poids des drogues ne détériorât les précieux véhicules. Par bonheur, des chevaux et des mulets étaient arrivés en même temps que les hommes. On avait pris, comme cela se doit, plus le soin de ceux-là que de ceux-ci; car une bête de somme représente une valeur pécuniaire, et quand elle meurt la perte en est chiffrée. Aussi, les infirmeries vétérinaires étaient-elles à leur poste, et on put prélever sur elles, en attendant mieux, les médicaments nécessaires aux troupes.

Comme on comprend bien après cela qu'on s'acharne traîtreusement et illégalement au ministère de la Guerre, à reprendre au corps de santé la part d'initiative et de pouvoirs que lui avait conféré la loi et que, partout où celle-ci avait dit : « La médecine a autorité, droit de commandement, de réquisition, de discipline sur tout le personnel attaché aux ambulances », on ait intercalé dans le règlement ces deux mots qui se remarquent à peine, mais qui modifient profondément l'esprit de la loi et la détruisent : « Le médecin a autorité.... sur tout le personnel *de santé* attaché aux ambulances ». Cette restriction des attributions du corps de santé et de ses moyens d'action se justifie largement, n'est-ce pas? par la supériorité que présente sur lui le commandement dans la direction de ce service spécial! La guerre contre les Hovas en fournit chaque jour des preuves évidentes.

L'une des meilleures est la décision qui a été prise pour le rapatriement des convalescents.

Il y a, tout près de la grande île malgache, une de nos colonies les plus salubres, dont les hauts plateaux peuvent rivaliser avec nos meilleurs climats d'Europe. Là, à Salazie, à Saint-François, existent des sanatoria qui ne laissent rien à désirer. On préparait en outre, sur des plateaux plats élevés encore, des baraquements où les malades eussent trouvés tout de suite, après une courte traversée de trois jours au plus, un air frais, sain, vivifiant, dont les habi-

(jusqu'à 100). Ces noyaux peuvent eux-mêmes présenter plusieurs nucléoles. Ces cellules de formation nouvelle qui se trouvent à la périphérie de la tumeur, en continuation pour ainsi dire avec les cellules normales, rappellent l'aspect de celles-ci par leur protoplasma granuleux, les plus anciennes au contraire possèdent un protoplasma plus clair : les cellules les plus centrales, celles qui bordent la lumière du canalicule lorsqu'il existe, sont en menace de dégénérescence graisseuse et contiennent de nombreuses granulations jaunes ou jaune verdâtre auxquelles l'adénome doit sa teinte jaune d'or caractéristique.

Ces boyaux cellulaires n'ont pas de paroi propre et en possèdent seulement lorsque les vaisseaux comprimés et les capillaires modifiés par la cirrhose leur en ont constitué une : ce sont là les caractères de l'adénome développé, mais récent encore et de peu de volume. Dans les tumeurs plus volumineuses, les mêmes dispositions s'y retrouvent, mais il s'y surajoute des lésions de voisinage qui ne sont pas sans intérêt. Les travées hépatiques, voisines d'abord, hypertrophiées, ne tardent pas à disparaître en partie, à s'atrophier, se condensant en lames superposées et imbriquées dans lesquelles les vaisseaux persistent et s'épaississent, et il finit par en résulter une véritable évolution nodulaire.

Lorsqu'on vient à dissocier les caillots rosés qui encombrent les veines, on voit qu'ils sont constitués presque uniquement par des cellules épithéliales polyédriques. Ces bourgeons se sont développés par propagation des boyaux cellulaires qui, après avoir longtemps respecté les parois des veines, ont fini par les envahir et se développer jusque dans leur lumière. Parfois on rencontre dans les grandes cloisons fibreuses des dispositions toutes particulières auxquelles Kelsh et Kiener ont donné le nom de polyadénomes biliaires. Ce sont des plaques fibreuses que le picro-carmin colore en rose et sur lesquelles tranchent en rouge vif les noyaux des cellules qui tapissent les pseudo-canalicules bilaires dont elle est criblée. Peut-être est-ce là le vestige d'adénomes ayant disparu par la régression. C'est là, du moins, une opinion émise par Kelsh et par Kiener et par Sabourin.

En effet, ces malformations épithéliales sont susceptibles de subir diverses transformations, transformations qui seraient spéciales pour les uns et qui, pour d'autres, seraient analogues aux diverses désintégrations qu'on observe dans toutes les tumeurs épithéliales malignes.

Pour Kelsh et Kiener, la régression des éléments peut se faire de deux manières : ils désignent le premier de ces processus sous le nom d'*inspissation caséeuse*. Dans cette forme de dégénérescence, les éléments de la tumeur se fusionnent, se transforment en blocs d'aspect caséeux sur lesquels les matières colorantes ont perdu toute action ; le second processus, désigné par les mêmes auteurs sous le nom de *fonte colloïde*, est caractérisé par la transformation de la tumeur en une masse vitreuse parsemée de gouttelettes de graisse.

Au milieu de ces masses en état de régression, on peut rencontrer des suffusions hémorragiques ou fibrineuses qui les pénètrent plus ou moins intimement.

MM. Hanot et Gilbert, qui considèrent l'adénome du foie comme une des modalités du cancer primitif de cet organe, lui assignent comme mode de dégénérescence la nécrobiose simple, la dégénérescence graisseuse, l'infiltration hématique et la transformation scléreuse : ce sont là des phénomènes qu'on

---

tants des terres basses de la Réunion et de Maurice ont fait bien souvent l'heureuse expérience. Le climat seul les y débarrasse, comme par enchantement, des fièvres même invétérées qu'ils ont contractées dans la région côtière

A Salazie, à 872 mètres de hauteur, dans un site merveilleux de beauté, la température moyenne de l'année est de 19° — celle de nos soirées d'été ; à la plaine des Palmistes, plus élevée de 80 mètres environ, la moyenne thermique n'atteint pas 17°.

Trois sources thermales alcalines-ferrugineuses acidulées coulent dans les cirques de Salazie et de Célaos. « Elles conviennent principalement, écrivaient en 1877 MM. Le Roy de Méricourt et Layet, dans un article du *Dictionnaire Encyclopédique* qui n'était sûrement pas rédigé pour les besoins de la cause actuelle, elles conviennent principalement aux convalescents des fièvres intermittentes *contractées dans nos possessions de Madagascar* ».

J'ai dit que pour atteindre ces sites ravissants et pour y retrouver la santé, moins de trois jours de traversée auraient suffi aux malades du corps expéditionnaire. J'ajoute que ce court voyage s'effectue, en cette saison, dans les meilleures conditions de temps et de mer, avec un minimum de fatigue pour les convalescents.

Au lieu de cela on les ramène directement en France, — dans le midi de la France, en plein été, — et... en Algérie ! On leur impose une longue navigation de trente jours, la traversée de la mer Rouge, l'arrivée sur les quais embrasés de Marseille, de Bône, d'Oran. On a dit que la mousson de nord-est qui souffle à cette époque de l'année rendait la traversée moins pénible. Cela est peut-être vrai dans de certaines limites, mais il ne faut pas se payer de mots. Les hommes que leur état de faiblesse ne retient pas couchés dans une batterie ou dans un faux-pont, ceux qui peuvent passer à l'air une partie de leurs journées, souffrent moins de la chaleur atténuée par ces grandes brises ; cela est banal. Ceux-là même, toutefois, ont à supporter les fatigues qu'entraîne l'état de la mer. Les lames sont creuses et dures le long de la côte d'Afrique. Il faut avoir doublé Raz Afoon et Gardafui pour s'en faire une idée. On sait alors quelles souffrances peuvent endurer les malades qui doivent séjourner nuit et jour dans les étages d'un navire, où la mer oblige à fermer sabords et hublots.

peut observer dans toute tumeur maligne, et la transformation scléreuse, qui peut être considérée comme un procédé de guérison partielle, se rencontre également assez souvent pour avoir donné lieu autrefois à la conception d'une classe spéciale de tumeurs désignées sous le nom de squirrhes.

Les lésions ne se bornent pas à la production de la tumeur adénomateuse elle-même, les parties voisines du foie sont également atteintes et « montrent des signes manifestes d'irritation, qui « prouvent que le foie est atteint tout entier et que « les nodosités ou masses néoplasiques ne répondent « qu'à un maximum de lésions » (Hanot et Gilbert). Dans toute cette zone limitrophe de la tumeur, les noyaux cellulaires sont volumineux, les trabécules hépatiques prennent un aspect canaliculé, et on observe souvent de petits sables bilaires dans l'intérieur de ces canalicules ; enfin, de place en place, on peut reconnaître des foyers d'hépatite parenchymateuse nodulaire comme dans les foies impaludiques. Si tous les auteurs sont d'accord pour assigner à l'adénome les mêmes caractères de structure histologique, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'en interpréter la pathogénie. Tous sont unanimes pour reconnaître que les boyaux épithéliaux néoformés sont en continuité avec les travées hépatiques normales, mais où les divergences s'accusent, c'est lorsqu'il s'agit de déterminer si nous nous trouvons en face d'un simple travail d'hypertrophie et d'hyperplasie ou, au contraire, de productions malignes.

En un mot, s'agit-il d'une hépatite irritative spéciale ou des premières phases d'une forme de cancer? La question se complique encore de ce fait qu'au travail de reproduction cellulaire s'ajoutent des lésions scléreuses cirrhotiques, dont l'interprétation est aussi sujette à discussion. Pour Kelsh et Kiener (*Arch. de physiol.*, 1876), l'adénome est purement irritatif, il s'agit d'une cirrhose épithéliale spéciale. Pour Sabourin (thèse 1881), au point de vue de la classification des tumeurs, l'adénome est bien un épithéliome, mais de nature spéciale, une réaction particulière de la cellule hépatique sous l'influence d'une cause irritative non déterminée. Pour Dubrac, pour Quinquand (*Tribune méd.*, 1875), l'adénome n'est autre chose qu'un épithéliome cylindrique. Pour Brissaud (*Arch. gén. de méd.*, 1885), l'adénome est une tumeur épithéliale spéciale, susceptible à un moment donné d'être modifiée dans son évolution et de se transformer en cancer. Pour Hanot et Gilbert (*Trait. des mal. du foie*, 1886), l'adénome n'est qu'un nom particulier donné par les auteurs qui l'ont les premiers décrits, à une variété de cancers primitifs du foie qu'ils étudient sous le nom de cancers trabéculaires.

Les divergences se retrouvent toutes aussi nombreuses, alors qu'il s'agit d'expliquer la genèse des cloisons conjonctives; nous avons déjà vu l'opinion de Sabourin, qu'il résume ainsi lui-même: « Tant que les parois des capillaires ne sont pas « modifiées par la cirrhose, les cylindres adénoma- « teux sont dépourvus de parois propres, comme « les trabécules hépatiques qu'ils remplacent ». Adénome et cirrhose seraient donc en quelque sorte indépendants l'un de l'autre, et l'adénome ne serait qu'une complication ou un accident au cours de la cirrhose.

Pour Lancereaux (*Union méd.*, 1886), la cirrhose est secondaire, elle est la conséquence du développement dans le foie des nodosités néoplastiques. Pour Kelsh et Kiener, et c'est là également l'opinion à laquelle se rallient Hanot et Gilbert, la cirrhose et

---

Pour ceux-là, la fraîcheur de la mousson est un vain mot ; ils ne la jugent que par l'obscurité du lieu où ils vivent, le défaut de son aération, les roulis violents et les rudes tangages qui les épuisent.

Ces infortunés, c'est eux qu'on sème en route. Les plus heureux d'entre eux arrivent jusqu'à Marseille où la population les voit avec tristesse porter sur des brancards aux hôpitaux. S'ils meurent, du moins ce sera en terre de France. D'autres ont été laissés à Port-Saïd, à Suez, à Obock, en plein sable, sous les morsures du khamsin.

D'autres, en petit nombre, on veut le croire, sont venus moins loin encore. Cousus en un fourreau de toile, on les a jetés, un soir, par la coupée; et les houles glauques et lourdes ont passé sur la place où leurs corps s'enfoncèrent en tournoyant.

Au bout de ce pénible et douloureux voyage, c'est dans les régions les plus chaudes du pays qu'on les reçoit. On croit avoir tout fait parce qu'on a préparé pour ceux qui peuvent encore supporter quelques heures de chemin de fer, le sanatorium de Porquerolles. Porquerolles est fort jolie à voir de la pleine mer; mais l'ombre des pins maritimes n'y est pas plus épaisse qu'ailleurs, ni plus fraîche; la gaîté du séjour n'a rien de particulièrement réconfortant, et pour la valeur hygiénique des installations qu'on y a faites, quelque confiance qu'on doit accorder à la compétence de la commission qui les a visitées — le sous-chef d'état-major du 15e corps d'armée, deux chefs de bataillon du génie et un capitaine de hussards, — je crois que tout le monde y eût ajouté plus de créance encore si le moindre médecin avait été appelé à faire partie de la dite commission. « *Præterita magis reprehendi quam corrigi possunt* », disait je ne sais plus quel personnage des *Histoires de Tite-Live*, ce qu'on peut traduire en français par « il est plus facile de signaler les fautes que de les éviter. » Ici, cependant, la faute pouvait être évitée, car elle avait été signalée avant que d'être commise.

La presse s'était occupée de la question. Elle avait fait valoir les avantages des sanatoria de la Réunion et montré les dangers du rapatriement direct. Elle avait rappelé le souvenir des souffrances endurées par les soldats qui revenaient du Tonkin, entassés sur le pont des navires. C'était alors une nécessité cruelle; on n'avait pas le choix du

l'adénome se développent simultanément sous l'influence du même agent irritatif.

Quant aux causes susceptibles de favoriser le développement de ces tumeurs, elles sont fort obscures; peut-être sont-elles les mêmes que celles qui contribuent à déterminer la cirrhose, et ce serait là pour Hanot et Gilbert une explication de la coïncidence si fréquente de la cirrhose et du cancer trabéculaire (un tiers des cas de cancers primitifs), c'est assez dire que s'il en est ainsi, les intoxications alimentaires ou autres, les infections, l'impaludisme, ont le droit de revendiquer les premières places.

Les manifestations cliniques de l'adénome ont peu attiré l'attention des premiers auteurs qui se sont occupés de la question. La symptomatologie, assez vague d'ailleurs, participe de celle de la cirrhose et de celle du cancer; le début est souvent brusque et s'accuse par des troubles digestifs variés, du dégoût de la nourriture et tout particulièrement de la viande; des douleurs sourdes occupant tout l'abdomen, mais surtout l'hypocondre droit et facilement exaspérées par la pression. Bientôt on voit survenir du météorisme, de l'ascite, et l'amaigrissement s'accuse rapidement. Le volume du foie est variable, il est quelquefois petit et rétracté derrière les côtes quand la cirrhose s'est développée d'une manière prédominante, le plus souvent il est augmenté de volume, sa surface est dure, inégale et bosselée; on peut aussi constater le développement anormal des veines sous-cutanées de l'abdomen.

Le volume de la rate n'a que peu d'importance pour le diagnostic, puisque d'après Hanot et Gilbert, elle est aussi souvent petite qu'hypertrophiée.

Un symptôme d'une rare importance, car il est d'une constance presque absolue, c'est l'ictère; quelquefois intense dès le début, il ne se manifeste d'ordinaire dans les premiers temps de la maladie que par une légère teinte jaunâtre des conjonctives, puis il va en s'accentuant progressivement jusqu'à la période terminale.

Contrairement à ce qu'on observe dans d'autres formes de cirrhoses, l'hémathémèse, le mœlènae et l'albuminurie sont exceptionnels. M. Lancereaux a dans quelques cas signalé un souffle cardiaque anémique.

Lorsque la maladie dure depuis quelques semaines ou quelques mois, les phénomènes s'aggravent, les vomissements se répètent, la dyspnée devient continue et le malade succombe dans le coma ou après des syncopes répétées.

Dans la majorité des cas, cette terminaison fatale se produit deux ou quatre mois après le début de l'affection, et les limites extrêmes assignées par MM. Hanot et Gilbert sont de cinq semaines et de seize mois.

Malgré le peu de sûreté qu'offre le diagnostic de cette affection, l'issue fatale que la plupart des auteurs s'accordent maintenant à lui attribuer, rend ce diagnostic du plus haut intérêt.

Il sera toujours prudent de faire de fortes réserves en faveur de l'adénome, toutes les fois qu'avec un foie marronné co-existeront de l'ascite, de la dilatation des veines sous-cutanées avec rate petite ou volumineuse; ce sera surtout l'ictère qui permettra de différencier l'adénome de la cirrhose atrophique, lorsque le foie adénomateux sera petit et rétracté. Malheureusement, le diagnostic établi ne permettra qu'un pronostic, et jusqu'ici le traitement n'a pu prétendre qu'à pallier les manifestations douloureuses dans la mesure du possible.

Dr L. Thérèse.

---

moyen, puisqu'on ne pouvait installer de sanatoria dignes de ce nom, ni au Tonkin, ni en Cochinchine. Mais à Madagascar la situation n'était pas la même, et c'était le cas, ou jamais, de profiter des leçons de l'expérience.

Nous méritons toujours le reproche adressé jadis aux hommes des anciens partis qui, après vingt ans d'exil, après la Révolution et après l'Empire, n'avaient rien appris et rien oublié. Tout est lettre morte devant notre routine ou notre entêtement. Cette même campagne de Madagascar en offre maintes preuves encore. En voici une, entre autres :

Lors de la première expédition, il y a tantôt dix ans, on avait embarqué des chevaux sur les mêmes transports qui devaient ensuite servir à soigner et à rapatrier des blessés. C'était une habitude de la marine de faire ainsi le même bâtiment servir à deux fins. L'hygiène s'en accommodait mal, mais, du moins, on ignorait à cette époque des notions de pathogénie qui ont été acquises depuis et qui sont bien établies maintenant. Toujours est-il que sur les bâtiments dont je parle, on vit des blessés contracter le tétanos. Des cas de cette affection furent signalés sur la *Corrèze* et le *Tarn*, et les médecins les rattachèrent nettement à leur véritable cause, en accusant le séjour antérieur des chevaux sur ces navires d'avoir été l'origine de cette redoutable complication des plaies. Or, vous vous souvenez qu'au départ de France du *Shamrock*, qui devait servir là-bas de bâtiment-hôpital, on n'eut rien de plus pressé que d'y faire une place à un certain nombre de chevaux et de mulets.

Dans ces fautes accumulées, dans les déboires qui en découlent, il est bon, et c'est un devoir pour nous, de dégager la responsabilité du service de santé. Il faut la dégager pour l'honneur du corps et de la science d'abord. Il le faut aussi pour une raison plus importante et plus élevée encore. Il est nécessaire, en effet, que le pays sache la vérité sur toutes ces choses, pour qu'il puisse, s'il le veut, y apporter le remede qu'elles comportent, et pour éviter, s'il en est temps encore, les désastres qu'un tel désarroi du service sanitaire, un tel mépris du grand rôle qui est le sien, ne manqueraient pas de produire dans une guerre européenne.

LES CONGRÈS

DEUXIÈME CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

TENU A BORDEAUX

M. le professeur Grasset, rapporteur, a étudié principalement le côté clinique de la question des **myélites infectieuses** et a résumé la doctrine de ces myélites en sept propositions.

1° Il paraît établi qu'il y a un rapport de cause à effet entre l'infection sous ses diverses formes et les diverses myélites (aiguës ou chroniques, diffuses ou systématisées).

Ce rapport a d'abord été mis en lumière par Gubler et Imbert-Gourbeyre, puis les faits se sont multipliés (Delioux de Salignac, Joffroy, Roger et Damaschino, Oertel, Ebstein, Westphal, Vulpian, Dejerine, Pierre Marie, Achard, Auché, Œttinger et Marinesco, Widal et Besançon, etc., etc).

Pour que les observations tendant à démontrer le rapport des myélites avec l'infection aient une réelle valeur, le contrôle nécroscopique est indispensable en raison d'une confusion possible entre ces myélites et les polynévrites.

2° Toutes les infections paraissent pouvoir engendrer des maladies de la moelle et cela aux diverses périodes de leur évolution.

Avec une fréquence très inégale, les myélites infectieuses se voient dans la variole, la rougeole, la dothiénentérie, la blennorrhagie, la streptococcie, la staphylococcie, la furonculose, la diphtérie, le choléra, la dysenterie, la coli-bacillose, la pneumococcie, l'impaludisme, etc.

3° Les maladies infectieuses peuvent engendrer les différents types cliniques des myélites. Les myélites diffuses sont les plus fréquentes.

Abstraction faite du tabès dorsal causé par la syphilis, l'infection peut engendrer une variété de tabès dorsal spasmodique (Brissaud), la polyomyélite antérieure, la paralysie atrophique de l'enfant, la paralysie spinale aiguë de l'adulte.

L'expérimentation a permis de produire par infection, nombre de fois, la myélite diffuse aiguë. Cliniquement, c'est la forme la plus fréquente de la myélite due à l'infection.

4° Les myélites infectieuses n'ont pas une histoire clinique variable, suivant la nature de l'infection causale.

La symptomatologie des myélites infectieuses est en rapport avec la localisation médullaire et non avec la nature de l'infection.

5° Il est difficile de dire si les microbes agissent par eux-mêmes ou par leurs toxines. On ne peut non plus se prononcer sur la question de savoir si la myélite est due au micro-organisme de la maladie causale ou à une infection secondaire. L'infection secondaire paraît plus probable.

6° Avec l'infection et l'intoxication qui sont, en définitive, les deux facteurs étiologiques les plus importants des myélites, il faut encore accorder une certaine place dans l'étiologie à la prédisposition névropathique (héréditaire ou acquise).

Au point de vue clinique, l'étude d'une myélite infectieuse comprend : 1° le diagnostic; 2° le pronostic, assez souvent bénin; le traitement qui vise ici, à la fois, l'infection et la myélite.

M. Vaillard, co-rapporteur, a étudié, de son côté, la partie anatomo-pathologique et expérimentale des myélites infectieuses.

La pathologie animale et l'expérimentation démontrent que certains agents infectieux peuvent déterminer des myélites, soit par la localisation de leurs cultures dans telle ou telle région de la moelle, soit par leurs toxines. Certains virus (la rage par exemple) se localisent même d'une façon exclusive sur le système nerveux. Telle est dans la pathologie animale la dourine ou maladie du coït.

Divers microbes pathogènes injectés aux animaux peuvent provoquer des paralysies. Charrin, avec le bacille pyocyanique, Roux et Yersin, avec le poison diphtérique, Gilbert et Lion, avec le microbe de l'endocardite, Thoinot et Masselin, avec le staphylocoque doré ont obtenu un semblable résultat.

Quels sont les caractères des myélites expérimentales ? Le plus souvent, les troubles nerveux débutent un assez long temps après l'infection. Les paralysies sont ordinairement flasques, avec atrophie musculaire localisée ou généralisée; plus rarement, spasmodiques.

Les troubles nerveux sont rarement transitoires, le plus souvent mortels.

Les lésions se voient surtout au niveau des cellules de la substance grise. La substance blanche est quelquefois lésée, presque exclusivement, dans ses cylindres axes. Les vaisseaux ne sont pas enflammés. Les lésions sont diffuses.

Ces altérations de la moelle peuvent être causées par les microbes eux-mêmes (Thoinot et Masselin), ou par leurs toxines. Ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent.

Myélites dyphtériques, par Crocq. — Les lésions médullaires existent dans la dyphtérie et sont même assez fréquentes. M. Crocq les a déterminées en injectant à des lapins des cultures mères et des cultures filtrées de bacille de Löffler. Le poison dyphtérique, ainsi inoculé, porte son action sur la moelle, les nerfs périphériques et la partie inférieure du bulbe.

MM. Enriquez et Hallion ont inoculé à un singe la toxine dyphtérique et ont amené un état parétique des membres de l'animal, avec tremblement exagéré par l'exercice musculaire; il existait des lésions considérables de polyomyélite dans les régions sacrée et lombaire.

MM. Ballet et Lebon ont déterminé des phénomènes paraplégiques par des injections de cultures virulentes de pneumocoque et de staphylocoque. A l'autopsie, ils ont trouvé des foyers hémorragiques dans la substance grise de la moelle, avec dilatation des vaisseaux. Il y avait en plus des lésions des cellules.

M. Roger remarque que, au point de vue du système nerveux, le streptocoque se comporte différemment chez l'homme et chez les animaux. Si ce microbe détermine fréquemment des myélites chez les animaux, il n'en est pas de même chez l'homme, où il exerce surtout son action sur le cerveau.

M. Massé a observé trois cas de manifestations nerveuses au cours de la grippe. Dans le premier cas, il s'agissait d'une polynévrite; dans le deuxième, d'une altération bulbo-spinale; dans le troisième, d'une paralysie ascendante.

MM. Weill et Regaud ont également observé un cas de polynévrite mortelle dans le cours de la grippe.

MM. Spillmann et Etienne ont observé trois cas de polynévrite survenus dans l'hydrargyrisme aigu, très peu de temps après le début du traitement mercuriel.

M. André a observé plusieurs cas de paralysie atrophique de l'enfance presque en même temps et dans un rayon assez rapproché. Deux cas de paralysie spinale de l'adulte ont coïncidé avec ces cas de paralysies infantiles.

Rapports du foie et de l'intestin en pathologie. — M. Hanot (rapporteur) fait l'historique très complet de la fonction antitoxique du foie. La doctrine du foie considéré comme l'organe destructeur des poisons venus du dehors ou fabriqués dans l'économie, a en effet, actuellement, une importance de premier ordre dans l'étude des rapports du foie et de l'intestin en pathologie. L'organe du pouvoir antitoxique du foie est encore discutée: Roger la place dans la glycogénie; Richet dans un ferment que crée l'urée.

Le foie exerce son action sur un grand nombre de poisons venus de l'intestin. Il agit sur les poisons alimentaires (peptones, acides formés dans l'estomac, aldehydes, syntonine, poisons trouvés dans les résidus de la digestion par Bounent et Henic, etc.). Le foie exerce encore son pouvoir antitoxique sur la bile, sur les matières albuminoïdes putréfiées et devenues toxiques. L'histoire de ces putréfactions intestinales se lie d'une manière intime à la bactériologie de l'intestin, dont Hanot fait l'histoire en rappelant les nombreux travaux consacrés depuis quelques temps à l'étude des microbes de l'intestin. Ces microbes produisent des toxines qui viennent s'ajouter aux poisons proprement dits.

Le foie retentit sur l'intestin de plusieurs manières : 1° mécaniquement, son hypertrophie; son volume peut devenir une cause de gêne pour l'estomac et la digestion; 2° par l'intermédiaire des connexions nerveuses ou vasculaires (douleurs réflexes, hémorragie); 3° par l'altération des fonctions biliaires et antitoxiques.

Les influences morbides exercées par l'intestin sur le foie sont plus importantes et plus fréquentes. Elles sont de dernier ordre. Mécanique parfois comme dans l'ictère par duodénite. Dans d'autres cas, c'est l'irritation du foie causée par le passage des dernières substances qu'il est chargé de détruire.

La veine porte est le principal vecteur au foie des agents d'irritation, venant de l'intestin, à l'état physiologique du moins, car à l'état pathologique, le canal cholédoque joue un rôle important à ce point de vue. Parfois, c'est du péritoine que vient la cause d'irritation. L'aboutissant de toutes les causes d'irritation du foie est la cellule hépathique.

Certaines maladies du foie d'ordre infectieux sont en rapport immédiat avec l'intestin. Ce sont les maladies infectieuses dont l'agent pathogène est apporté par l'eau des boissons ou par les matières alimentaires. D'autre part, quelques microbes, hôtes habituels de l'intestin, peuvent devenir pathogènes sous certaines influences : tels le coli-bacille, le streptocoque. D'autres infections proviennent du passage dans le foie des microbes pathogènes se trouvant dans le tube digestif : bacille de Koch, etc. En plus de toutes ces causes d'infection hépatique, quelques auteurs modernes admettent encore l'origine infectieuse de la lithiase biliaire.

La dernière partie du rapport de Hanot a été consacrée aux cirrhoses d'origine intestinale, qu'il a étudiées d'une façon toute spéciale en collaboration avec son élève Boix. Pour rappeler les premiers travaux sur cette question, Hanot propose de dénommer ces cirrhoses, cirrhoses de Budd. La cirrhose des dyseptiques a une grande analogie avec la cirrhose hypertrophique graisseuse des tuberculeux. Au point de vue de la pathogénie, Boin a démontré expérimentalement que cette cirrhose pouvait être réalisée chez les animaux par l'injection des acides produits dans la digestion anormale (acides butyrique, lactique, valérianique).

M. Planté, co-rapporteur, en sa qualité de médecin de la marine, a étudié les rapports du foie et de l'intestin en pathologie, exclusivement au point de vue de la pathologie des pays chauds.

L'hypertrophie du foie est considérée presque comme un phénomène normal chez les Européens vivant dans les pays chauds. En fait, cette hypertrophie est le premier stade d'un état pathologique.

Dans l'ordre étiologique, la part importante revient aux influences telluriques, le plus souvent infectieuses dans la genèse des affections hépatiques et intestinales exotiques. Elles sont puissamment aidées par l'excès d'alimentation, l'abus des conserves, le défaut d'exercice.

Le foie puise les germes de ses infections dans l'intestin, de trois manières : par la voie lymphatique (périhépatites); par la voie biliaire (fièvres biliaires); par la voie sanguine (abcès dysentériques).

Certaines affections dues à des parasites volumineux peuvent se propager de l'intestin au foie (échinocoques, taenias, lombrics, distomes, ankylostomes).

Les infections intestinales sont favorisées par l'hypocholie.

Dans certains cas, le foie retentit sur l'intestin, et l'intestin retentit sur le foie au même degré. Telles sont les diarrhées de Cochinchine, la dysenterie avec hépatite.

L'hygiène alimentaire est l'élément important de la prophylaxie des affections hépato-intestinales dans les pays chauds. Elle est puissamment aidée par l'antisepsie intestinale.

M. Teissier (de Lyon), co-rapporteur. — Les troubles pathologiques du foie et de l'intestin ont des rapports étroits; ils ne doivent pas être étudiés isolément, pas plus que les troubles du poumon ne peuvent être séparés de ceux du cœur.

Le foie peut retentir sur l'intestin de trois manières : 1° par l'intermédiaire de la circulation porte. On a voulu expliquer ainsi les hémorragies, les diarrhées des maladies de foie. Il est possible que ces accidents soient plutôt dus à l'action des substances non détruites dans le foie, sur la muqueuse intestinale; 2° par action reflexe (tels sont les accidents de spasme à distance) dans la lithiase biliaire; 3° par trouble sécrétoire pouvant amener la suppression de la digestion intestinale. L'absence de la bile dans l'intestin a des conséquences importantes. Ce n'est pas que son action antiseptique soit considérable, mais son pouvoir antitoxique est indiscutable.

L'intestin, de son côté, retentit sur le foie par ses vaisseaux, par les conduits glandulaires qui s'abouchent dans sa cavité, par ses nerfs.

Bon nombre de cirrhoses ont pour cause une intoxication, dont le point de départ est dans l'intestin.

Les conduits biliaires sont la voie suivie par beaucoup de germes infectieux pour pénétrer de l'intestin dans le foie.

Un fait nouveau signalé par M. Teissier, c'est que certaines toxines microbiennes, introduites dans la veine porte, acquièrent dans le foie une virulence plus grande et déterminent des accidents plus rapiment mortels.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

(Suite).

Nous allons continuer à analyser les différentes communications qui ont été faites; car dans ce Congrès, il n'y a pas eu de grandes questions posées d'avance et discutées après un rapport.

Notons l'étude **des symptômes et du traitement des rétrodéviations utérines**, exposée par M. Bouilly. On sait toute la compétence de ce chirurgien en pareille matière. Il a borné son sujet et ne s'est occupé que des rétrodéviations réductibles et, constituant toute la maladie, par conséquent a écarté toutes celles s'accompagnant de lésions des annexes.

Comme symptôme, c'est la douleur qui prime toutes les autres manifestations; mais encore faut-il savoir que celle-ci est très variable suivant les sujets. L'orateur a ensuite analysé la constipation, les troubles digestifs et a abordé le traitement.

Celui-ci est absolument nécessaire d'après M. Bouilly, chez les femmes qui sont encore dans la période génitale, à cause des complications qui peuvent survenir. Mais quel traitement faut-il appliquer? M. Bouilly est, comme on le sait, un des rares partisans du pessaire, et pourtant les cas où l'intervention sanglante s'impose, sont rares d'après lui. Certes, il est des femmes chez lesquelles la colpo-périnéorraphie s'impose, et la chose est de toute évidence; mais chez beaucoup d'autres le pessaire, s'appuyant sur un plancher périnéal encore solide, suffit.

On sait combien il existe de formes de pessaires, celui de Hodge lui a donné de bons résultats et il s'appuie sur 120 applications chez des femmes suivies pendant longtemps.

A la suite de cette communication, M. Doleris prend la parole et, partage l'avis de M. Bouilly. Il n'en est pas de même de M. Pichevin, qui croit qu'il faut combattre la métrite et par conséquent faire le curettage, au besoin l'amputation du col et aussi une opération plastique.

Nous ne suivrons pas M. Dubourg (de Bordeaux) et M. Keiffer (de Bruxelles) dans leur longue dissertation sur les causes que produisent les rétrodéviations, mais il ressort de leur exposé, que le traitement de ces déviations ayant des causes complexes doit nécessiter des opérations différentes pour cha-

cun des cas, que ce soit les périnéorraphies ou les hystéropexies; mais ajoute M. Keiffer, en ayant soin de s'adresser à l'état général par l'hydrothérapie, le massage et même un traitement interne.

M. Tedenat (de Montpellier) a pris ensuite la parole et s'est occupé des rétrodéviations adhérentes. Il estime qu'une bonne antisepsie utérine, pratiquée d'une façon suivie et accompagnée de massage, peut élonger les adhérences et rendre une certaine mobilité à l'utérus.

Avec M. Duret (de Lille), nous rentrons dans la médecine opératoire. Il a modifié l'opération d'Alexander. Il fend largement les canaux inguinaux, tire jusqu'à sentir les cornes utérines, lie les deux ligaments ronds ensemble et fixe de plus le nœud au périoste du pubis, après quoi il suture le lambeau cutané qu'il a préalablement relevé.

Vient ensuite M. Jeannel (de Toulouse), qui donne le résultat de 30 hystéropexies abdominales. Les premiers effets de l'opération ont toujours été excellents, et sur les 18 malades qu'il a pu retrouver, 15 présentaient une guérison absolue. M. Villar, de son côté, sur les hystéropexies n'a eu qu'un insuccès.

— Nous rapprocherons de cette discussion, la communication de M. Le Dentu sur la **colpohystéropexie antérieure**; c'est à peu de chose près l'opération de Mackenrodt. Elle consiste à fendre dans toute sa hauteur la paroi vésicale du vagin, à dédoubler cette paroi de façon à isoler la vessie; à ouvrir de parti pris (ce que ne fait pas le chirurgien de Berlin) le cul-de-sac péritonéal, d'où possibilité d'explorer les annexes et d'enlever au besoin, nous dit l'orateur, une trompe ou un ovaire (ce qui ne doit pas être commode), puis à passer les fils sur la face antérieure de l'utérus, fils qui passant de chaque côté de la boutonnière vaginale, applique l'utérus sur cette boutonnière vaginale en la fermant, et d'une paroi vésico-vaginale fait une cloison utéro-vaginale. L'opération est difficile et peut présenter quelques dangers, nous dit M. Le Dentu, mais elle a des avantages. Elle permet de se rendre compte de l'état des annexes et a l'avantage d'être faite entièrement par le vagin. De plus, les statistiques de Duhrsen et de Mackenrodt sont de nature à la faire adopter.

M. Le Dentu fait cependant quelques restrictions. L'augmentation de volume de l'utérus, l'induration des ligaments larges, la présence d'adhérences rendent l'opération non pas impraticable, mais difficile, et même, quand ces lésions sont prononcées, contre-indiquent ce mode d'intervention.

C'est aussi l'avis de M. Jacobs (de Bruxelles), qui a pratiqué 32 fois cette opération et a eu 7 récidives. Dans l'hystéropexie abdominale, que ce chirurgien a faite 73 fois, il a pu, au contraire, constater sur les 48 malades revues, 13 grossesses consécutives et 9 récidives; mais, point fort intéressant, sur ces 73 cas, M. Jacobs a eu trois accidents tardifs très graves, dont deux occlusions intestinales produites par une bride formée entre la face utérine et la paroi abdominale.

Citons encore dans le *traitement des déviations utérines*, celui de l'**anteflexion par l'hystéropexie abdominale anterieure**. Au premier abord, il paraît bizarre de voir remédier à une lésion en l'exagérant en quelque sorte; il paraît curieux de voir traiter une anteflexion en soudant en avant le fond de l'utérus, mais ce procédé agirait tout autrement, d'après M. Laroyenne (de Lyon), qui en est le père. L'organe, en effet, est en quelque sorte étiré par l'élasticité du vagin, d'un côté, et celle de la paroi abdominale antérieure, de l'autre, ce qui fait qu'il se redresse.

M. Laroyenne a, comme on le sait, un procédé d'hystéropexie abdominale ne différant, du reste, du procédé connu, que par quelques détails de technique opératoire. Il pratique volontiers cette opération et prétend que la grossesse et la parturition ne s'en trouvent pas gênées.

M. Bouilly a répondu à M. Laroyenne, que dans l'anteflexion il préférait, pour sa part, pratiquer la dilatation de l'utérus avec des bougies d'Hegar, ou mieux, des laminaires, et qu'il maintenait la réduction à l'aide de la tige métallique de Lefour. Dix fois seulement il est intervenu de cette façon, a toujours vu les troubles dysménorrhéiques cesser, et a vu trois fois une grossesse suivre ce traitement.

***

Dans la section de **Pédiatrie**, nous parlerons de deux communications de M. Lanelongue (de Paris).

La première a trait à l'anatomie pathologique et à l'étiologie de la **luxation congénitale de la hanche.** L'orateur arrive avec trois autopsies nouvelles. Dans l'une, d'une femme âgée, il y avait arrêt de développement de la cavité cotyloïde, les têtes fémorales ayant acquis leur volume normal; dans la seconde, d'une fillette de dix ans, la tête fémorale s'était luxée, en entraînant avec elle le sourcil cotyloïdien, et enfin dans la troisième, d'un enfant n'ayant pas marché, il existait une atrophie du cotyle ne pouvant contenir la tête fémorale et, aussi, une atrophie vraie des muscles.

Ces faits sont déjà notés dans la thèse qu'il a inspirée à Dupré, en 1891. Ils ne doivent pas être mis sur le compte du traumatisme fœtal, ni dans la possibilité d'une maladie intra-utérine, comme la paralysie infantile. La fibre n'existe pas, non parce qu'elle a été détruite, mais parce qu'elle n'est pas née. M. Lanelongue place dans les centres nerveux

et dans la moelle en particulier, la cause de cette double atrophie osseuse et musculaire.

La seconde communication de M. Lanelongue a pour titre : **Du rôle des ligaments et des capsules articulaires sur les épiphyses pendant leur période de croissance.** — L'examen comparatif de l'appareil ligamenteux de certaines jointures à diverses périodes, durant la période fœtale et pendant celle de la croissance des sujets, plus tard enfin à l'âge adulte, a fait penser à l'orateur que les ligaments articulaires jouent un rôle utile dans le développement des épiphyses. Toutefois, il n'a rien de comparable à celui qui est dévolu aux cartilages de ces éminences, et en réalité, dans un os quelconque, la fonction ostéogène reste le privilège exclusif du périoste et des cartilages. Mais, en même temps qu'on considère la croissance isolée d'une épiphyse qui aboutit à sa configuration propre, il convient de ne pas perdre de vue le développement parallèle de l'épiphyse correspondante qui, elle aussi, doit prendre une forme déterminée pour s'adapter à la première d'après un type d'articulation convenu.

Le rôle de l'appareil de conjonction des jointures, c'est-à-dire des ligaments et des capsules pendant le développement du squelette, consiste avant tout à maintenir les extrémités des os en présence en les reliant l'un à l'autre. Mais il aurait aussi la fonction de conserver une harmonie nécessaire au jeu des articulations en dirigeant le développement dans un sens ou dans un autre, surtout en l'empêchant d'être exubérant là où il ne doit pas l'être.

Il paraît évident que la croissance est moins active là où les cartilages sont maintenus appliqués l'un contre l'autre par les ligaments; en tout cas, par le fait de ce rapport permanent, la forme de l'un doit se modeler sur celle de l'autre. Le développement a, au contraire, une activité plus grande sur les régions de l'épiphyse qui ne s'opposent plus l'une à l'autre.

Les tendons des muscles en s'insérant sur les épiphyses y jouent un rôle, chose d'autant plus naturelle que la continuité de la fibre tendineuse des cartilages du centre d'une épiphyse en voie de développement est un fait établi. La continuité anatomique et une nutrition commune amènent un développement parallèle dans les deux organes. Les ligaments eux aussi se terminent dans l'os embryonnaire par des faisceaux qui se continuent sous forme de fibres de Sharpey avec la substance même de l'os.

M. Lanelongue apporte deux faits qui justifient les considérations précédentes en prouvant l'étroite relation qui existe en certaines atrophies congénitales des os et un trouble de développement de leurs ligaments. Ils ont tous les deux trait à la rotule, os sésamoïde développé comme on sait au sein d'un appareil musculo-ligamenteux. Cet os, dans chacun des deux cas, a subi de l'atrophie et s'est trouvé déplacé, luxé par suite d'un raccourcissement congénital de son ligament rotulien.

Il s'agit d'un jeune garçon de douze ans conduit à l'hôpital pour des troubles particuliers de la marche. L'examen du sujet révèle en demi-flexion seulement une *luxation prétibiale de la rotule*. Le ligament rotulien n'a que huit millimètres de long, la rotule est plus petite que ce qu'elle doit être à cet âge. La luxation disparaît dans l'extension et se reproduit constamment dans la flexion.

Du côté gauche il y a une déformation différente. Dans l'extension rien d'apparent; dans la demi-flexion la rotule s'enfonce beaucoup plus profondément que de coutume, elle disparaît dans l'entre-bâillement du fémur et du tibia; son sommet seul est sensible, fixé qu'il est à la tubérosité antérieure par un ligament qui n'a qu'un centimètre de longueur.

Ainsi à droite, la rotule se place dans la flexion sur la tubérosité externe du tibia; à gauche, elle reste médiane, mais elle s'enfonce dans la jointure, *déplacement cunéen*.

Ces deux déplacements n'apparaissant que dans la flexion, sont intermittents; ils sont d'origine congénitale et sont produits par la brièveté du ligament rotulien. Les deux ligaments chez le sujet sont presque trois fois moins longs que chez un enfant du même âge où on en fait la mensuration. L'un d'eux est une variété nouvelle de luxation rotulienne, l'autre est l'exagération de l'état normal.

(A suivre.)

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 aout 1895

Séance de vacances, séance très courte.

M. Fontan (de Toulon) apporte ses résultats personnels sur le traitement des grands abcès du foie. La situation spéciale de Toulon lui a permis d'opérer une quarantaine de cas d'abcès des pays chauds.

La ponction est insuffisante.

Il faut faire l'incision large dès que l'abcès est reconnu, 8 à 10 centimètres. Si l'on opère dans le thorax, réséquer une côte si c'est nécessaire.

Que l'on opère dans la poitrine ou dans le ventre, il faut, par des sutures, de la séreuse, établir une sorte de canal entre la paroi de l'abcès et la peau, pour éviter l'issue du pus dans la grande cavité séreuse.

L'abcès ouvert, on gratte légèrement la partie avec une longue curette; en même temps on pratique une irrigation large.

Le grattage, fait doucement, est sans aucun inconvénient. Il ne provoque jamais d'hémorragies, car les vaisseaux sont thrombolés au voisinage du pus.

En agissant ainsi, il a eu 86 % de succès; les meilleures statistiques antérieures donnaient de 37 à 51 %.

— M. Ledé démontre, par une série de statistiques, l'influence heureuse exercée par les inspections médicales sur la mortalité des nourrissons.

Bien que souvent le logement de la nourrice soit absolument insuffisant, surtout dans la banlieue de Paris dont il s'occupe spécialement, les inspections médicales ont abattu la mortalité à 6,18 % au lieu de 42, 39, 37 % observés avant l'application de la loi Th. Roussel.

Il dépose les conclusions suivantes :

1° Le médecin-inspecteur de la protection devrait seul être chargé de délivrer le certificat constatant la salubrité de l'habitation de la nourrice; cette mention de la salubrité serait ajoutée sur le certificat médical;

2° Au cas où le médecin-inspecteur croirait de son devoir de refuser un certificat médical à une nourrice, même si le refus n'était motivé que par des conditions mauvaises de salubrité de la maison, le médecin-inspecteur devrait en référer d'urgence au préfet du département et lui faire connaître les raisons pour lesquelles il a cru devoir refuser le certificat (insalubrité, maladie);

3° Il y aurait lieu, spécialement pour Paris, de n'autoriser le placement d'un enfant chez une nourrice qu'après avis demandé à l'Inspection générale de la salubrité de l'habitation, constatant qu'il n'y a eu aucun cas de maladie contagieuse dans le logement et que, si un cas était survenu, la désinfection a été régulièrement faite.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

M. Hallopeau a présenté, au nom de M. Besnier et au sien, un malade atteint d'érythème desquamatif scarlatiniforme. Ce même malade avait été montré en 1876 à la Société médicale des Hôpitaux et a servi à déterminer la nature exacte de la dermatose. Depuis cette époque, il a présenté, à diverses reprises, des atteintes de son érythème, et tout récemment il en était à sa vingtième poussée. Les deux dernières sont survenues à la suite de l'ingestion de petites doses de mercure. Il est donc certain que le trouble de l'innervation vaso-motrice, qui est la cause de l'érythème, peut être mis en jeu par des agents de nature très diverse.

A propos de la communication de M. Hallopeau, M. Morel Lavallée a fait remarquer que souvent, lorsqu'il se produit un érythème desquamatif consécutivement à l'action d'une cause quelconque, le sujet devient très apte à présenter une éruption de même nature sous des influences très variées. Une malade de M. Morel-Lavallée ayant été atteinte d'une éruption hydrargyrique très intense, a une poussée d'érythème toutes les fois qu'elle prend une fraise, une bouchée de poisson, une cuillerée de vin.

— M. Leredde a montré une femme âgée de quarante-huit ans, hystérique, qui présente les lésion du lichen plan typique. Mais il existe chez elle deux éléments morbides anormaux : la présence de bulles, déjà signalée dans le lichen plan et de grandes plaques pigmentaires dans les plis de l'abdomen et du jarret. La pigmentation, déjà notée par Tirok, est souvent nette dans les éléments éruptifs isolés, mais exceptionnellement aussi marquée que chez la malade. Il faut remarquer, chez la malade, la disparition des règles depuis vingt ans. Peut-être l'affection reconnaît-elle pour cause une altération sanguine qui, peut-être, est secondaire aux désordres nerveux constants. Les lésions cutanées réelles sont toujours, dans le lichen plan, beaucoup plus étendues que les lésions apparentes. Une altération sanguine, une modification diffuse de la peau, expliqueraient le prurit et la facilité avec laquelle le grattage, le moindre traumatisme cutané provoquent l'apparition de lésions éruptives.

— M. Fournier a communiqué, au nom de M. Etienne (de Nancy), une observation de néphrite syphilitique précoce. La malade a eu un chancre en octobre 1892. Dès avril 1893, elle avait de l'œdème et une urine contenant 8 grammes d'albumine par litre. La patiente succomba en mai à la suite d'accidents d'urémie et d'artérite cérébrale. On trouva, comme lésions rénales, une dégénérescence de l'épithélium des tubes contournés et une artérite peu intense.

— Un malade du service de M. Du Castel a été atteint d'une lymphangite buccale. La lèvre inférieure présentait, sur sa face muqueuse, une ulcération s'arrêtant exactement sur la ligne médiane, à surface un peu opaline, élevée de 1 à 2 millimètres au-dessus de la muqueuse normale, granuleuse et irrégulière. Une ulcération semblable existait à la surface interne de la joue. Le patient avait été atteint, deux mois auparavant, d'une adénite sous-maxillaire droite, et on peut considérer ce cas comme un nouvel exemple du retentissement des inflammations lymphatiques de la face et particulièrement des inflammations des ganglions lymphatiques sur le système lymphatique de la muqueuse buccale.

— M. Wickham a eu occasion d'observer deux cas de pityriasis rubra pilaire. Le premier cas était typique de par : 1° les localisations morbides aux extrémités, aux coudes, à la face, ou cuir chevelu; 2° les lésions unguéales (aspect de moelle de jonc dans le tiers inférieur de l'ongle); 3° les plaques érythémateuses du dos des mains, avec exagération des plis cutanés; 4° les cônes cornés péripilaires, soit disposés en série dans l'aire des plaques rouges, soit isolés sur le dos des phalanges sans zone rouge périphérique.

Le second cas était plus complexe. La peau du malade était rouge et partout recouverte de squames. On pouvait pourtant éliminer les autres maladies rouges par les caractères suivants : 1° cones pilaires très petits sur le dos des phalanges et des mains; 2° altération typique des ongles; 3° rougeur ansérine avec tension, sécheresse et rugosité de la peau; 4° rougeur de la face avec ectropion bilatéral; 5° chronicité et bon état général.

Le diagnostic n'était pas douteux, et cependant Unua, à Hambourg, avait cru qu'il s'agissait d'un cas type d'eczéma séborrhéique.

— MM. Gaucher et Ballé ont observé un cas type de pellagre sporadique chez un artério-scléreux exposé à l'action prolongée des rayons solaires. Sous l'influence du repos, l'érythème diminua peu à peu, et, après desquamation, il est aujourd'hui en voie de guérison. Ce fait vient à l'appui de l'opinion qui fait de l'érythème pellagreux un érythème développé chez les cachectiques, des individus à nutrition insuffisante.

— MM. Gaucher, Sergent et Claude ont pu constater, dans deux cas de bubon blennorrhagique suppuré, que le pus était stérile, ne renfermait ni gonocoques ni microbes de la suppuration. L'examen en lamelles fut négatif, les cultures restèrent stériles et les inoculations dans l'urèthre et le vagin d'animaux ne produisirent rien. Des faits de ce genre tendent à faire douter de la spécificité du gonocoque qui, du reste, n'est pas admise en médecine légale.

Une discussion intéressante a suivi cette communication.

Les faits négatifs ne prouvent rien, a dit M. Sabouraud; un microbe a pu exister dans le pus et disparaître ensuite;

c'est ainsi que, dans le pus d'un abcès morveux, il ne reste plus trace du microbe spécifique après plusieurs mois. Comme de plus la phagocytose est très rapide dans la blennorrhagie, on pourrait expliquer ainsi la prompte disparition du gonocoque.

Pour M. FOURNIER, les fait accumulés prouvent une grande valeur; il arrive encore assez souvent qu'une enfant violée a une vulvite à gonocoque, tandis que le coupable, qui avoue, n'a pas trace de blennorrhagie.

Enfin M. M. HODARA a fait remarquer que l'absence du gonocoque ne doit pas faire infirmer le diagnostic de blennorrhagie, car Foll (de Zurich), sur 1,034 cas de blennorrhagie chronique, n'a trouvé le gonocoque que dans 118 cas.

— M. GAUCHER a encore présenté une observation de névrite syphilitique du nerf cubital. La malade appartient à une famille de névropathes.

— MM. HALLOPEAU et F. MONODENT ont étudié un cas de dermatite pustuleuse et végétante en foyers, à progression excentrique, et un cas de dermatite herpétiforme végétante.

Ces deux faits seraient englobés à Vienne dans le pemphigus végétant de Neumann; ils en diffèrent cependant : le premier, par la nature de la lésion initiale qui est constamment non une bulle, mais une pustulette, et par l'évolution bénigne de la maladie; le second, par le mode de développement des lésions végétantes, qui représentent exactement la forme des grosses bulles auxquelles elles ont succédé, et par leur localisation symétrique aux extrémités; il y a donc lieu de distinguer dans le pemphigus végétant de Neumann au moins trois espèces différentes.

— MM. HALLOPEAU et GUILLEMOT ont présenté un cas de lupus érythémateux acnéique de forme destructive avec suppuration folliculaire.

Ce fait diffère de la forme classique de lupus érythémateux acnéique par la profondeur des dépressions cicatricielles, par la saillie concomitante du rebord des plaques, par l'intensité du processus destructif, qui s'est traduite par la division presque complète du lobule de l'oreille droite, et enfin par l'existence de suppurations folliculaires. Il existe concurremment des lésions tuberculeuses à l'un des sommets. C'est donc un nouveau cas à l'appui de l'opinion qui fait du lupus érythémateux une forme atténuée de tuberculose cutanée.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SUITE ET FIN)

M. HUCHARD n'admet pas l'existence de l'angine de poitrine diabétique. S'il se produit une angine de poitrine vraie chez un diabétique, elle ne dépend pas du diabète, mais d'un rétrécissement des coronaires; chez cette catégorie de malades, on peut aussi observer des accès pseudo-angineux d'origine gastrique et des angines purement névralgiques. Les angor pectoris tabétique, brightique, goutteuse, paludique, n'existent pas plus que l'angine diabétique. Il ne s'agit que de phénomènes angineux survenant soit consécutivement à des lésions artérielles, soit à la suite de troubles gastriques ou purement nerveux. Il résulte de ce fait que la thérapeutique à employer dans les cas de ce genre sera celle de l'angor vraie et des pseudo-angor.

— M. HUCHARD a vu, dans des cas de cancer de l'estomac avec vomissements, des injections de morphine à la dose de 0,004 à 0,005 milligrammes, faites un quart d'heure avant le repas, donner de bons résultats. C'est que, en dehors des vomissements mécaniques et de ceux qui sont dus à l'insuffisance digestive et à la parésie musculaire, il en existe qui dépendent de l'hyperesthésie de la muqueuse.

— M. HUCHARD s'est encore occupé de ce qu'il appelle les dyspnées ptomaïniques. On sait que les manifestations arthritiques ont souvent des paroxysmes nocturnes. Ainsi la goutte aiguë présente ses exacerbations douloureuses pendant la nuit, et il en est de même pour les accès d'asthme, pour les accès de dyspnée des aortiques. Cela tient à ce que presque tous les arthritiques sont des malades chez lesquels il se produit à certains moments un état d'insuffisance rénale fonctionnelle pouvant se traduire de temps à autre par des phénomènes d'intoxication, parmi lesquels la dyspnée.

Il faut donc veiller à l'élimination des toxines par le rein.

L'asthme essentiel, dit nerveux, est le résultat d'une intoxication, et si ses accès sont souvent nocturnes, c'est parce que les urines de la nuit étant moins toxiques que celles du jour, l'organisme est lui-même plus intoxiqué. La médication par le régime lacté exclusif suivi du régime végétarien s'impose donc et donne les meilleurs résultats.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Congrès des aliénistes. — Au banquet qui a terminé le Congrès des aliénistes et neurologistes, le président a donné lecture de la dépêche suivante émanant des aliénistes de Moscou :

« Les soussignés, médecins aliénistes de Moscou, regrettant de ne pas être à Bordeaux, envoient au Congrès des aliénistes français leurs vœux sincères.

« KORSAKOW, BOUTZKE, BOTKINE, KONSTANTINOWSKI, MINOR, IDANOW, SERBSKY. »

Le Congrès a répondu immédiatement par le télégramme suivant :

« Korsakow, professeur de psychiatrie,
Université de Moscou.

« Le bureau et les membres du Congrès des aliénistes et neurologistes français, au moment de se séparer, remercient les aliénistes de Moscou de leurs vœux sincères et leur expriment leur profonde sympathie.

« JOFFROY, BALLET, GARNIER, BRISSAUD, PABANT, RITTI, RÉGIS, ROUBINOWITCH, SABRAZÈS, etc. »

Congrès pour l'avancement des sciences. — Avant de se séparer les membres de ce Congrès ont nommés :

Président de la section pour 1896, M. Huchard; délégué de la section, M. Hanot; membre de la commission des subventions, M. Cazin.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Dr Schwartz : Sarcôme pulsatile de la région fronto-orbitaire. Epistaxis répétées; ligature de la carotide primitive.
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Urines noires après absorption de créosote.
IV. Les Congrès : 1° Deuxième Congrès de médecine interne (*suite*); 2° Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (*suite*).
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Revue de la Société de Biologie.
VI. Les livres nouveaux.
VII. Conditions d'admission et formalités pour le concours pour les prix à décerner en 1895 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1896.
VIII. Échos et nouvelles.

Sarcôme pulsatile de la région fronto-orbitaire

ÉPISTAXIS RÉPÉTÉES
LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE

Par le Dr SCHWARTZ, Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

Nous venons d'opérer, devant vous, un homme que vous avez pu observer pendant deux jours dans le service, et qui était atteint d'épistaxis répétées et incoercibles, qui menaçaient à bref délai son existence. Je lui ai lié la carotide primitive et j'espère, par cette intervention grave que je vais justifier devant vous, éviter au moins temporairement les hémorragies redoutables qu'il a présentées.

Voici quelle est son histoire. C'est un homme de soixante-cinq ans, pâle et amaigri, portant le cachet anémique au plus haut degré. Rien de bien saillant dans ses antécédents, si ce n'est qu'il paraît avoir souffert, depuis de longues années, de crises abdominales, que les médecins qui l'ont soigné ont caractérisé comme coliques hépatiques; ces crises ont pris fin il y a un an environ, et alors que l'affection actuelle avait déjà débuté. C'est en effet à quinze mois qu'il faut faire remonter les premiers symptômes du mal qui l'amène dans notre service. A cette époque (avril 1894), il s'est aperçu, par hasard, d'une petite tumeur du volume d'un pois, siégeant au niveau de la partie interne du sourcil droit, indolore, immobile, comme rivée au squelette. Un mois après, elle avait déjà acquis les dimensions d'une grosse noisette; elle battait, et ses pulsations étaient si franches qu'un médecin, consulté, avait porté le diagnostic d'anévrisme. La tumeur augmentait toujours sans être douloureuse, quand au mois de septembre 1894, le malade fut pris d'épistaxis fréquentes mais peu abondantes.

Il vint nous consulter une première fois en mars 1895; à cette époque, après notre examen, nous avons porté le diagnostic de tumeur maligne, probablement sarcôme pulsatile de l'étage antérieur de la base du crâne, et nous avions déjà conseillé la ligature de la carotide primitive, non comme moyen actif, mais bien comme palliatif, et pour éviter les progrès rapides du néoplasme et pour arrêter, si possible, les hémorragies. Le malade ne voulut pas nous écouter et s'en alla.

Il vient de nous revenir, comme je vous l'ai dit, dans un triste état. Les hémorragies ont continué en s'aggravant de plus en plus et il a eu, ces jours-ci, des épistaxis de plus en plus violentes, qui l'ont décidément engagé à demander secours à la chirurgie.

Voici ce que nous avons pu constater et ce que vous voyez encore actuellement. Le malade porte à la partie supéro-interne de l'orbite droit une tumeur hémisphérique faisant à peu près le relief d'une demi-mandarine empiétant sur la ligne médiane, qu'elle dépasse notablement, s'étendant surtout en dehors et en haut. Cette tumeur est recouverte par une peau présentant un réseau veineux très développé, qui lui donne comme un aspect violacé; il n'est pas besoin de l'observer longtemps pour la voir animée de battements isochrones aux pulsations du pouls, caractère que nous avions déjà remarqué lors de notre premier examen et qui paraît avoir existé dès l'origine, d'après le dire de notre malade; la palpation nous fait sentir une masse molle, se réduisant sous la pression des doigts, mais incomplètement, comme si elle était formée d'un tissu spongieux se vidant du liquide sanguin qui y est contenu; elle reparaît, dès qu'on cesse la pression, à son volume initial; on sent manifestement des mouvements d'expansion de toute la masse coïncidant avec les battements du pouls et arrêtés par la compression de la carotide primitive droite. De la circonférence de la tumeur, partent comme des tentacules une série de vaisseaux sinueux, animés de battements et dont la palpation fait percevoir un thrill semblable à celui d'un anévrisme artério-veineux.

Ce signe ne se perçoit pas dans les ramifications de la moitié droite, où n'existe qu'un souffle systolique.

Très nettement aussi elle fait saillie hors du frontal par un orifice taillé comme au ciseau, irrégulier de la dimension d'une pièce de dix centimes environ, qu'il est impossible de délimiter en bas, du côté de

la paupière supérieure. On constate que l'œil gauche est normal, mais le droit est projeté en avant et un peu en dehors, sans qu'il existe aucun trouble visuel dépendant de cette légère exophtalmie qui, d'ailleurs, n'est apparue que dans ces derniers temps.

L'auscultation, à l'aide du stéthoscope, nous fait entendre un bruit de souffle doux systolique nettement intermittent. Les fosses nasales sont libres de chaque côté, et également en dehors des hémorragies il n'y a aucun écoulement purulent ou autre. L'examen des viscères nous montre le cœur et les poumons intacts; il existe un bruit de souffle anémique sur les deux carotides.

Le foie est augmenté de volume; il dépasse de trois travées de doigt les fausses côtes; il est dur, mais nullement douloureux.

Pas d'œdème des membres inférieurs; urines normales.

A quelle affection devions-nous penser dans le cas actuel? Nous pouvions hésiter entre un anévrisme ou une tumeur animée de pulsations, une tumeur pulsatile.

L'idée d'anévrisme nous était suggérée par les pulsations bien nettes, les mouvements d'expansion de la tumeur, le souffle systolique; de plus, le bruit de thrill perçu en un point et la dilatation des grosses veines qui battent comme le pouls, pouvaient nous faire incliner vers la variété d'anévrisme dénommée anévrisme cirsoïde; d'autant que le siège de l'affection cadrait bien avec ce que nous savons sur la localisation de cette catégorie de tumeurs.

Toutefois, la rapidité d'évolution, de plus la consistance mollasse, laissant deviner une tumeur néoplasique, nous éloignèrent de ce diagnostic et nous portèrent plutôt à admettre l'existence d'un néoplasme animé de pulsations, d'un sarcôme télangiectasique, d'autant plus qu'il n'est pas habituel de voir les anévrismes cirsoïdes corroder si rapidement les os, et qu'il semble bien que la tumeur actuelle ait peu à peu traversé le frontal détruit sur son trajet.

En somme, notre diagnostic était sarcôme pulsatile de la paroi interne et supérieure de la voûte orbitaire et du frontal, arrivé dans les fosses nasales et donnant lieu par son ulcération à des hémorragies graves, menaçantes pour la vie de notre malade.

Il ne fallut pas songer en cette occurence à une ablation large du néoplasme; le tamponnement des fosses nasales n'était qu'un palliatif ou plutôt un pansement dangereux, impossible à continuer, étant donnée la reproduction fréquente des épistaxis. La ligature de la carotide primitive s'imposait à nous comme la seule solution thérapeutique possible : c'est elle que nous avons pratiquee en votre présence, en vous prévenant que peut-être elle serait insuffisante pour arrêter les hémorragies, à cause des communications nombreuses qui existent entre les deux carotides internes et externes. Tous les auteurs signalent des cas où il a fallu faire la ligature successive des deux carotides et même d'une vertébrale pour arrêter les battements d'une tumeur pulsatile de l'orbite ou les hémorragies d'un sarcôme pulsatile de la base du crâne. La ligature de la carotide primitive, très facile par elle-même, donne toujours à celui qui la pratique une émotion bien légitime lorsqu'on sait les dangers immédiats et lointains dont elle peut être l'origine.

Ce n'est généralement pas tout de suite, mais quelques heures ou des jours après l'opération qu'on voit survenir une hémiplégie, qui du côté opposé à la ligature aboutit souvent à la mort plus ou moins rapide de l'opéré. Je vous ai prévenu de cette éventualité possible chez notre malade, et devant lequel, vu la gravité de la situation, il nous est impossible de reculer. Nous avons donc procédé à l'opération selon les règles ordinaires, cherchant comme repère le bord antérieur du sternocléïdo-mastoïdien droit ou plutôt la ligne qui relie le sommet de l'apophyse mastoïde à l'articulation sterno-claviculaire; nous avons fait le long de ce bord depuis la ligne horizontale qui prolonge la corne du cartilage thyroïde jusqu'à un centimètre au-dessus de la limite inférieure, une incision sur le cou légèrement étendu sur un rouleau placé sous la nuque.

S'il n'y peut de faire une incision trop grande, elle nous permettra de rejeter plus facilement en dehors le sterno-mastoïdien, de refouler en dedans le paquet laryngo-trachéal, d'aller profondément dans la région trouver le paquet vasculo-nerveux que vous pourrez comprimer sur le tubercule de la sixième vertèbre cervicale ou tubercule de Chassaignac. Souvent la grosse veine jugulaire placée en dehors de la carotide, recouvre cette dernière surtout pendant les mouvements d'expiration et la voile. Il faut avec grand soin la libérer, la rejeter en dehors en ménageant les troncs veineux qui quelquefois viennent s'y jeter; énucléez soigneusement l'artère sur l'étendue d'un centimètre, ne liez pas le pneumo-gastrique, qui reste en arrière et en dehors et passez votre fil d'argent ou de soie aseptique de dehors en dedans, de façon à ne pas risquer d'embrocher la jugulaire, si par hasard votre aide la lâchait. Liez lentement et progressivement, si vous avez été parfaitement aseptique, réunissez par première intention sans laisser de drain, drainez au contraire et enlevez le drain au bout de quarante-huit heures, si vous craignez quelque faute, soit de votre chef, soit de celui de votre entourage ou des objets de pansement.

Chez notre opéré la ligature a été facile malgré

énorme veine jugulaire qui recouvrait l'artère, immédiatement les battements de la tumeur ont disparu, elle s'est légèrement affaissée et nous n'avons observé aucun signe d'hémiplégie.

Vous avez pu constater par contre que les battements ont reparu très faiblement au bout de quelques heures, mais les épistaxis graves ont cessé quoiqu'il y ait encore eu après deux saignements.

Le malade est sorti guéri au bout de douze jours, avec la recommandation de venir nous retrouver si quelque chose de nouveau se produisait, car je ne m'attends pas, vu la rapidité avec laquelle les pulsations ont reparu légèrement, toutefois, à une accalmie bien longue, et je n'hésiterais pas, s'il le fallait, à lier la seconde carotide de notre malheureux patient.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

La digestion des boissons gazeuses. — Action bactéricide de la désinfection appliquée aux locaux habités par des tuberculeux. — La prophylaxie de l'acoolisme à l'Académie de Médecine. — Interdiction de l'emploi du borax pour la conservation des beurres et de l'acide borique pour celle du lait.

L'ère des Congrès scientifiques a pris fin avec la première quinzaine d'août. J'espérais trouver de nombreuses communications relatives à l'hygiène dans celui de l'Association française pour l'avancement des sciences; mais mon attente a été trompée. Je n'ai pu recueillir dans les comptes rendus que deux notes de quelque intérêt : l'une sur la *digestion des boissons gazeuses*, l'autre sur *la valeur de la désinfection appliquée aux locaux infectés par les tuberculeux*.

La première a été lue au Congrès de Bordeaux par MM. Carrion et Cautru (de Paris). Ils ont reconnu que le cidre mousseux, le champagne et l'eau de seltz ont pour effet de prolonger le travail digestif et de lui donner une plus grande intensité. Le cidre est, de plus, essentiellement diurétique et agit favorablement sur la nutrition. Il convient donc de conseiller aux hypopeptiques et aux apeptiques, dont l'estomac se vide hâtivement, de faire usage de cette boisson aux repas. Elle convient également dans la diathèse urique, ainsi que Denis Dumont l'a déjà constaté en Normandie, où la goutte, la gravelle et les calculs sont rares à ce qu'il paraît.

— La seconde communication a été faite par MM. Lalesque (d'Arcachon) et Rivière. Ils ont rendu compte à la section d'hygiène de leurs recherches bactériologiques sur la virulence des poussières recueillies dans des locaux qui, après avoir été longtemps habités par des phtisiques arrivés à la dernière période, que ceux-ci y aient succombé ou non, avaient été soumis ultérieurement à une désinfection régulière. Ces poussières ont été inoculées à 91 cobayes; dans ce nombre, 13 sont morts de septicémie ou de tétanos; 51 ont été sacrifiés au 40e et au 45e jours, sans qu'on ait trouvé de tubercules à l'autopsie; 21 vivaient encore au moment de la communication. Les auteurs en concluent à l'efficacité de la désinfection des locaux ayant été habités par des tuberculeux. Aucun médecin, assurément, ne protestera contre cette assertion; mais les auteurs en auraient donné une preuve bien plus saisissante s'ils avaient fait la contre-épreuve, en inoculant à un nombre égal de cobayes, les poussières recueillies dans ces mêmes appartements avant toute infection, et s'ils avaient vu un certain nombre de ces animaux succomber à la tuberculose.

— Si je n'ai pas parlé jusqu'ici de la discussion qui a eu lieu le mois dernier à l'Académie de Médecine sur *la prophylaxie de l'alcoolisme*, c'est parce je n'ai rien trouvé de bien important à y signaler. Je le dis avec d'autant moins de scrupule que j'ai pris moi-même la parole au cours du débat, et que je n'ai fait que répéter ce que j'avais déjà eu l'occasion de dire plusieurs fois. Mes collègues ont fait de même, et il ne pouvait pas en être autrement. La question est archi-connue : tout a été dit sur les causes et les conséquences de l'alcoolisme ainsi que sur les moyens d'y remédier. Il ne s'agit pas de découvrir des remèdes nouveaux, il s'agit d'appliquer ceux que l'on possède; mais c'est là que gît la difficulté, et malheureusement ce ne sont pas les hygiénistes qui sont chargés de la trancher. Je m'empresse d'ajouter, toutefois, que MM. Laborde et Daremberg ont rendu compte d'expériences intéressantes qu'ils avaient faites sur les différentes espèces d'alcools, que M. Magnan et Motet ont dit de fort bonnes choses, le premier sur les asiles d'aliénés alcooliques, le second dans la part qui revient à l'alcool dans l'augmentation des crimes; mais le débat n'a pas abouti. Il s'est terminé par la nomination d'une commission de six membres, qui sera chargée d'étudier toutes les propositions présentées et de les soumettre en temps opportun à l'approbation de l'Académie.

Personne assurément ne fonde de grandes espérances sur les travaux de cette commission; mais c'était le procédé le plus simple pour mettre fin à un débat qui n'avait plus sa raison d'être depuis le vote de la loi du 6 juillet à la Chambre des Députés, et cette loi ne donne pas une entière satisfaction aux vœux de l'hygiène, mais elle réalise les deux principaux. Elle dégrève les boissons hygiéniques et élève les droits sur l'alcool dans une proposition que nous n'osions pas espérer; mais le dernier mot n'est pas dit; le vote définitif de la loi nous ménage peut-être

bien des surprises et puis il faudra voir de quelle façon elle sera appliquée. Tout est là. En attendant, il ne faut pas nous désintéresser de la question, il ne faut pas que l'opinion publique cesse de s'en préoccuper, car les intérêts privés ne s'endormiront pas.

Ils ont donné la mesure de leur ténacité dans la lutte que les bouilleurs de cru ont soutenue pour leur privilège. Il avait été supprimé à la séance du 15 juin, par 345 voix contre 154, et le 6 juillet on l'a rétabli, en le limitant à vingt litres il est vrai; mais la Chambre n'a pas eu, je pense, la naïveté de croire que les bouilleurs auraient combattu avec un pareil acharnement s'il ne s'était agi que de leur petite provision personnelle. Ces vingt litres, c'est la porte qui demeure ouverte à la fraude, et des torrents d'alcool continueront à passer par là. La Chambre ne l'ignorait pas, mais du 15 juin au 6 juillet, les bouilleurs de cru avaient eu le temps de retrouver la majorité. Que sera-ce donc lorsqu'il s'agira de s'attaquer aux cabaretiers?

— Le Comité consultatif d'hygiène se montre de plus en plus sévère pour tout ce qui touche aux falsifications alimentaires. Il en a donné récemment la preuve dans la question des beurres. On avait jusqu'ici considéré comme inoffensive la pratique consistant à employer le borax pour assurer la conservation de ceux qu'on destine à être expédiés.

En 1876, dans un rapport au Comité, Boullay avait exprimé l'avis qu'on pouvait tolérer cette adjonction, parce qu'elle n'avait jamais donné lieu à aucun accident. Des travaux publiés en 1883 montrèrent que l'usage continué du borax pouvait altérer la constitution des globules du sang. M. G. Pouchet déclarait, quelques années après, qu'il avait constaté cette action nuisible et, en 1892, le Comité consultatif, revenant sur son opinion première, déclara, la preuve étant faite, que l'addition du borate de soude, comme celle de l'acide borique, devait être interdite pour le beurre comme pour les vins.

Le gouvernement, se basant sur cette décision, a défendu l'emploi du borax pour la conservation des denrées alimentaires et, tout récemment, un marchand de beurre de Normandie a été poursuivi et condamné pour ne pas avoir tenu compte de cette interdiction. De là, grand émoi dans le camp des exportateurs de beurres français. Ils opposent au Comité consultatif ses anciennes décisions; ils mettent en avant les intérêts de l'industrie nationale aux prises avec la production étrangère. Cette agitation cessera d'elle-même. Il est dans l'intérêt de notre commerce qu'on ne puisse pas soupçonner ses produits, et la première condition pour qu'ils conservent leur bonne réputation, c'est qu'ils soient d'une pureté irréprochable. Le borax, comme l'acide borique, comme le salicylate de soude, servent beaucoup plus souvent à masquer la mauvaise qualité des produits auxquels on les mélange, qu'à assurer leur conservation.

C'est en vertu du même principe et au nom des mêmes intérêts que le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine vient d'interdire l'emploi de l'acide borique pour la conservation du lait, sur le rapport de M. Bourgoin.

Jules Rochard.

URINES NOIRES APRÈS ABSORPTION DE CRÉOSOTE

Dans le cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote administrée en lavement, à la dose de 30 gouttes par jour, nous avons remarqué chez deux malades que leurs urines, émises claires, se noircissaient une heure environ après leur émission et présentaient les caractères des urines de l'empoisonnement par l'acide phénique.

Le nommé P..., âgé de dix-huit ans, entre à l'hôpital Hérold dans le service du Dr Richardière, présentant des signes avérés de tuberculose pulmonaire. Dès le jour de son entrée, il reçoit un lavement créosoté, et, pendant quatre jours, on lui administre la même dose; le cinquième jour, les urines de la nuit présentent une coloration noirâtre, en tout semblable à celle des urines dans l'intoxication par l'acide phénique. Pendant deux jours on lui continue l'administration de créosote, et les urines ne sont redevenues claires qu'après cessation complète du médicament.

Chez un autre malade, le même fait s'est reproduit à quelques jours d'intervalle, et chez celui-ci c'est aussi après quatre lavements que les urines sont devenues noires. On cesse aussitôt l'administration de la créosote, et les urines redeviennent normales dès le lendemain.

Pour expliquer ces faits, nous devons admettre chez ces deux malades une grande impressionnabilité aux phénols, car quoique la créosote soit en cours usuel dans le service, c'est la première fois que de tels cas s'y présentent. De plus, ayant remplacé chez ces malades les lavements créosotés par des lavements gaïacolés, nous avons vu, chez l'un d'eux, les urines redevenir noires dès le premier jour.

Léon Nimier,
Interne à l'Hôpital Hérold.

Courses de jambes de bois. — Il n'est question, dans les journaux, que de M. X..., amputé, qui fait 50 kilomètres sur sa jambe de bois plus vite qu'un individu monté sur un cheval; de M. Z..., qui fait une course d'obstacles avec sa jambe de bois. C'est très bien, mais il faudrait peut-être un peu parler des moignons qui permettent de tels tours de force et savoir à quels procédés ils sont dus.

LES CONGRÈS

DEUXIÈME CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

SUITE (1)

MALADIES INFECTIEUSES

Fièvre typhoïde. — Il y a déjà quelques temps que l'on a signalé l'exaltation des réflexes tendineux du genou et du pied dans la fièvre typhoïde. M. Bernheim a constaté que cette exaltation existe dans 70 % des cas. Tantôt la trépidation est très marquée, très persistante; tantôt on n'obtient que quelques mouvements réflexes peu nombreux. M. Bernheim a vu dans un cas les phénomènes du pied et du genou persister plus de cent jours. L'exagération des réflexes peut s'accompagner parfois d'un certain degré de paralysie. Elle se montre aussi bien dans les dothiénenthéries ataxiques que dans les autres, et pour M. Bernheim, il s'agit d'une détermination typhique sur la moelle épinière, d'une véritable myélite infectieuse comme deux autopsies l'ont démontré.

— La dysphagie est un phénomène dont la fréquence semble varier selon les épidémies de fièvre typhoïde. Souvent il s'agit, d'après M. Vergely, d'une dysphagie de cause mécanique tenant à la présence de mucosités épaisses dans la bouche et le pharynx, à l'existence d'un enduit épais sur la langue. D'autres fois on a affaire à une dysphagie réflexe, due à des lésions superficielles ou profondes de la bouche, du pharynx, du larynx. Enfin la dysphagie peut être d'origine nerveuse. Tantôt alors elle dépend d'une paralysie du pharynx causée elle-même par des lésions corticales, bulbaires ou périphériques; tantôt elle est spasmodique et relève d'une hystérie préexistante ou provoquée. La dysphagie peut précéder des symptômes nerveux graves de la convalescence.

— M. Mongour s'est occupé du pronostic de la disparition du premier bruit du cœur dans la dothiénenthérie. Pour lui, cette disparition, à la pointe ou à la base, n'est pas de très mauvais augure si le nombre des pulsations ne dépasse pas 110; elle traduit une altération légère du myocarde. L'accélération plus grande des bruits, indique une action toxique sur les centres nerveux.

— M. H. Vincent a observé 28 cas de phlébite sur 140 malades atteints de dothienenthérie. Dans les cas où il y a eu mort, les vaisseaux thrombosés et le caillot renfermaient du staphylococcus pyogènes aureus ou albus. Dans la période fébrile du début de la phlegmatia, les mêmes microbes ont été retrouvés dans le sang des malades. Il résulte de ces recherches que la phlébite typhoïdique est causée par un microbe d'infection secondaire.

Oreillons. — MM. Busquet et Ferré ont découvert une relation entre les phlegmasies à streptocoques et le développement des oreillons. Ils ont trouvé le diplocoque de Laveran, Catrin et Antony dans le sang de 17 malades, et le diplo-streptocoque de Barbier dans la salive du canal de Stenon. Ce dernier, lorsqu'on l'injecte dans les glandes salivaires des animaux ou dans le testicule, y détermine des gonflements, mais non des fluxions glandulaires véritables. Cliniquement, les malades atteints d'oreillons ont souvent des angines à streptocoques, des abcès dentaires à streptocoques; assez fréquemment l'érysipèle accompagne ou suit les oreillons.

Suppuration — La suppuration est due à la pénétration de germes dans un organisme en état de moindre résistance. Elle est favorisée par des causes générales (intoxications) et par des causes locales qu'ont étudié MM. Josué et Roger. Lorsque les tissus sont altérés par certaines substances chimiques, la suppuration se produit très facilement. C'est ainsi que, après l'injection sous la peau de 0gr.05 d'acide phénique dissous dans 1 c. q. d'eau, l'inoculation de 1/2 cq. de bacterium coli cause un phlegmon diffus. Les lésions artérielles ont un rôle prédisposant très marqué. Après la ligature de la fémorale ou de l'iliaque externe, l'injection du staphylococcus aureus, du proteus vulgaris, du streptocoque sous la peau, produit de grands phlegmons diffus. La ligature des veines principales de l'oreille du lapin a le même rôle prédisposant. L'injection des toxines du proteus vulgaris produit un abcès aseptique; si l'injection est faite après la ligature des veines, on obtient un gros œdème qui laisse après sa disparition un petit abcès.

MM. Roger et Josué ont vu deux abcès succédant à l'inoculation du bacterium coli et du proteus vulgaris devenir aseptiques au bout d'un mois.

(1) Voir le numéro précédent.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

SUITE (1)

Les communications diverses comme on a pu le voir, ont été nombreuses dans ce Congrès, et nous sommes bien obligé de retracer les plus importantes malgré le peu de rapports qu'elles présentent.

Rappelons donc la communication de M. Pichevin sur la **cœliotomie vaginale**. On sait combien s'est accru le nombre des interventions par le vagin pour les affections des organes génitaux, et M. Pichevin

(1) Voir les numéros précédents.

vient vanter l'ouverture du cul-de-sac antérieur après une incision longitudinale de la paroi antérieure du vagin. C'est l'opération de Mackenrodt dont nous avons déjà parlé et à l'aide de laquelle, suivant M. Pichevin, on peut enlever des salpingo-ovarites, des petits fibrômes, des ovaires scléro-kystiques...

Nous partageons l'avis de M. Boully, qui lui a répondu qu'au contraire de l'incision du cul-de-sac postérieur, dont les indications augmentent tous les jours, l'élytrotomie antérieure était pour lui exceptionnelle.

M. Le Dentu a soutenu son élève, M. Pichevin, et dit qu'on est étonné de la facilité avec laquelle on peut avoir les annexes par l'incision antérieure, pourvu, ajoute-t-il, que les lésions annexielles ne soient pas graves et ne présentent pas d'adhérences; mais là est toute la question.

Pour ne pas quitter l'ouverture des culs-de-sac vaginaux, signalons la communication de M. Vulliet (de Genève), qui trouve qu'on châtre beaucoup trop de femmes et qui pose en principe que, pour lui, la **thérapeutique des collections tubaires** consiste dans *l'incision du cul-de-sac postérieur*, l'ouverture et le drainage de la poche, tout cela suivi de massages ayant pour but de bien exprimer le contenu des collections purulentes et leur plus rapide disparition.

M. Heidenreich a ensuite entretenu le Congrès d'une observation dans laquelle une atrésie vaginale avait amené un **hématocolpos** considérable. Au lieu de pénétrer dans le vagin bouché, par la partie antérieure qui est dangereuse à cause du voisinage de la vessie, le chirurgien de Nancy fit une incision périnéale entre le vagin et le rectum et parvint facilement, par cette ouverture, sur la collection sanguine qu'il excisa, et put ainsi guérir sa malade.

M. Monod (de Bordeaux) a fait une communication sur la **leucoplasie vulvo-vaginale**. Elle serait au vagin ce qu'est la leucoplasie buccale à la bouche, c'est-à-dire qu'elle aboutirait toujours à la formation épithéliomateuse.

On voit de suite la thérapeutique qui doit découler de cette manière de voir, c'est l'intervention hâtive pour extirper les portions du vagin qui supportent les plaques blanches.

Citons encore **quatre cas d'occlusions intestinales postopératoires** signalés par M. Legueu (de Paris). Dans deux cas il s'agissait de laparotomie pour lésions des annexes; chez une troisième malade les accidents arrivèrent après une hernie étranglée; enfin, une autre fois, c'est après une hystérectomie vaginale que les symptômes d'occlusion se montrent.

Ils étaient dus à un tamponnement très énergique qui comprimait le rectum. Il suffit de débarrasser le vagin et les matières reprennent leur cours.

Ou, M. Legueu diffère un peu dans sa communication de la pratique de ses collègues, c'est quand il insiste sur l'utilité de l'administration d'un purgatif dès le lendemain de l'opération, qui permet au plus vite de se rendre compte du libre cours des matières. Quant au traitement, il faut, bien entendu, intervenir par la laparotomie le plus rapidement possible et ne faire l'anus contre nature que chez les malades opérés trop tardivement ou chez ceux chez lesquels on n'a pu découvrir l'obstacle.

Voici le résumé de la communication de M. Boursier (de Bordeaux), sur **l'uréthrocèle et ses variétés.**

Il distingue : 1° les *uréthrocèles vraies*, les plus nombreuses, consécutives à des traumatismes uréthraux, et surtout à l'accouchement. Ces petites tumeurs communiquent d'ordinaire assez largement avec l'urèthre et contiennent du muco-pus;

2° Les *fausses urèthrocèles*, qui comprennent elles-mêmes : *a*) des tumeurs kystiques (kystes congénitaux du vagin, kystes hématiques, etc.), ouvertes secondairement dans l'urèthre et renfermant du pus noir ou des matières rappelant le contenu des kystes sébacés; *b*) des dilatations lacunaires de l'urèthre contenant un ou plusieurs calculs, tumeurs non réductibles, dures, sonores au passage de la sonde métallique.

Les traitements différents sont : incision ou excision avec suture de la poche uréthrale dans l'uréthrocèle vraie; extirpation complète dans le cas de kystes ouverts dans l'urèthre; extraction simple du calcul dans la dernière variété.

Nous ne parlerons pas de la communication de M. Lafourcade (de Bayonne), sur quelques résultats de la **néphrorraphie**, car le sujet nous paraît un peu en dehors de la gynécologie.

***

Dans la section de **Pédiatrie**, nous trouvons une intéressante communication de M. Demons (de Bordeaux) sur l'**ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur.** Il faut remarquer que cette variété d'ostéomyélite est peu connue, qu'elle peut frapper le col du fémur ou la tête fémurale, ou bien, au contraire, la lésion peut être articulaire et siéger en dessous des trochanters.

Le diagnostic de ces ostéomyélites est très difficile, car le plus souvent on fait le diagnostic d'arthrite et d'arthrite tuberculeuse. L'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur peut être, en effet, subaiguë ou chronique et, dans ces cas, rien n'est plus facile que de la confondre avec la coxalgie.

A l'appui de son dire, M. Demons cite des observations et insiste sur la fréquence de ces ostéomyélites chez les tout petits enfants.

M. Broca répond à M. Demons qu'il a observé de

nombreux cas de cette affection, qu'on pourrait appeler **ostéomyélite de la hanche**. Les lésions peuvent siéger sur le fémur ou sur le bassin et donner même lieu à des luxations prises parfois pour des luxations congénitales. Cette ostéomyélite prend en effet naissance chez les jeunes enfants. Pour sa part, M. Broca en a bien observé une quarantaine de cas au-dessous de deux ans.

Elle présente chez les enfants tout à fait en bas âge une physionomie particulière, ou elle est très grave, amenant la mort en deux ou trois jours, ou, au contraire, bénigne et guérissant bien. Les microbes qu'on y rencontre le plus souvent sont le streptocoque et le pneumocoque ; le staphylocoque y est plus rare que chez l'adulte.

Pour M. Lannelongue, l'ostéomyélite n'est seulement pas une maladie des adolescents. Il a vu des ostéomyélites chez des enfants de quinze jours; dans un cas l'ostéomyélite à streptocoque avait pour porte d'entrée une suppuration ombilicale. Toutes les ostéomyélites ne sont pas articulaires, il y en a de sous-articulaires. Tantôt il y a donc arthrite, tantôt il n'y en a pas. A la hanche il y a des lésions diaphyso-épiphysaires : la tête est détachée, l'extrémité supérieure du fémur est flottante. Il est difficile de dire si l'affection est illiaque ou fémorale. La pression fémorale est très douloureuse, si la lésion est fémorale ; il n'y a pas de douleur, si la lésion est illiaque.

Il a noté des exostoses multiples chez des gens dont les parents avaient eu de l'ostéomyélite chronique. Dans le premier cas, deux enfants sur trois, et dans le second la fille unique ont eu des exostoses. Il pense qu'il s'agit là d'une affection osseuse septique persistante, devenant chronique. Quelle a été l'influence exercée par les staphylocoques en pareil cas? Les produits toxiques sécrétés par les microbes ont-ils héréditairement contribué, en passant dans la cellule cartiligineuse ou périostale, à la genèse de ces exostoses? ou, au contraire, ont-ils agi par l'intermédiaire du système nerveux? Voilà autant de points obscurs.

Quant à l'intervention, il faut intervenir à la hanche, comme ailleurs, du reste, le plus rapidement et le plus largement possible. Il faut trépaner aussi l'articulation et même au besoin désarticuler la hanche, comme M. Lannelongue a été obligé de le faire dans un cas.

Les résultats éloignés de la tarsectomie postérieure cunéiforme dans le traitement des pieds bots varus équins congénitaux anciens ont fait l'objet d'une communication de M. Gross (de Nancy). Il considère que le traitement de choix, dans les pieds bots varus équins congénitaux anciens, est l'*extirpation de l'astragale avec résection complémentaire de la grande apophyse du calcanéum*. L'équinisme qui résulte d'une subluxation en avant de l'astragale ne peut être modifié que par la résection de l'astragale. La disparition du col de cet os et la résection de la partie antérieure du calcanéum remédieront à l'adduction, à l'inflexion et à la torsion de l'avant-pied. Il sera toujours indiqué de faire des ténotomies et aponévrotomies pour lever les obstacles provenant de parties molles.

M. Gross compte 19 opérations de tarsectomie pour pieds bots anciens exécutées sur 14 sujets. Chez 4, il n'y a eu qu'astragalectomie ; chez les 10 autres, tarsectomie postérieure cunéiforme. Les opérations ont été faites sur des sujets âgés de quatre à seize ans, qui presque tous avaient subi des traitement orthopédiques antérieurs. Elles datent, les plus récentes, de quelques mois, les plus anciennes, de neuf ans.

En éliminant 2 cas trop récents pour entrer en ligne de compte, et 1 opéré perdu de vue, M. Gross compte 7 observations (avec 13 opérations) de tarsectomie cunéiforme postérieure. Chez tous, la correction de la position du pied s'est maintenue. Il n'y a plus d'équinisme. Au point de vue de la forme du pied, elle est défectueuse dans 3 cas : chez un enfant devenu idiot et épileptique, chez deux autres où il y a des accidents de suppuration (opérations pratiquées à une époque où l'asepsie était encore défectueuse dans le service). Chez 4 opérés enfin (2 pieds bots simples, 2 pieds bots doubles), c'est-à-dire 6 opréations, la restitution de la forme du pied est irréprochable. Il en est de même des fonctions du pied.

Signalons encore une **modification du procédé de Segond pour l'opération de l'exstrophie de la vessie**, proposée par M. Pousson (de Bordeaux). On sait que pour constituer une gouttière vésico-uréthrale, M. Segond dissèque un lambeau vésical qu'il rabat ; ce lambeau est forcément très mince, puisque M. Segond recommande de ne pas pénétrer dans la cavité péritonéale, qui est séparée de la muqueuse exstrophiée par une petite épaisseur de tissus, et il se sphacèle.

M. Pousson conseille, au contraire, de tailler ce lambeau aux dépens de toutes les couches, y compris le péritoine.

La brèche ainsi faite n'est pas bien large et facile à combler par une suture.

Terminons en parlant du **bec de lièvre complexe**. M. Péchaud (de Bordeaux) a communiqué au Congrès un procédé qui ne vaut pas, suivant lui, la résection sous-périostée de la cloison et la réduction de l'os incisif, mais qui trouve sa juste application dans les cas où le lobule est très volumineux et ne

peut pas être réduit à cause du rapprochement des maxillaires.

Voici comment il procède : il enlève le lobule incisif; mais, pour obvier aux inconvénients de cette trop grande perte de substance, il fait une *résection sous-périostée*, qui donnera naissance à un petit os, en bonne situation, entre les deux mâchoires supérieures, les soutiendra et les empêchera de se déformer.

Il a pratiqué deux fois cette opération et tout fait présumer, les interventions étant encore récentes, que le résultat sera bon.

M. Lannelongue croit qu'il est nécessaire de respecter le lobule médian, et cela à cause de la présence des dents. Quand son volume est trop volumineux, le chirurgien de Trousseau le résèque des deux côtés, le réduit et le fixe par des fils d'argent au maxillaire. On peut ainsi sauver deux, trois et même quatre dents et, au point de vue de l'esthétique, les résultats sont parfaits.

Puisque nous nous occupons de tous les Congrès, nous rapprocherons de cette petite discussion sur le bec-de-lièvre la communication faite presque le même jour par M. Broca sur le **traitement des fissures congénitales des lèvres et de la voûte palatine.** C'est en se basant sur 60 opérations de ce genre que M. Broca prend la parole.

Pour reconstituer les lèvres, d'après lui, le meilleur procédé est celui de Mirault, en faisant sur le bord opposé un simple avivement épidermique, en abrasant la muqueuse avec de petits ciseaux courbes. L'avivement simple des deux côtés, encore pratiqué par quelques chirurgiens, donne constamment une encoche fort disgracieuse.

Dans le but d'éviter l'hémorragie grave chez les jeunes enfants, certains opérateurs emploient le thermo-cautère pour les débridements. C'est une complication absolument inutile, si l'on sait opérer vite, d'un coup de bistouri franc et rasant bien l'os; puis on comprime pendant quelques instants. De même, M. Broca ne met jamais de pince à forcipressure sur les lèvres, ce qui compromet parfois leur vitalité, il suffit de faire l'hémostase en pinçant la lèvre entre les doigts.

Lorsque le bord alvéolaire est divisé, il n'en résulte aucune particularité s'il n'y a pas de différence de niveau entre les deux lèvres osseuses. L'opération est au contraire plus laborieuse quand cette différence de niveau existe

Dans le bec-de-lièvre unilatéral, cette saillie du « promontoire » interne doit être refoulée après ostéotomie à sa base. Chez l'enfant en bas âge, la saillie n'est presque jamais suffisante pour exiger cette ostéotomie.

Dans le bec-de-lièvre bilatéral, il faut conserver le « tubercule osseux » et le refouler en place après résection triangulaire sous-périostée de la cloison.

On a conseillé chez les jeunes enfants, d'ajourner jusqu'à l'âge de deux à trois ans les opérations osseuses; à cause de l'hémorragie, M. Broca n'hésite pas à faire ces interventions à partir de trois mois, à reconstituer en une seule séance la lèvre et le bord alvéolaire, et aucun des enfants ainsi opérés n'a succombé.

Il n'a perdu, après l'opération du bec-de-lièvre que les enfants en bas âge admis à l'hôpital sans leur mère. Tous ceux, au contraire, qui ont conservé leur mère ou leur nourrice ont guéri, avec une réunion immédiate.

Les seuls dangers de l'intervention, sont la broncho-pneumonie et l'hémorragie immédiate ou secondaire. Tout à fait au début de sa pratique, il y a quatre ans, il a perdu un de ses opérés d'hémorragie immédiate quelques heures après l'opération. Depuis il n'a plus vu survenir aucun accident de ce genre, mais il a observé trois fois des hémorragies secondaires, toutes arrêtées par la compression.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 août 1895

M. Cadet de Gassicourt lit, au nom de M. Collin, une note dans laquelle l'auteur élève certaines critiques sur la valeur des expériences destinées à déterminer la toxicité des alcools.

M. G. Colin fait remarquer qu'on s'est généralement adressé à des animaux trop petits, trop sensibles à l'alcool; qu'au lieu de se servir de la voie naturelle, l'ingestion stomacale, on a employé les injections sous-cutanées, etc. Cette question de la toxicité des alcools reste donc encore très embrouillée et manque d'éléments suffisants pour être résolue.

M. G. Colin émet le vœu :

1° Que l'État nomme une Commission composée de chimistes et de physiologistes choisis dans les facultés et dans les corps savants; d'hommes compétents pris parmi les industriels, les vignerons, les agriculteurs, à l'effet d'étudier à tous les points de vue les alcools livrés à la consommation;

2° Que la Commission opère sur tous les points de la France et cherche à extraire, à isoler des alcools les toxiques et autres produits insalubres pour en déterminer exactement les propriétés, par des expériences sur les animaux.

M. Le Roy de Méricourt s'associe aux réserves de M. G. Colin.

M. Javal rappelle qu'il y a deux ans, l'Académie a émis, sur sa proposition, le vœu que l'écriture droite fût introduite dans les écoles.

Une décision ministérielle a autorisé l'écriture droite dans les examens pour le certificat d'études provisoires. Ce vœu est resté platonique en France, en Allemagne, en

Autriche; en Danemark, au contraire, la question a fait son chemin, et l'emploi de l'écriture droite dans les écoles commence à se propager.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Le microbe de la grippe semblait bien définitivement connu depuis les travaux de Pfœffer. M. Trouillet a repris sa recherche et est arrivé aux résultats suivants :

La grippe est une affection due à un micro-organisme spécial qui se présente à l'état de diplocoque, de bacille et de streptobacille, suivant les cas. Dans le sang des grippés, il existe toujours, dans la période d'état, une forme diplococcique; il peut en être retiré et donner lieu à des cultures sur différents milieux. Dans ces derniers, au fur et à mesure qu'il vieillit et se développe, on voit apparaître les autres formes. Le micro-organisme cultivé et injecté à la dose de 1 à 2 centigrammes au cobaye et au lapin reproduit une affection semblable à la grippe chez ces animaux et amène leur mort dans un délai de deux à vingt jours. Le sang, les liquides organiques et spécialement le liquide encéphalo-rachidien, les organes des hommes grippés et des animaux en expérience contiennent le micro-organisme. Il n'existe rien de pareil chez les animaux sains ou atteints d'affections autres que la grippe.

Le micro-organisme se colore par les couleurs d'aniline; il liquéfie le sérum; il est transmissible par voie sous-cutanée, intra-veineuse, intra-péritonéale, par la voie digestive, par contact. Il vit dans l'eau et y est encore vivant au bout de dix-huit jours; il est toujours mobile. Coloré par la méthode de MM. Nicole et Morax, il se montre à un grossissement de 1,500 diamètres avec des flagella.

Pour examiner le micro-organisme dans le sang, il suffit de recueillir, entre une lamelle et un couvre-objet flambés, une goutte de sang issue de la pulpe de l'index bien stérilisée. L'examen doit être fait immédiatement et, autant que possible, au lit du malade. En attendant davantage on s'expose à voir les micro-organismes pincés entre des réseaux fibrineux et perdre leur mobilité. L'examen devient alors très difficile, étant donné qu'il ne faut employer, pour être sûr du résultat, aucune matière colorante. La virulence paraît siéger, en partie dans la toxine sécrétée, en partie dans les corps bacillaires tués à l'autoclave pendant vingt minutes à 115°.

— M. Bra a recherché quelle était l'action de l'extrait rénal dans l'épilepsie. On sait, depuis les recherches de Brown Sequard-de Féré, etc., que les injections du liquide orchitique augmentent le nombre des accès chez les épileptiques. On sait, d'autre part, que M. le professeur Meyer a institué des expériences qui viennent à l'appui des idées de Brown-Séquard et semblent établir l'influence que la sécrétion interne des reins exerce dans les cas d'anémie sur la toxicité des produits de désassimilation. Enfin, on se rappelle que les résultats obtenus par MM. Teissier et Fraenkel, à la suite d'injection d'extrait glycériné de substance rénale chez les malades atteints d'albuminurie, dénotent un relèvement considérable du coefficient urotoxique, autrement dit une augmentation du pouvoir éliminateur pour les substances toxiques.

Se basant sur le fait que les accès épileptiques ont une très grande analogie avec les manifestations paroxytiques de certaines intoxications, M. Bra a administré à un certain nombre de malades, *per os*, un extrait glycériné rénal ainsi composé :

Renis de poix broyés ..... } àà parties égales.
Glycérine..... }

Après une macération de vingt-quatre heures, l'extrait est passé grossièrement à travers une toile métallique. Doses : deux cuillerées à dessert par jour.

Les résultats obtenus dans plusieurs cas sont encourageants et chez certains malades les crises ont disparu.

— M. A. Broca a essayé de traiter des malades atteints de tuberculose cutanée par du sérum de chien à bouillon faible. Il a pu guérir ou améliorer sept ulcérations ou lupus, qui restaient sans tendance à la guérison depuis plusieurs semaines. Comme accidents causés par les injections, il faut signaler l'urticaire, une fièvre légère, des tendances à la syncope.

— MM. Surmont et Vernesch ont entrepris des recherches expérimentales sur le vératrol de synthèse. Ce corps jouit de propriétés antiseptiques vis-à-vis de quelques espèces pathogènes. Les bacilles du choléra, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie y sont assez sensibles. Le bacille de la tuberculose humaine ne persiste que fort mal en présence du vératrol. On peut préparer une solution aqueuse du produit en le dissolvant dans 2 centigrammes d'alcool à 95°.

LES LIVRES NOUVEAUX

Traité de Chirurgie clinique et opératoire.
Paris, J.-B. Baillière et fils, 1895.

Le premier volume du *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, publié sous la direction de M. le professeur Le Dentu et de Pierre Delbet, professeur agrégé, vient de paraître, et il faut le dire, nous avons entendu répéter par plusieurs médecins ou étudiants : « Comment encore un traité de chirurgie, le besoin s'en faisait-il vraiment sentir? » Nous voulons immédiatement répondre à cette opinion qui vient naturellement à la pensée de toute personne qui a entre les mains le traité de chirurgie de Masson, édité dernièrement et qui ne sait pas comment est compris le nouvel ouvrage que nous présentons au public.

Tout d'abord le succès du traité de Duplay et Reclus, qui prépare sa seconde édition, montre le besoin qu'avait le public médical d'un traité didactique, qui manquait à ce moment. La façon rapide dont il a été enlevé prouve qu'il y a encore place dans beaucoup de bibliothèques pour un ouvrage qui, entre autres mérites, à celui de la nouveauté, puisqu'il est le dernier venu, surtout si l'on songe au nombre toujours croissant de jeunes gens qui entrent dans la carrière médicale. De plus, le plan du traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet diffère de celui du traité de chirurgie édité chez Masson, comme on peut s'en rendre compte dès le premier volume, et enfin la science marche vite; de nouvelles idées émergent chaque jour des salles de clinique et des laboratoires, nous n'en voulons pour preuve que la façon toute nouvelle et toute originale dont est traité par notre ami Delbet, le grand et important chapitre des néoplasmes. On y trouvera des considérations absolument neuves sur la genèse des tumeurs, sur leur nature, leur évolution, et des conceptions hardies, basées sur des travaux expérimentaux et sur des faits cliniques. Nous ne saurions trop attirer l'attention de nos lecteurs sur cette partie si intéressante du premier volume.

M. le professeur Le Dentu et notre ami Ricard ont écrit une partie importante de la pathologie générale : c'est assez dire l'autorité avec laquelle sont traités les chapitres dont ils se sont chargés.

Nous n'avons pas la prétention d'analyser un volume de 800 pages; nous voulons seulement le présenter au public

et en indiquer les grandes lignes ; nous dirons donc, avec ses deux Directeurs, qu'après la pathologie générale vient l'étude des systèmes dans leur ordre le plus rationel.

C'est ainsi que l'appareil tégumentaire, le squelette, les articulations, figurent avant les vaisseaux, les muscles et les nerfs, qui leur donnent le mouvement, et qu'afin d'éviter la dissociation des questions du même ordre, qui frappe dans certains traités, les auteurs se sont efforcés de grouper les mêmes sujets. Par exemple, presque toutes les inflammations ou lésions des os, presque toutes les arthrites simples ou tuberculeuses, tous les anévrismes, sont réunis dans des chapitres spéciaux.

Enfin, les affections de l'appareil génito-urinaire des deux sexes sont traitées avec le développement que comporte la place qu'elles occupent aujourd'hui en chirurgie.

Une des conditions de succès d'un pareil ouvrage, est sa rapide publication, et nous sommes convaincu que sa direction mettra en très peu de temps au jour les dix volumes qui doivent le composer. E. R.

CONDITIONS D'ADMISSION

Et formalités à suivre pour le concours pour les prix à décerner en 1895 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1896.

Les candidats qui désirent prendre part au concours devront se présenter au secrétariat général de l'Administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches ne peut être accueillie.

Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes.

Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après :

1° Un certificat constatant leur service en qualité d'externe, depuis le 1er mai 1895, sans interruption motivée ;

2° Des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externe, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

La nomination aux places d'internes vacantes et les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie sont l'objet d'un seul et même concours.

Le jury, pour ce concours, se compose de dix membres, dont quatre médecins, quatre chirurgiens et deux accoucheurs, tirés au sort parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs, chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, et parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Les épreuves sont réglées comme il suit :

1° *Une épreuve d'admissibilité, consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie*, pour laquelle il sera accordé deux heures ;

2° *Une épreuve orale sur les mêmes sujets*. Il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui sera échue.

A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements.

Le jury se dédouble, pour entendre la lecture des copies déposées par les candidats, en deux sections composées chacune de cinq membres : deux médecins, deux chirurgiens et un accoucheur, et chargées de juger : l'une, la question d'anatomie ; l'autre, la question de pathologie.

Chacune des sections du jury fonctionne séparément dans les formes qui vont être déterminées ci-après :

Les candidats rédigent leur composition d'anatomie et leur composition de pathologie sur deux cahiers séparés qu'ils réunissent ensuite sous une même couverture après les avoir signées l'une et l'autre.

Dans une séance spéciale, le président du jury, assisté de l'un de ses collègues, et en présence des candidats, tire au sort, et une à une, toutes les copies qui ont été déposées. Les noms que portent ces copies sont transcrits au fur et à mesure sur une liste et numérotés dans l'ordre du tirage. Les copies d'anatomie et les copies de pathologie sont séparées au fur et à mesure et placées dans l'ordre du tirage, dans des cartons distincts.

Immédiatement après cette opération, il est procédé, par la voie du tirage au sort, à la constitution des deux sections du jury ; la première section constituée est la section d'anatomie.

La section d'anatomie entend la lecture des copies dans l'ordre normal établi par le tirage au sort ; pour la section de pathologie, l'ordre des lectures est déterminé ainsi qu'il suit : la liste numérotée des candidats étant divisée par moitié, les lectures commencent par la deuxième moitié pour se continuer ensuite par la première ; dans chacune de ces deux séries on suit l'ordre du numérotage.

Lorsque la liste des candidats admis à prendre part à la deuxième épreuve a été arrêtée d'après l'addition des points obtenus dans chacune des deux sections du jury, celui-ci se reconstitue, par la réunion de ses deux sections, pour procéder, dans les formes ordinaires, à l'épreuve orale.

Pour la nomination des internes en médecine, la liste des candidats appelés à subir les épreuves de la deuxième série se compose d'un nombre triple de celui des places vacantes.

Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont admis à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

A cet effet, leurs compositions sont mises à part, lors du tirage général des copies, pour être lues dans chacune des deux sections, dès les premières séances, dans les formes prescrites.

Cette lecture terminée, ces candidats sont appelés à subir l'épreuve orale devant les deux sections du jury réunies.

Ces deux sections se séparent ensuite pour entendre la lecture des copies des autres candidats.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves du concours est fixé comme il suit.

Pour la composition écrite :

Epreuve d'anatomie, 15 points ; épreuve de pathologie, 15 points = 30 points.

Pour l'épreuve orale : 20 points.

Le jugement des épreuves terminé, le jury procède au classement des candidats et, par suite, les prix, accessits et mentions, sont décernés aux quatre premiers élèves dans l'ordre de leur nomination.

Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série. Le jury se fait présenter, au moment de porter son jugement, les notes confidentielles qui ont été délivrées par les chefs de service aux candidats, depuis qu'ils remplissent les fonctions d'externes dans les hôpitaux.

Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves internes en médecine et en chirurgie, le jury décide s'il

existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury dresse une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer au besoin les titulaires et qu'il classe dans l'ordre de mérite.

Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

Avis spécial. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions que s'ils se sont faits de nouveau recevoir externes.

Par application de cette disposition, les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Un congé, pour l'année scolaire 1895-1896, est accordé, sur leur demande et pour raisons de santé, à MM. Germain Sée, professeur de clinique médicale, et Tarnier, professeur de clinique obstétricale.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1895-1896, des cours ci-après désignés : MM. Nélaton, agrégé : pathologie chirurgicale (pendant l'absence de M. Lannelongue, député) ; — Charrin, agrégé : clinique médicale, — et Bar, agrégé : clinique obstétricale.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1895-1896, des cours complémentaires ci-après désignés : MM. Lejars, agrégé : pathologie chirurgicale ; — Bonnaire, agrégé : enseignement des élèves sages-femmes ; — Maygrier, agrégé libre : accouchements.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Ducamp, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1895-1896, d'un cours de médecine légale et toxicologie.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1895-1896, des cours complémentaires ci-après désignés : MM. Puech, agrégé : accouchements ; — Estor, agrégé : pathologie chirurgicale ; — Sarda, agrégé : clinique des maladies des vieillards ; — Bosc, agrégé : clinique des maladies des enfants ; — Brousse, agrégé libre : clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Troisième Congrès de médecine. — Le troisième Congrès de médecine se tiendra à Nancy en 1896 sous la présidence de M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Sont nommés vice-présidents : MM. Bernheim et Spillmann ; secrétaire général, M. Simon ; trésorier, M. Staher.

Les questions qui y seront traitées sont les suivantes :

Coagulations sanguines intra-vasculaires.

Pronostic des albuminuries.

Applications de la sérothérapie au traitement des maladies.

Banquet à Bordeaux des anciens internes de Paris. — Les anciens internes et internes des hôpitaux de Paris, actuellement présents à Bordeaux à l'occasion des Congrès, se sont réunis en un punch confraternel. A côté d'internes encore en exercice, on voyait de nombreux professeurs et agrégés, des membres de l'Académie de Médecine, et un membre de l'Institut ; la plus cordiale gaîté n'a cessé de régner. M. Pamard, d'Avignon, doyen de promotion (1856), a donné l'exemple.

Médecins conseillers généraux. — Nous relevons parmi les présidents des conseils généraux des départements, les noms de MM. les docteurs Cornil (Allier), Turgis (Calvados), Theulier (Dordogne), Lourties (Landes), Th. Roussel (Lozère) et Gensollen (Var).

Hôpitaux de Rouen. — Le concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux, s'est terminé par la nomination de M. le Dr Magniaux.

Loi modifiant l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée, en ce qui touche les obligations militaires des étudiants en droit, en médecine et en pharmacie :

« Le Sénat et la Chambre des Députés ont adopté,

« Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

« Article unique. — L'article 24, paragraphes 1 et 2, de la loi du 15 juillet 1889, est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 24. — Les jeunes gens visés au paragraphe 1er de « l'article précédent qui, dans l'année qui suivra leur « année de service, n'auraient pas obtenu un emploi de « professeur, de maître répétiteur ou d'instituteur, ou qui « cesseraient de le remplir avant l'expiration du délai « fixé ;

« Ceux qui n'auraient pas obtenu avant l'âge de vingt-« six ans les diplômes ou les prix spécifiés aux alinéas du « paragraphe 2, à l'exception toutefois des diplômes de « docteur en droit, de docteur en médecine, de pharma-« cien de première classe et du titre d'interne des hôpi-« taux nommé au concours dans une ville où il existe une « Faculté de médecine, pour l'obtention desquels la limite « d'âge, en ce qui touche le bénéfice résultant de l'article « 23, est fixée à vingt-sept ans. »

« La présente loi aura effet rétroactif à dater du 1er janvier 1895.

« La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des Députés, sera exécutoire comme loi de l'État. »

Les conséquences démographiques qu'ont eues pour la France les guerres depuis un siècle. Sous ce titre, le Dr Lagneau, dans l'*Avenir militaire*, a fait paraître un travail dont voici les résultats.

Au commencement de la Révolution, l'effectif de l'armée française était de 120,000 hommes. Pour faire face aux dix années 1791 à 1800 de guerres continues en Belgique, sur la Sambre, sur la Meuse, le Rhin, dans les Alpes, les Pyrénées, en Vendée, en Lombardie, en Egypte, 2,800,000 hommes furent appelés sous les drapeaux. Lors du recensement de l'an IX, il ne restait plus que 677,598 militaires. Tués ou morts de maladie, les guerres de la première République coûtèrent à la France 2,122,402 hommes.

De 1801 à Waterloo, 3,157,598 hommes suffirent à peine à combler les vides résultant des guerres incessantes. Austerlitz, Iéna, Auerstædt, Eylau, Friedland, Saragosse, Torgau, Eckmühl, Sacile, Essling, Wagram, Tarragone, Smolensk, Schwardine, la Moskowa, Lutzen, Bautzen, Vittoria, Dresde, Leipzig, Hanau, Craon, Laon, Arcis-sur-Aube, Fère-Champenoise, Paris, Toulouse, enfin Waterloo, coûtèrent à leur tour à la France, près de deux millions de soldats.

Les campagnes de 1823, 1828, 1832 furent moins meurtrières. La conquête de l'Algérie l'a été, surtout à cause des épidémies.

Sur les 309,268 hommes qui prirent part à la guerre de Crimée, 95,615 succombèrent. Sur les 500,000 qui franchirent les Alpes durant la guerre d'Italie, on a constaté 18,675 décès. L'expédition de Chine, sur un corps d'armée de 8,000 hommes, a coûté la vie à 950 soldats. En Cochinchine, durant les dix-neuf premières années, la mortalité a été de 48 sur 1,000. La statistique médicale de l'armée ne contient aucun document sur la mortalité au Mexique.

Les rapports de 1870 et de 1871 n'ont pas été fournis. Par suite, on ne peut connaître l'ensemble des pertes éprouvées. De divers documents, il semble résulter qu'en 1870 on a appelé 380,000 hommes des classes 1869 et 1870, et vraisemblablement 700,000 hommes des classes antérieures, soit environ un million d'hommes venant se joindre aux 417,000 hommes composant l'effectif moyen de 1869.

M. Levasseur estime qu'il y aurait eu 139,000 morts et 143,000 blessés dans les armées françaises.

En résumé, de l'étude démographique de M. Lagneau, il résulte que la guerre, depuis un siècle, a coûté la vie à près de six millions de Français.

La catastrophe de Saint-Brieuc. — Nous lisons dans le *Journal des Praticiens* cette note que nous sommes heureux de reproduire : « Nous sommes heureux de signaler l'admirable dévouement dont ont fait preuve nos confrères, les Drs Frogé et Testivint, de Saint-Brieuc, dans la terrible catastrophe de chemin de fer qui a fait plus de quarante victimes. De l'avis de tous, nos confrères qui avaient à lutter contre des difficultés inouïes ont, au point de vue chirurgical et humanitaire, réalisé l'impossible. »

La Réclame médicale. — La chambre des médecins de Vienne a discuté récemment au delà de quelles limites la réclame devait être interdite aux médecins, et elle a adopté les articles ci-dessous comme formant code en la matière.

Un médecin commet une faute contre la dignité professionnelle par un des actes suivants : 1° faire ou laisser faire ou ne pas empêcher de faire (si c'est possible) des annonces dans les journaux (à l'exception des journaux médicaux), les affiches, les indicateurs, les guides, les annuaires (sauf ceux médicaux), les feuilles volantes, les circulaires et autres imprimés.

Cette règle ne s'applique pas à l'annonce dans les journaux répétée trois fois au plus, ni à l'envoi unique d'une circulaire pour faire connaître l'établissement d'un médecin, son retour après une longue absence ou son changement de demeure. Dans ce cas, l'annonce ne doit se composer que du nom, du grade académique, du titre médical légal, de l'indication de la spécialité, de l'adresse et de l'heure des consultations ; 2° publier ou laisser publier les lettres de remerciements et les attestations de reconnaissance de personnages soignés par lui ; 3° recommander directement ou indirectement dans des brochures et publications populaires ses propres services, ses médicaments, de préférence à ceux des autres médecins ; 4° donner une remise aux sages-femmes, garçons d'hôtel, commissionnaires, concierges, etc., pour les malades adressés ; 5° attirer sur soi l'attention du public au moyen d'enseignes charlatanesques ; 6° faire connaître d'une façon charlatanesque l'établissement médical que l'on possède ou que l'on dirige. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Le chirurgien général Billings, de l'armée des Etats-Unis, vient de demander sa mise à la retraite ; au mois d'octobre, ce très distingué confrère quittera le Army Medical Museum dont il est administrateur, et la Library of the surgeon general's Office, dont il est bibliothécaire, institutions qu'il a faites ce qu'elles sont par son habileté et par son dévouement.

Avant de prendre sa retraite, le chirurgien général Billings espère terminer le dernier volume de l'index catalogue, immense et précieux travail dont la profession médicale tout entière doit être reconnaissante au gouvernement des Etats-Unis, à son Army Medical Departement et avant tout au Dr John Shaw Billings. En prenant sa retraite, le Dr Billings ne cessera pas de travailler. Il a accepté la chaire d'hygiène à l'Université de Pensylvanie.

Affaire médico-judiciaire. — Un procès impliquant une question intéressante de responsabilité médicale se plaide en ce moment à Bruxelles. Voici l'affaire résumée en quelques lignes :

Un praticien de la capitale traitait une personne qui avait des pertes utérines. Un professeur, appelé en consultation, conseille un curettage ; cette opération est acceptée par le mari. La femme entre dans un institut pour être soumise au raclage. Au cours de l'opération, les médecins s'aperçoivent (après dilatation du col) qu'il y avait carcinome utérin et ils décident *stante pede* de faire l'hystérectomie totale sans demander l'avis de la patiente (qui était endormie) ni du mari absent. La malade a succombé à une hémorragie. Le mari a réclamé 50,000 francs de dommages-intérêts. Le ministère public a conclu à ce qu'on lui en alloue 5,000 (*cinq mille*) !

L'affaire en est là et le jugement sera rendu à huitaine. Voilà qui n'est pas fait pour encourager les médecins à pratiquer des opérations dites d'urgence. (*Le Scalpel.*)

Syndicats de malades. — Les sociétés de secours mutuels ne sont trop souvent que des associations constituées dans le but de rémunérer les soins médicaux à des prix dérisoires. Il vient de se créer en Allemagne, pour les personnes qui ne pourraient à aucun titre faire partie de ces sociétés ou qu'un certain respect humain retiendrait, des associations dites économiques qui inscrivent dans leur programme de mal payer le médecin.

Ainsi, à Leipzig, il existe deux sociétés, l'une appelée : *Association économique des professeurs*, l'autre : *Union économique de Leipzig*, qui acceptent comme membres les individus les plus fortunés. Sans offrir aux médecins aucun avantage, sans même leur garantir le paiement des honoraires, elles exigent d'eux des réductions importantes. Si ces sociétés prenaient un développemeni considérable elles pourraient bouleverser la situation déjà peu aisée des médecins.

Aussi la Société des médecins de Leipzig s'est-elle occupée de la question, et elle a décidé d'interdire à ses membres tout entente avec les sociétés en question.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. F. Helme : La question des végétations adénoïdes tuberculeuses.
II. Feuilleton.
III. Les Congrès : 1° Deuxième Congrès de médecine interne (*suite*) ; 2° Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (*suite et fin*).
IV. Association Médicale Britannique : 63e session tenue à Londres.
V. Académie de Médecine.
VI. Échos et nouvelles.

LA QUESTION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES TUBERCULEUSES

Il y a une vingtaine d'années, lorsque Meyer, de Copenhague, eut appelé l'attention des cliniciens sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal, et qu'il eut montré leur rôle et leur importance dans la pathologie infantile, on s'enthousiasma d'autant plus facilement pour sa découverte qu'il avait présenté la question d'une façon très simple et pour ainsi dire schématique. Un enfant respirait-il mal par le nez, ronflait-il la nuit, la rhinoscopie postérieure ou le toucher digital décelaient-il la présence de masses hypertrophiées au niveau du cavum, on enlevait l'obstacle à la respiration nasale et tout était dit.

Donc les auristes trouvèrent là tout d'abord le moyen d'enrayer dans beaucoup de cas ces otites à répétition qui faisaient leur désespoir. Quant aux rhinologistes, grâce à la simplicité du manuel opératoire, ils avaient beau jeu pour supprimer les réflexes d'origine nasale alors fort à la mode.

Les médecins d'enfants essayèrent bien de réagir un peu contre cette prépondérance donnée si subitement à la pathologie de l'amygdale pharyngée, et l'on se demanda même si à force de vouloir établir des formules trop compréhensives on n'allait pas faire passer toute la pathologie infantile par le nez.

Mais ce n'étaient là que critiques vagues contre des novateurs qui paraissaient aller trop loin, et personne n'avait songé à établir de dissociation dans le processus adénoïdien. M. Duplay, seul, avec un grand sens clinique avait hasardé cette opinion que Meyer pouvait avoir confondu dans sa description plusieurs espèces de tumeurs qu'on distinguerait sans doute un jour. C'était la première remarque qui eût été faite sur la nature des végétations ; et encore l'auteur avait-il pris soin de ce cantonner dans la forme la plus dubitative qui fût.

Avec le temps il fallut bien cependant reconnaître que la description de Meyer était vraiment trop synthétique. Ainsi on s'aperçut que certaines végétations récidivaient malgré tout le soin apporté à leur ablation, alors que pour d'autres une seule intervention suffisait. De plus, les résultats de l'opération pouvaient être variables. Par exemple tel enfant, après avoir été débarrassé de son amygdale pharyngée, voyait son état général s'améliorer considérablement alors que tel autre ne retirait aucun bénéfice du même traitement.

Enfin, on s'appliqua à distinguer de la végétation adénoïde proprement dite le processus inflamma-

FEUILLETON

La thèse de doctorat.

On a supprimé, il y a quelques années, les thèses d'agrégation. Voici qu'on parle de supprimer les thèses du doctorat. Je ne doute pas qu'on finira par s'y décider. Un vent de réformes souffle de toutes parts. On en veut ; il en faut. Justifiées ou non, toutes celles qui sont proposées arrivent à s'accomplir. Foin des anciennes coutûmes et des vieilles traditions. On les juge toutes et on les condamne toutes sur ce seul grief et sur ce seul considérant : « Routine ». Nous voulons du nouveau, n'en fût-il plus au monde. On nous en donne ; de quoi nous plaindrions-nous ?

La disparition de la thèse pour l'agrégation n'a guère soulevé de protestations. On en a facilement pris son parti, et des esprits, non moins sages qu'amis du progrès, pensent que cette antique épreuve est désormais remplacée avec avantage par les rapports généraux de débuts de congrès, qu'on a heureusement inaugurés à Bordeaux ces jours derniers. La plupart de ces rapports ont été en effet remarquables, mais ils ne remplacent pas, à mon avis, les thèses d'autrefois où, périodiquement, de trois ans en trois ans, se fixaient les progrès accomplis, s'affirmaient les acquisitions faites, pendant les intervalles, dans les diverses branches de l'art de guérir. Bon nombre de ces travaux de concours étaient des œuvres de maîtres, jalons posés sur la route de la science, documents précieux pour son histoire.

Infiniment plus modestes, les thèses de doctorat que certains voudraient voir disparaître à leur tour, ne me paraissent pas, non plus, justifier la mesure radicale dont elles sont menacées. Elles sont plus qu'une simple formalité, et si beaucoup d'entre elles ne représentent qu'une hâtive et insignifiante compilation, le nombre de celles qui ont quelque mérite et, parfois, une vraie valeur, devrait sauver les autres de la ruine. Les thèses inaugurales n'ont aucune prétention à marquer les étapes de la science, à être des dates dans son histoire, mais elles apportent à ses progrès une aide qu'on aurait tort de dédaigner. La mise en commun de tous ces efforts, l'accumulation de tous ces labeurs n'est certainement pas stérile, ne peut pas l'être. Tant d'idées ne sont pas brassées, tant d'observations ne

toire survenu au niveau de l'amygdale pharyngée, hypertrophiée ou non, processus que l'on désigna sous le nom d'adénoïdite (Lermoyez, Moure Helme).

Comme on le voit, le tableau de Meyer, d'abord un peu shématique, se précisait dans ses contours et avec le temps l'on établissait peu à peu dans l'histoire clinique du processus adénoïdien des différences que n'avait pu prévoir le médecin de Copenhague.

Pour le reste, au point de vue anatomique, les uns, avec Trautmann et Châtellier, considéraient la végétation comme une simple hypertrophie des corpuscules lymphoïdes, alors que d'autres, tels que Cuvillier, décrivaient une inflammation de la muqueuse à un stade essentiellement actif. Allant plus loin, Michel-Dansac *(Annales des maladies de l'oreille*, 1891), envisageant le tissu adénoïde du pharynx comme un véritable organe hématopoiétique, avait tenté d'ébaucher une division nouvelle basée sur la nature histologique des tumeurs, qu'il distinguait en lymphadéniques, scrofuleuses et syphilitiques.

Enfin, Pilliet avait constaté sur des coupes de tissu adénoïde hypertrophié la cellule géante, sans toutefois y trouver de bacilles. Mais personne n'avait fait allusion aux végétations adénoïdes tuberculeuses, lorsque l'an dernier, M. Lermoyez, dont l'attention avait été appelée depuis longtemps sur ce point, communiqua à la *Société médicale des Hôpitaux*, deux observations, l'une très nette, de tuberculose de l'amygdale pharyngée.

***

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente-huit ans, de bonne santé habituelle, atteinte d'une obstruction nasale chronique datant de l'enfance. Elle venait consulter à l'hôpital pour un écoulement purulent de l'oreille gauche remontant à 1887 et causant une surdité accentuée, seul symptôme qui l'incommodât. A part cela, aucun passé pathologique. Mariée à un homme bien portant, elle avait trois jeunes enfants bien vigoureux. Facies adénoïdien typique. L'exploration digitale décelait des végétations adénoïdes mollasses, moyennement abondantes, accumulées surtout au niveau des choanes et des orifices tubaires. On fit l'opération avec le couteau de Gottstein ; les suites furent des plus simples.

Un mois après l'opération, l'état général était devenu mauvais ; toux matinale et sueurs nocturnes. A la pression, submatité ; à l'auscultation, expiration prolongée d'abord ; puis, quelques semaines après, craquements au sommet droit. Bref, on assistait à l'évolution d'une phtisie pulmonaire rapide. Or, par une circonstance rare dans les milieux pauvres, M. Lermoyez put avoir les renseignements les plus complets sur les antécédents pathologiques de la malade. Le médecin qui la soignait depuis huit ans l'avait bien souvent auscultée sans avoir jamais trouvé rien de suspect. Elle n'avait eu qu'une légère atteinte d'influenza, en juin 1893, quelques mois avant son opération. Cette fois les faits se précisaient. Chez une femme bien portante, l'ablation de végétations adénoïdes, jusque-là tolérées, avait été le point de départ d'une tuberculose pulmonaire à évolution rapide. Restait à l'expliquer. La malade n'avait pu être infectée pendant l'opération puisque toutes les précautions d'asepsie avaient été prises. Existait-il, au sein des tissus, des tubercules à l'état de repos enkystés par les travées scléreuses, que montrent toujours les végétations adénoïdes de l'adulte ? L'opération avait pu, dans ce cas, provoquer la pé-

---

sont pas réunies sans qu'il en résulte un profit. Admettons, pour ne rien exagérer, que vingt pour cent de ces travaux soient bons ; est-ce là un appoint tout à fait négligeable ? C'est la lumière projetée sur quantité de points — secondaires, si l'on veut, sur mille détails — d'arrière-plan, je l'accorde, sur une foule de questions — d'importance réduite, c'est possible (à supposer que les vérités scientifiques soient susceptibles d'être ainsi hiérarchisées), mais toutes ces petites acquisitions sont-elles si méprisables ?

Que de faits, que d'idées n'auraient pas vu le jour ou l'auraient vu seulement beaucoup plus tard, s'ils n'avaient eu pour se produire l'occasion de quelque thèse ! Sans doute, ces idées-là n'appartiennent généralement pas à l'auteur du travail. Elles ont été émises devant lui, semées en son esprit par le maître, au hasard d'une conversation, dans le cours d'une visite d'hôpital, en une causerie de laboratoire ; un incident chirurgical, une surprise d'expérience les ont fait naître. L'élève n'a fait que les recueillir, les cultiver, les développer, leur donner un corps. Cela est déjà beaucoup. Le maître n'eût pas trouvé le temps, peut-être, de creuser le terrain. D'autres travaux absorbent ses heures, d'autres recherches réclament ses méditations. L'idée eût été perdue, oubliée, retrouvée plus tard probablement, mais combien plus tard ?

L'importance, l'utilité tout au moins, des thèses de doctorat, me paraît être mise en relief chaque jour par la lecture de maints travaux originaux, de maints mémoires. Il n'en est guère où l'on ne retrouve, citées dans le texte même où dans les notes qui l'accompagnent à titre de justifications bibliographiques, quelques-unes de ces thèses décriées et qu'on propose de proscrire. Elles ne sont point rares celles que la presse médicale ne juge pas indignes d'une courte analyse ou d'une discussion sommaire. C'est en faveur de celles-là qu'il faut savoir supporter les autres, celles dont l'inutilité, après tout, est le plus grand, même le seul défaut. Car à qui et à quoi portent-elles préjudice ?

Dispendieuses ? Oh ! je le sais bien, voilà le grand argument qu'on fait valoir, puisque en réalité il n'en est guère d'autre à invoquer sérieusement. Celui-là même est il de quelque poids ? Quelle aggravation appréciable est donc la thèse, droit de soutenance et prix d'impression ensemble, aux frais énormes qu'exige l'instructien médicale ? Qui a pu vivre pendant quatre ou cinq ans de la vie d'étudiant en une ville de Facultés, subira-t il un grand dommage

nétration de bacilles dans le sang. Ç'eut été, en somme, le même mécanisme que celui de la tuberculose pulmonaire développée à la suite de scarifications de lupus de la face, accident que personne ne songe à nier. L'examen histologique aurait seul donné la clé du problème; malheureusement, il ne put être fait.

Un second cas, observé par le même auteur, à quelque temps de distance, vint, cette fois, dissiper tous les doutes. Il s'agissait, en résumé, « d'un enfant issu d'une souche nettement tuberculeuse et offrant un arrêt de développement qu'aucune grave lésion viscérale ne semblait expliquer et dont une obstruction nasale très accentuée fournissait seule une raison suffisante. D'abondantes végétations adénoïdes qui la causent sont enlevées, elles présentent l'aspect habituel classique. Après une amélioration momentanée, l'enfant commence à présenter les signes d'un dépérissement rapide. De nouveau, les végétations qui ont récidivé sont enlevées, le microscope montre leur nature nettement tuberculeuse. L'enfant est alors soumis à une médication chlorurée sodique intensive et l'état général s'améliore enfin sous cette influence. Or, cet enfant était un tuberculeux en puissance ce que révélait seulement un peu de micropolyadénopathie généralisée; sous le masque banal des végétations adénoïdes, il portait une tuberculose végétante du naso-pharynx; et, comme il est de règle dans les tuberculoses locales, l'ablation par la méthode sanglante, probablement incomplète, donna lieu à des menaces de généralisation qui ne furent dissipées que par un traitement général salin que l'on sait convenir si bien aux formes locales de scrofulo-tuberculose infantile. »

L'observation, cette fois, était complète; elle montrait que les végétations adénoïdes peuvent être, dans certains cas extrêmement rares, de nature tuberculeuse. « Aucun signe clinique, ajoutait M. Lermoyez, ne permet de déceler la nature tuberculeuse de la végétation. L'histologie seule permet de préciser le diagnostic et de distinguer cette forme grave de l'hypertrophie banale de beaucoup la plus commune. »

Afin d'apprécier dans quelles proportions l'on rencontrait les végétations adénoïdes tuberculeuses, M. Lermoyez faisait dès lors examiner toutes les végétations qu'il enlevait. Si nos souvenirs sont exacts, sur cinquante examens, le microscope ne décela que deux fois la tuberculose. Il ne s'agissait donc là que d'une forme extrêmement rare, nous le le répétons, du processus adénoïdien.

***

Tel était l'état de la question lorsque M. Dieulafoy, dans une communication qui fit grand bruit, vint traiter à la tribune de l'Académie de la « Tuberculose larvée des trois amygdales ».

Pour cet auteur, à côté des types classiques de la tuberculose du pharynx, il existe une forme de tuberculose primitive qui, bien qu'insidieuse et échappant ainsi à l'observation, n'en est pas moins des plus fréquentes. Envisageant les amygdales comme une porte d'entrée ordinaire du bacille de Koch, M. Dieulafoy soutenait que dans une première étape le bacille se cantonne aux tonsilles; puis dans une deuxième, pénétrant plus avant, il arrive jusqu'aux lymphatiques (écrouelles). Enfin, le centre même de la place, le poumon, finit par subir l'invasion. Telle est la dernière étape de la marche du germe tuberculeux.

---

de cette dépense dernière qu'il est possible de contenir dans des limites fort modérées? Ce n'est pas au moment où cette ultime épreuve — ce gros mot vous fait sourire? — disons alors, où cet acte probatoire ultime sépare seul les jeunes gens de l'heure dorée où le *jus impunè occidendi* va leur faire l'existence de nabab connue de nous tous, qu'ils peuvent avoir le souci de quelques misérables lois que coûte l'honneur d'être argumenté sous la toge et le bonnet. Cela ne met personne sur la paille et fait vivre pas mal de gens.

Je ne voudrais pas me porter garant de ce que pense la génération actuelle. Est-elle plus sceptique, plus désabusée, plus pratique que la mienne? J'incline à croire que la jeunesse a de tout temps été identique à elle-même. Les qualités qui en sont le privilège ont, Dieu merci, un caractère de permanence grâce auquel le passé, pour elle, peut répondre du présent et de l'avenir. Or, si de mon temps, on avait parlé de supprimer la thèse, nous en eussions été très marris. Nous n'aurions peut-être pas osé le dire très haut, ni le laisser trop voir — par modestie, amour-propre ou respect humain, selon les cas — mais presque tous, sûrement, nous l'eussions vue disparaître avec regret.

Quelque peu d'illusions qu'on puisse avoir sur la valeur de l'œuvre, même baclée à la hâte, dans la fièvre des derniers jours, avec le seul désir d'en avoir fini, elle est le couronnement des longues études. A supposer que la science ne lui ait jamais rien dû, la profession du moins lui devrait un peu de gratitude pour le lustre qu'elle en reçoit. Une part, je la crois petite, mais une part de la considération dont nous jouissons, pourrait bien découler d'elle. Thèse et doctorat sont deux termes insérarables. Supprimez l'une, l'autre n'est plus rien qui vaille. Des examens échelonnés au long des semestres d'études, sans la consécration finale qui de ces anneaux disjoints fait une chaîne ininterrompue, ne sauraient maintenir le prestige ni conférer l'autorité morale, qui sont un de nos plus sûrs moyens d'action et le meilleur élément de notre force. Ce serait transformer notre confrérie en un vaste corps d'officiers de santé. Croyez que le public arriverait promptement à nous considérer ainsi.

Que de bonnes choses encore disparaîtraient avec la thèse. Que de souvenirs d'affectueuses camaraderies, de chaudes amitiés, d'heures joyeuses et saines, on retrouve en ces courts autographes où la main d'un compagnon de

Donc les amygdales palatines, pharyngées ou linguales, constituent une porte d'entrée facile et fréquente du bacille de Koch, et il en résulte une tuberculose larvée qui peut prendre le masque de la vulgaire végétation adénoïde ou de l'hypertrophie amygdalienne.

Nous n'avons pas cru devoir entrer dans le détail du mémoire de M. Dieulafoy, il est suffisamment connu de tous; rappelons seulement que ses expériences, d'ailleurs très bien conduites, est-il besoin de le dire, étaient basées sur l'inoculation aux animaux de fragments de végétations ou de tissu amygdalien. Il n'y avait eu en aucun cas d'examen histologique.

On conçoit toute l'importance de cette thèse nouvelle, tant au point de vue de l'étiologie de la tuberculose que de sa prophylaxie. Mais les expériences de M. Dieulafoy doivent-elles entraîner la conviction complète; ce n'est pas notre avis. Alors que M. Lermoyez trouve deux végétations tuberculeuses sur cinquante cas, 1/25, M. Dieulafoy en trouve sept sur trente-cinq, 1/5; comment expliquer cette différence dans la statistique des deux observateurs? Cela tient, suivant nous, à ce que l'un et l'autre sont partis de points de vue absolument distincts, l'un se cantonnant dans l'examen histologique, l'autre se limitant à la seule inoculation. Il résulte de ce fait que les expériences de chacun d'eux sont peut-être incomplètes, puisque tous deux se sont contentés d'un seul mode de contrôle.

Cependant, on doit reconnaître sans parti-pris que l'observation clinique semble donner raison surtout à M. Lermoyez. Une enquête soigneuse, qui a porté sur nombre de malades opérés depuis quelques années, paraît montrer que les végétations adénoïdes tuberculeuses constituent une entité morbide des plus rares.

D'ailleurs, les assertions de M. Dieulafoy et de M. Lermoyez ne sont qu'en contradiction apparente, et voici comment on peut les concilier. Tout le monde sait qu'au début de l'ère bactériologique on pensait que les microbes pathogènes étaient extérieurs à l'organisme; ils créaient la maladie dès qu'ils y pénétraient. Plus tard on reconnut que nombre de pathogènes habitent nos cavités, pneumocoques de la salive, coli-bacille de l'intestin, etc. Récemment encore Strauss démontrait que le bacille de Koch peut exister normalement dans le nez.

Il en résulte qu'il n'est point difficile d'inoculer la tuberculose aux animaux, avec des tissus prélevés dans des milieux essentiellement septiques. Mais il ne s'ensuit pas que les malades soient pour cela tuberculeux. Pourra-t-on dire, par exemple, que tout individu dont la salive inocule le pneumocoque, a une angine pneumococcique? Non. De même ici, de ce qu'un animal devient tuberculeux à la suite d'inoculation, on ne peut conclure que la végétation ou l'amygdale est nettement tuberculeuse. Absolument normale et saine, elle peut contenir la bacille seulement à sa surface, et celui-ci, avant de s'implanter dans l'organisme, aura encore à vaincre la résistance de tous les éléments de défense qui lui barrent la route. Donc, pour nous, les expériences de M. Dieulafoy ne sont que le complément, pour les amygdales et leurs cryptes, des expériences de Strauss sur les cavités nasales; et nous dirons qu'on doit à l'heure actuelle distinguer deux types dans les végétations: 1° la *végétation bacillifère* (type Dieulafoy); 2° la *végétation bacillaire* (type Lermoyez). Le bacille peut vivre tout d'abord à la surface de l'amygdale; ce

---

travail et de gaîté a griffonné sur la première page blanche de la plaquette, le témoignage d'une cordiale sympathie. Pendant les quelques années où l'on donne loyalement, sans arrière-pensée, dans toute la spontanéité franche de la jeunesse, le meilleur de soi à ceux qu'on aime, on a vécu côte à côte avec des amis sûrs et choisis; vécu de la même vie matérielle et morale en absolue communauté d'idées, de doctrines, d'aspirations; puis, le moment venu, voici que chacun s'en va par une route différente, le groupe se disjoint, se disperse aux quatre coins du pays ou du monde; jamais, peut-être les hasards de la vie ne donneront à ces amis la joie de se retrouver. L'échange de lettres durera combien de temps? Travaux, soucis, fatigues n'en laisseront bientôt plus le loisir. Mais un jour, en remaniant un rayon poudreux de la bibliothèque, on a mis au jour tout un lot de minces brochures multicolores, et sous le coin soulevé de leurs couvertures bleues, vertes ou roses, on a relu, non toujours sans émotion, les deux lignes d'amical hommage qui font revivre tout le riant passé.

En feuilletant, hier, quelques-uns de ces opuscules que le temps a jaunis déjà, j'en retrouvai un à la confection duquel j'avais collaboré. Il avait été fait en une soirée.

Voici comment:

Le maître auquel nous nous étions attachés, plusieurs de mes amis et moi, avait indiqué à l'un de nous un sujet de thèse. Il voulait y faire développer quelques-unes de ses idées favorites, qui lui étaient tout à fait personnelles et qu'il fallait rendre avec la plus scrupuleuse exactitude. Pour certaines raisons la chose n'allait pas sans difficultés. Il eût fallu à notre camarade des notes étendues, le canevas, l'esquisse suffisamment détaillée de quelques chapitres. On les lui promettait chaque jour pour le lendemain. Mais absorbé par une besogne formidable, car il avait une clientèle très étendue, il donnait en outre à son service hospitalier ses matinées tout entières et préparait son enseignement avec un soin et une conscience poussés jusqu'au scrupule, le maître ne trouvait point le temps matériel de s'occuper d'un autre travail.

Cependant les vacances étaient proches, il fallait se presser. Aussi devenions-nous importuns. Quand le professeur nous voyait venir vers lui, le matin après sa visite (notre camarade luttait contre sa naturelle timidité en se faisant accompagner par trois ou quatre d'entre nous), avant que nous n'ayons ouvert la bouche pour formuler

n'est que dans une seconde étape que l'inoculation aura lieu et que l'amygdale deviendra bacillaire.

Il est facile de comprendre qu'à tous moments, sous l'influence de causes multiples qu'il serait trop long d'énumérer: aliments, objets souillés, etc., etc., le bacille peut pénétrer dans les cavités buccales et nasales. A ce niveau, se trouvent quantité des organes aseptiques, mais communiquant avec des cavités septiques. Les germes peuvent pénétrer dans l'intérieur de ces organes, et l'inoculation sera positive et l'organe restera sain. Cette distinction en deux types n'a pas seulement un intérêt d'ordre didactique, elle a encore une importance capitale au point de vue pronostic et traitement. On conçoit combien l'avenir du malade sera différent suivant que l'une ou l'autre des étapes aura été franchie. Autre chose est d'avoir du bacille de Koch seulement dans les cryptes amygdaliennes, et autre chose d'avoir dans la bouche un organe tuberculisé. La biopsie seule permettra de classer la lésion à son véritable rang et d'instituer le traitement rationnel. Pour l'amygdale bacillifère, il s'agit là d'un organe de défense; suivant l'état dans lequel il se trouve, on pourra ou non le respecter. En tous cas, le but devra être surtout ici d'empêcher par un traitement général « la connivence de l'organisme de se produire ». Quant à l'amygdale tuberculeuse, comme il ne s'agit plus que d'un organe détruit et en outre dangereux, l'opération s'impose, mais avec toutes les précautions aseptiques d'usage.

En terminant ce chapitre d'attente, sans vouloir nier le rôle que M. Dieulafoy fait jouer aux amygdales comme portes d'entrée de la tuberculose dans notre organisme, nous dirons qu'avant de pénétrer dans l'intimité des tissus et y provoquer la réaction histologique caractéristique, la bacille peut vivre dans les cryptes qui sont simplement bacillifères. Ce n'est qu'à un stade plus avancé et heureusement rare, qu'il donnera lieu à la végétation tuberculeuse proprement dite.

F. Helme.

LES CONGRÈS

DEUXIÈME CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE

SUITE (1)

THÉRAPEUTIQUE

Les antithermiques analgésiques. — Les antithermiques analgésiques ont été classés par M. Schmitt de la manière suivante :

1° Le groupe des *phénols*, dans lequel rentrent l'acide phénique, la résorcine, la pyrocatéchine, l'hydroquinone, le thymol, le gaïacol, le naphtol et l'avaprol. La valeur antiseptique donne dans ce premier groupe dont les termes agissent directement sur les microbes et peut-être sur leurs toxines. L'action analgésique est peu prononcée, l'action antithermique est réelle et énergique mais passagère et s'accompagnant souvent de phénomènes secondaires graves. Un état d'anémie profonde peut suivre l'administration prolongée de doses relativement faibles ;

2° Le groupe des *acides aromatiques* comprenant l'acide salicylique, l'acide benzoïque, l'acide anisique, le bétol, le salol, etc. L'action antiseptique domine encore mais le protoplasma est moins atteint que par les membres de la première série. Tous ces acides

(1) Voir les numéros précédents.

---

l'objet toujours pareil de nos demandes : « Voilà, faisait le maître, voilà mes remords vivants qui me poursuivent. »

« Je suis désolé, nous dit-il un jour, des retards que malgré moi, j'apporte à tenir ma promesse. Mais venez ce soir, chez moi, tous les cinq, prendre le café, et nous ferons la thèse ensemble. Je vous donne ma parole qu'elle sera terminée demain matin ». Elle le fut. Dans le cabinet très simple, au meuble en reps vert, dont le seul luxe, la seule élégance plutôt, était une vitrine ancienne où se classait un outillage minutieux et très soigné, nous nous étions installés pour écrire, comme nous avions pu. Deux d'entre nous copiaient des observations sur le registre où le maître les avait recueillies lui-même, écrites de sa main. Un autre, sous la dictée, écrivait l'étiologie et l'anatomie pathologique ; un quatrième, la symtomatologie et le diagnostic ; le maître, tout en dictant à ces deux copistes, rédigeait le chapitre du traitement sur de courts feuillets, griffonnés au crayon, illisibles, hiéroglyphiques, que le cinquième de nous déchiffrait non sans peine et mettait au net, à mesure qu'ils étaient remplis. La fumée de la demi-douzaine de pipes dont la combustion s'arrêtait rarement, prolongeait l'excitation du café et trompait la fatigue.

Quand nous sortîmes, le jour blanchissait déjà un coin de l'horizon. Nous allâmes ensemble chez le candidat et là, sans désemparer, nous fîmes les retouches, les corrections et les raccords nécessaires à un travail accompli dans les conditions que je viens de dire. A l'heure du déjeuner le manuscrit était à point; il n'y manquait plus que le bon à imprimer. La thèse valut à son auteur les félicitations de son jury. — Vous n'en éprouvez, j'imagine, nul étonnement.

Ce souvenir qui est des plus originaux de ma vie d'étudiant, fût-il jamais remonté à la surface de ma mémoire, si je n'avais retrouvé l'opuscule en question avec sa dédicace : « A mon vieux copain, souvenir d'une bonne soirée. »?

Gardons la thèse. Il y a plus de raisons, et de meilleures pour conserver que pour détruire ce vieux reste des traditions par où le présent de notre profession se relie à son passé.

Association française pour l'avancement des sciences. — M. Huchard a été élu président de la section médicale du prochain Congrès de la dite Association, qui se tiendra en 1896 à Tunis.

jouissent de la propriété de se combiner aux déchets nutritifs et de les solubiliser, de telle sorte que le rein les élimine;

3° Le groupe des *anilides* renferme l'antifébrine, l'exalgine, la phénacétine, la nethacétine, le salophène, etc.;

4° Le groupe de la *phénylhydrazine* plus, toxique que le précédent;

5° Le groupe de la *gaïacoline*, dont les dérivés n'ont pu être encore bien étudiés;

6° Le groupe du *pyrrol*, dans lequel rentre l'antipyrine, la salipyrine, le tolyval.

On doit exiger d'un bon antipyrétique qu'il ait sur la température du fébricitant une action sûre, prolongée, exempte de toute manifestation accessoire fâcheuse. M. Schmitt a recherché si les médicaments qu'il avait passé en revue remplissaient ces conditions et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les nombreux médicaments qui composent le groupe assez mal délimité des antithermiques analgésiques, se caractérisent par leur action protoplasmique, leur action sanguine et surtout leur action nerveuse;

2° La prédominance ou l'exagération de l'une ou l'autre de ces actions est en rapport avec leur constitution chimique et détermine les différences de leurs effets thérapeutiques et des accidents qu'ils peuvent produire;

3° Ils ne s'adressent, dans l'immense majorité des cas, qu'à un symptôme : élévation de température ou douleur;

4° Comme antithermiques ou plutôt antihyperthermiques, ils peuvent avoir, dans certains cas, une action favorable; le plus souvent, ils sont inutiles ou dangereux;

5° Comme analgésiques, ils occupent une place importante et incontestée dans la médication de la douleur.

Ce que M. Schmitt reproche d'abord aux antithermiques analgésiques, ce sont les dangers qui résultent de leur emploi.

En dehors des accidents toxiques graves, ces corps provoquent en effet facilement des phénomènes secondaires que l'on observe même avec les moins dangereux et sur lesquels M. Schmitt a insisté :

La quinine et le salicylate de soude produisent des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, une sorte d'ivresse qui, avec la quinine, peut s'accompagner de délire. Il y a aussi une ivresse antipyrinique, tandis que l'acétanilide et la phénocétine produisent plutôt de la somnolence et de la céphalalgie.

Parfois, on observe des troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleurs épigastriques; la quinine, l'acide salicylique et l'antipyrine y donnent lieu plus souvent que leurs congénères. Les exanthèmes sont très fréquents. Ce sont, le plus souvent, des éruptions érythémateuses, roséoliformes ou scarlatiniformes; plus rarement des éruptions papuleuses, vésiculeuses, ortiées, etc., ordinairement apyrétiques, ces exanthèmes donnent lieu parfois à une recrudescence de la fièvre existante. On a vu des œdèmes sous-cutanés ou muqueux, même l'œdème grave de la glotte; du catarrhe nasal, naso-pharyngien ou bronchique; des hémorragies diverses : hémoptysies, hématémèses, hématuries, ménorrhagies, etc. Les éruptions sont surtout observées avec l'antipyrine.

Un autre accident très commun est la cyanose, qui paraît due aux modifications de l'hémoglobine. Elle est de règle après l'administration des hydrazines et des dérivés de la quinoline; fréquente avec l'acétanilide, elle est plus rare avec la phénacétine et l'antipyrine, et tout à fait exceptionnelle avec la quinine.

Du côté de la circulation on a signalé des intermittences cardiaques, des palpitations, de l'affaiblissement du cœur, des accès d'origine précordiale, mais on ne les a guère constatés qu'avec de fortes doses. A petites doses l'acétanilide aurait, d'après Lépine, une action tonicardiaque comme la quinine.

Parmi les symptômes les plus communs il faut citer les frissons et les sueurs; celles-ci se produisent au moment de la défervescence et sont, en général, d'autant plus abondantes que la chute thermique est plus rapide; on peut les éviter ou les atténuer par l'atrophine ou l'agaricine; quant aux frissons, c'est au moment de la réascension thermique qu'ils se montrent de préférence, et ils sont également plus intenses si la réascension est brusque.

Tous ces phénomènes secondaires sont passagers, et même ceux qui sont le plus accusés et paraissent le plus effrayants, la cyanose, par exemple, ne présentent aucun inconvénient si l'on suspend le médicament et si les doses n'ont pas été trop considérables.

Mais autrement sérieux sont les accidents de collapsus qu'on a observés avec tous les antithermiques, même les plus inoffensifs habituellement, et qui peuvent se produire brusquement, alors que le médicament était bien toléré jusque-là et administré à doses relativement faibles, 1 ou 2 gr. d'antipyrine, 0gr,50 d'acétanilide, 0gr,10 de pyrodine.

Les phénomènes d'intolérance s'observent de préférence chez les fébricitants, les femmes, les sujets dont les reins sont en mauvais état, ou bien encore après l'emploi de doses fortes et massives; mais ils peuvent se produire, le collapsus en particulier, en dehors de toutes ces conditions. Assez rares cependant, et le plus souvent assez bénins pour ne pas faire rejeter l'emploi de ces médicaments, ils con-

duisent en pratique à cette règle : d'éviter chez le fébricitant de fortes doses, de s'assurer de l'état de perméabilité rénale ; et comme il faut tenir compte de certaines susceptibilités individuelles, de tâter toujours le terrain avant d'arriver aux hautes doses, même pour les médicaments les moins dangereux : la quinine, l'acide salicylique, l'antipyrine, la phénacétine. Ce sont là des nécessités de l'emploi des antipyrétiques analgésiques ; on pourrait passer outre s'ils étaient réellement utiles contre la fièvre, s'ils pouvaient atteindre le microbe dans les maladies infectieuses. Mais en dehors du sulfate de quinine dans la fièvre intermittente et du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, aucun d'eux n'a d'action spécifique, aucun d'eux ne fait avorter une maladie fébrile, n'en abrège la durée. Les antipyrétiques ne diminuent pas non plus la gravité de l'affection, le danger des complications ; enfin l'abaissement thermique que l'on obtient dans les pyrexies par les antithermiques analgésiques n'est le plus souvent qu'un masque d'apyrexie sans aucune valeur, un trompe-l'œil qui empêche le médecin de se rendre compte de la gravité de la maladie.

Sans insister sur l'action spéciale de certains antithermiques sur les échanges, on peut dire, avec M. Schmitt, que, à bien des points de vue, la méthode réfrigérante est supérieure à l'antipyrèse médicamenteuse, car tout en augmentant comme cette dernière la déperdition du calorique, elle favorise les oxydations, stimule le système nerveux, relève le tonus vasculaire, combat l'adynamie, active la nutrition cellulaire et excite les fonctions dépuratives et sécrétoires de l'économie.

Cependant, dans certaines affections fébriles peu graves, dans des grippes légères, dans l'angine herpétique, etc., où la température se trouve brusquement portée à un taux assez élevé, les antithermiques analgésiques peuvent, en abaissant la température qui les tient directement sous sa dépendance, faire cesser la céphalée, le délire, les courbatures, la sensation pénible de chaleur mordicante, et, par les sueurs qu'ils provoquent, le sentiment d'ardeur et de sécheresse de le peau qui fatigue le malade. Ce sont là, pour M. Schmitt, les seules indications de l'antipyrèse médicamenteuse : élévation brusque de la température, réaction nerveuse excessive, caractère passager de la fièvre, bénignité de l'infection. C'est peu pour des médicaments que l'on avait tant prônés.

— M. Laborde a étudié les antithermiques analgésiques surtout au point de vue physiologique. Pour lui, ces médicaments appartiennent primitivement au groupe quinique et à ses dérivés, et, secondairement, aux dérivés de la benzine. Dans le premier de ces groupes, il y a surtout des antithermiques doués en même temps de propriétés antipériodiques et antipyrétiques ; dans le second, surtout des analgésiques à pouvoir antipyrétique, accessoire semblant relever d'influence modificatrice et toxique sur les éléments du sang. Enfin, M. Laborde admet que l'action pharmaco-dynamique des antithermiques analgésiques s'exerce essentiellement sur le système nerveux, et d'une façon élective sur les centres ou foyers encéphaliques de sensibilité.

— M. Comby est venu vanter l'utilité de l'antipyrine chez les enfants, ils la tolèrent bien et on peut la leur prescrire à hautes doses. Sur des centaines de cas il n'y a jamais eu ni maux d'estomac ni troubles de la fonction rénale. Une seule fois, M. Comby a vu se produire une érythème fugace et sans gravité. On doit donner le médicament à doses massives aux enfants atteints de maladies spasmodiques. On fera prendre, en une fois, 0,25 à 1 gr., selon l'âge, et on pourra répéter la dose deux à cinq et six fois par jour. L'antipyrine est un bon médicament de la chorée dont elle atténue la violence et abaisse la durée ; M. Comby a échoué dans la coqueluche. Par contre, il vante le médicament dans les fièvres, et pour lui, quand l'antipyrine à dose suffisante ne produit pas d'abaissement de la température, c'est un signe pronostique grave.

— M. Rondot a étudié l'action antithermique des badigeonnages de gaïacol. Assez souvent, deux à trois heures après le début de l'abaissement thermique, il se produit ; la température remonte beaucoup ; quelquefois même, la température, bien loin de baisser, s'élève d'emblée d'un demi-degré à un degré. Le gaïacol détermine de la polyurie. On doit employer 0,50 de médicament dissous dans l'huile ou la glycérine. Les applications sont indiquées dans les manifestations fébriles de la tuberculose et même dans les formes torpides de la maladie ; elles peuvent être efficaces dans la fièvre typhoïde.

M. Bard rejette au contraire les badigeonnages de gaïacol de la thérapeutique de la fièvre typhoïde et les préconise dans l'érysipèle et dans la pneumonie. Dans la tuberculose on doit, d'après lui, en restreindre l'emploi aux cas de poussées granuleuses interstitielles sans complication de suppuration ni de pneumonie périphérique.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

SUITE ET FIN (1)

Nous allons terminer aujourd'hui le résumé des principales questions qui ont été traitées dans ce Congrès.

(1) Voir les numéros précédents.

Dans la section de gynécologie, M. Mauclaire (de Paris), a fait une communication sur les **variations de la cavité utérine.** Il s'est basé sur quarante-cinq moulages en cire pris sur des utérus normaux ou pathologiques.

C'est au niveau des cornes utérines que se montrent les formes les plus variées. Celles-ci peuvent se terminer en pointes ou en lames ou en ailes de papillons.

Jamais, fait remarquer l'orateur, les injections à la cire n'ont pu pénétrer dans les trompes et pourtant l'orifice n'était pas oblitéré ainsi qu'il résulte des constatations de M. Mauclaire. Les dimensions de la cavité utérine peuvent varier, elle est petite surtout chez les femmes atteintes de rétroflexion ou d'antéversion. Dans les cas de polypes muqueux, la cavité s'allonge, mais c'est dans les cas de fibrômes que cet allongement se montre le plus grand, et non seulement la cavité utérine augmente, mais encore elle se déforme, se déviant d'un côté ou de l'autre; ce sont du reste des faits bien connus.

M. Mauclaire a moulé des utérus ayant subi la dilatation à l'aide de laminaires et a constaté que toute la cavité utérine y compris le col prenait une forme cylindrique, mais que les cornes ne participaient pas à ce changement de forme. Ceci explique du reste la difficulté qu'on a dans les curettages à nettoyer les cornes utérines qui peuvent devenir le point de départ d'une récidive.

Il faut aussi savoir que c'est au niveau de ces mêmes cornes que l'épaisseur du tissu utérin est la moins considérable et que c'est là que se font le plus facilement les perforations.

Citons encore une communication de MM. Pichevin et Petit sur l'**infection péritonéale postopératoire à staphylocoques** et une communication de M. Masse (de Bordeaux) sur un cas d'**hémorragie utérine** chez une femme de soixante-quinze ans guérie par l'électrolyse intra-utérine, et terminons par une communication de M. Legueu (de Paris) sur les **escharres sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale.** Deux fois sur quinze opérations de ce genre, l'orateur les a constatées et il les explique non pas par la compression, mais par une diminution de l'influence trophique qui serait la conséquence du tiraillement des nerfs pendant l'opération.

* * *

Dans la **section de pédiatrie**, nous trouvons des communications intéressantes, mais surtout au point de vue chirurgical. La question du **traitement des pieds-bots** a été reprise par M. Phocas (de Lille) dont voici la pratique: — Le pied-bot congénital demande à être traité de bonne heure. Les manipulations et les appareils les plus simples sont susceptibles de donner quelques résultats à cet âge. Mais il ne faut pas trop compter sur leur action, et pour peu que le pied-bot persiste, il est nécessaire de recourir à la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille, suivie d'un véritable redressement forcé manuel sous le chloroforme et de la pose d'un appareil. L'opération ainsi conduite donne un grand nombre de succès et peut être considérée comme l'intervention classique dans le pied-bot varus congénital. En ce qui le concerne, sur un grand nombre de ténotomies suivie de redressement, il n'a eu à enregistrer que deux insuccès tardifs. Le pied-bot persistant sur l'enfant qui marche et le pied-bot qui n'a pas été soigné peuvent être justiciables d'une opération de Phleps, c'est-à-dire de l'opération qui consiste à sectionner à ciel ouvert les parties molles du bord interne du pied et à ouvrir l'articulation médio-tarsienne. Cinq fois il a eu recours à cette opération avec trois succès et deux résultats médiocres. A l'heure actuelle, pour peu que le pied-bot ne paraisse pas corrigé par le Phleps, il n'hésite plus à pratiquer l'astragalectomie et la résection de la malléole externe. Six pieds-bots varus congénitaux traités de la sorte lui ont tous donné des résultats magnifiques. Il commence l'opération par l'astragalectomie, quitte à achever la correction par une petite section à la Phelps.

Les pieds-bots paralytiques se divisent en pieds fixes et pieds ballants. Les premiers sont déviés en varus équin, valgus, talus. L'équinisme est toujours corrigé par la ténotomie que M. Phocas préfère ici à ciel ouvert, de manière à la faire suivre d'une suture des deux bouts, en un mot, l'allongement tendineux.

Le talus fixe demande à être combattu par le raccourcissement du tendon, qu'il pratique par un procédé opératoire spécial. Ce procédé consiste à amincir le tendon pour le replier. Il fait aussi un véritable avancement tendineux. Deux opérations de ce genre lui ont donné deux succès.

Contre les pieds paralytiques varus, il a employé cinq fois le Phleps qui a une supériorité marquée sur l'opération analogue dirigée contre le pied-bot congénital.

Deux pieds valgus paralytiques fixes sur deux adultes ont été traités par la tarsectomie. Une fois, il a pratiqué la tarsectomie interne et une autre fois l'astragalectomie. Le résultat de cette dernière est incomparablement supérieur à celui de la tarsectomie.

Les pieds ballants traités par l'arthrodèse tibio-tarsienne lui ont donné de bons résultats, mais il a bien rarement obtenu l'ankylose, il pratique, à l'heure actuelle, la suture osseuse au fil d'argent.

En somme, M. Phocas a pratiqué dix Phelps purs, avec huit bons résultats et deux insuccès, huit opé-

rations complexes (astragalectomie, résection de la malléole et Phleps), avec huit beaux résultats, deux ablations de l'astragale (pied-bot traumatique et pied-bot paralytique), deux tarsectomies internes (pied-bot valgus paralytique); il n'a jamais eu de complications opératoires.

M. Villar (de Bordeaux) a opéré une petite fille réduite à l'impotence absolue par suite de l'**ankylose congénitale complète des différentes articulations des membres inférieurs en flexion.** Les genoux étaient immobilisés à angle droit. Il réséqua les deux genoux de façon à rétablir la rectitude de l'axe des membres. L'articulation avait complètement disparu, et le fémur et les os de la jambe étaient réunis par une jetée osseuse continue. L'enfant, aujourd'hui, marche seule, sans béquilles.

Quelle était la pathogénie de ces ankyloses? Au dire des parents, toujours l'enfant avait été dans cet état. On pourrait penser à une compression médullaire; l'enfant portait au niveau de la colonne lombaire une tumeur osseuse qui était peut-être en relation avec les malformations des membres inférieurs.

Nous terminerons par la discussion sur le traitement de la **luxation congénitale de la hanche.**

M. Coudray (de Paris) prend d'abord la parole et, quoi qu'il en dise, n'est pas partisan de l'opération sanglante. Il s'appuie plutôt sur les statistiques que sur sa pratique personnelle et trouve que l'opération d'Hoffa est grave; sur 24 observations dûment publiées, il a relevé 3 morts et 3 accidents septiques graves. Son degré d'efficacité est indiqué par les chiffres suivants : 2 résultats très bons, presque des guérisons; 10 améliorations, 2 résultats nuls, 4 inconnus.

Ce sont donc des améliorations que donne l'opération; or les méthodes non sanglantes en donnent aussi et peut-être dans une proportion aussi grande, et sans présenter le moindre danger. C'est ainsi que la méthode de Paci a donné les résultats suivants : sur 21 observations : 4 guérisons, 12 améliorations, 5 échecs et, pour M. Coudray, les manœuvres de Paci seront accompagnées efficacement d'injections sclérogènes.

M. A. Broca (de Paris) ne partage pas du tout cette opinion et il arrive dans cette discussion avec des chiffres importants, comme on va le voir. Tout d'abord, il commence par dire qu'il n'a jamais vu de traitement orthopédique donner des résultats satisfaisants dans la luxation congénitale de la hanche, aussi est-il un partisan résolu de l'intervention sanglante. Il a été le premier à tenter en France, en août 1891, la cure opératoire de la luxation congénitale de la hanche, selon la méthode de Hoffa, et il est sans doute celui qui, en France, a pratiqué le plus souvent ces interventions, puisqu'il a actuellement opéré vingt-huit fois sur vingt-cinq malades.

Pour lui, la luxation congénitale de la hanche est bien congénitale, c'est une malformation articulaire et ce n'est pas, malgré les assertions de Verneuil, une luxation paralytique. D'autre part, l'étude de la tête fémorale et du cotyle, faite soit sur des pièces de musées, soit au cours des opérations, démontre que la réduction est en général impossible, le cotyle étant beaucoup trop petit pour recevoir la tête : ou lorsqu'elle est possible, en raison de la largeur du cotyle, c'est la contention qui est impossible, vu l'absence d'un rebord cotyloïdien capable d'arrêter la tête. Si par manœuvres externes — par les manœuvres de Paci par exemple — on peut chez les jeunes enfants abaisser la tête, on n'aura obtenu qu'une réduction apparente, la tête étant mise en face d'un cotyle plus petit qu'elle, ou on aura réintégré la tête dans une cavité d'où elle ressortira dès que le poids du corps portera de nouveau sur la jointure malformée. Tant que le sujet, après ces manœuvres, sera maintenu en place, la difformité pourra être corrigée, mais quand on le fera de nouveau marcher peu à peu, la tête retombera peu à peu.

Il est certain que nombre de luxations congénitales de la hanche, unilatérales ou bilatérales, sont compatibles avec un fonctionnement convenable du membre : la tête a trouvé un point d'appui et la démarche est claudicante, mais solide. Ce qui compromet le fonctionnement, c'est l'absence de fixité de la tête, qui remonte dans la fosse iliaque à chaque appui du pied sur le sol. Alors le déhanchement est très disgracieux, la marche n'a lieu qu'avec une fatigue extrême.

Ces malades sont presque infirmes : ils le deviennent tout à fait si la contracture des adducteurs survient; si la jointure en équilibre vicieux est le siège de poussées répétées d'arthrite.

Dans ces conditions, jamais le traitement orthopédique ne donne un résultat satisfaisant et il faut ou bien ne rien faire ou bien se résoudre à une intervention sanglante. Si on prend ce dernier parti il faudra opérer de bonne heure, lorsqu'on aura constaté au bout de quelques mois que la luxation n'a pas de tendance spontanée à s'enrayer. A trop attendre, on risque de laisser le déplacement parvenir à un degré tel que la réduction opératoire devienne impossible.

L'opération consiste, dans ses grands traits, à inciser la capsule et à creuser dans l'os iliaque un cotyle profond et large, où la tête puisse être réduite. Un temps important consiste à bien libérer

la capsule de ces insertions en avant et en dedans. Mais lorsque la tête est trop éloignée du cotyle, on ne peut pas l'abaisser, et la résection devient alors la seule ressource.

On obtient ainsi des résultats fonctionnels très appréciables. Dans un cas de luxation unilatérale, opéré de très bonne heure, à l'âge de deux ans, il faut y regarder de très près pour constater que l'enfant boite ; les autres ont, à un degré variable, de la claudication par raideur de la hanche, mais ils marchent sans fatigue et les parents sont très satisfaits du résultat. La tête, en effet, est restée réduite et solidement fixée : M. Broca s'en est rendu compte à l'autopsie d'une fillette morte après avoir marché pendant dix-huit mois sur la jointure opérée.

La seule objection est que cette plaie anfractueuse où des manœuvres complexes sont souvent nécessaires, est facile à infecter, et en ce cas tous les opérateurs ont eu des décès. Mais quand on est bien maitre de la technique, ces désastres deviennent très rares, et il convient d'ajouter qu'on est en présence d'une infirmité qui par elle-même menace indirectement la vie en cas d'accouchement.

Après l'importante communication de M. Broca sur l'intervention sanglante dans la luxation congénitale de la hanche, chacun vient apporter ses observations.

M. Tedenat (de Montpellier) l'a pratiquée quatre fois et il lui semble que l'opération de Hoffa est moins rapide et plus grave que celle de Lorenz.

M. Calot (de Berck-sur-Mer) a fait aussi trois opérations de ce genre ; mais elles ne datent que de trois mois, un mois et trois semaines.

M. Denucé (de Bordeaux) a pratiqué une fois l'opération de Hoffa et s'en est bien trouvé, de même que M. Lafourcade (de Bayonne) qui, lui, a pratiqué le procédé de Lorenz.

Ajoutons qu'avant de se séparer, le Congrès a décidé que la prochaine session se réunirait à Marseille en 1898.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

SOIXANTE-TROISIÈME SESSION TENUE A LONDRES DU 30 JUILLET AU 2 AOUT 1895

Comme on le sait, les grandes réunions scientifiques ont lieu un peu partout, et nous devons signaler à nos lecteurs celle de l'Association médicale britannique, qui vient de se réunir à Londres.

Il est un fait à remarquer, c'est que les communications n'y brillent ni par leur nombre ni par leur originalité, et on sent en Angleterre ce qu'on a remarqué en France, c'est le petit nombre de célébrités médicales qui y prennent part. Les journaux politiques avaient annoncé la présence de Murphy (de Chicago) ; se serait-il borné à montrer ses boutons et n'aurait-il pas pris la parole?

En médecine, peu de communications intéressantes, une discussion sur les effets du **sérum antidiphtérique** sans grande importance, une autre discussion sur le prurit ; une communication de M. Babes (de Bucharest), sur **certains caractères morphologiques des muscles pathogènes.**

En chirurgie, deux communications d'une certaine originalité, d'abord celle de M. W. Anderson (de Londres), sur la **hernie de l'S iliaque à travers le canal inguinal ; absence de sac herniaire.** Ce chirurgien a eu l'occasion d'observer trois cas de hernie de l'S iliaque à travers le canal inguinal ; dans les trois cas, il y avait absence de sac herniaire. Cette lésion a encore été peu décrite, bien que des hernies analogues de la vessie et du cæcum aient été déjà signalées.

Dans deux cas la hernie était facilement réductible, mais comme elle ne pouvait être maintenue au moyen d'un bandage, les patients en réclamaient la cure radicale. Un malade fut admis à l'hôpital avec un étranglement herniaire de date récente.

La tumeur herniaire ne présentait rien de particulier, sauf que dans les deux cas où elle était réductible, il fut impossible de percevoir, au moment de la rentrée de l'intestin dans la cavité abdominale, cette sorte de glissement brusque, d'échappement que l'on constate d'habitude pendant la réduction d'une entérocèle ordinaire.

En incisant légèrement la tumeur herniaire, on mit à nu, dans les trois cas, la couche musculaire du bord convexe d'une anse intestinale mesurant de sept à douze centimètres environ de longueur, dont le bord concave était recouvert, sur environ la moitié de sa circonférence, par le péritoine et présentait même, chez deux malades, des replis adipeux manifestes. Dans le troisième cas ces replis n'étaient pas visibles, probablement parce que l'intestin n'était pas suffisamment abaissé.

Après avoir sectionné le péritoine, on put suivre l'intestin avec le doigt le long de la fosse iliaque gauche vers la partie postérieure de la crête iliaque et se convaincre qu'il était fixé à l'aponévrose iliaque par un repli péritonéal passant au devant de l'intestin, sans cependant former de mésentère proprement dit.

Le traitement a consisté à suturer l'incision exploratrice du péritoine, à réduire l'S iliaque et à suturer le canal inguinal. Dans un cas la hernie récidiva peu de temps après que l'opéré eut repris son travail ; dans les deux autres le résultat de la cure opératoire s'est maintenu jusqu'à ce jour.

Les conditions anatomiques donnant lieu à la production de la hernie inguinale — sans sac — de l'S iliaque n'ont pas encore été décrites dans les traités classiques. Cependant, d'après l'auteur, dans son *Atlas d'anatomie chirurgicale*, Macliso fait allusion à la possibilité de cette variété de hernie.

L'S iliaque, qui comprend ce qu'on appelle la « première portion du rectum » est, ainsi qu'on le sait, fixé à la paroi postérieure de la cavité pelvienne au moyen d'un mésentère généralement bien développé. Celui-ci, comme le montrent les cas de colotomie inguinale, présente une longueur fort variable, parfois suffisante pour permettre un prolapsus considérable de l'intestin dilaté à travers la plaie abdominale, tandis que dans d'autres cas ce prolapsus est très léger. Parfois le mésentère peut manquer complètement. Dans ces conditions et lorsque le tissu conjonctif sous-péritonéal unissant l'intestin avec la fosse iliaque est lâche, une hernie de l'S iliaque peut se produire à travers le canal inguinal.

La seconde communication a trait au **traitement chirurgical des tumeurs de la vessie.** Elle est due à M. E.-H. Fenwick (de Londres). Il commence par distinguer les papillomes bénins des malins et à en faire deux variétés distinctes, qu'il appelle *papillomes obstructeurs* et *papillomes non obstructeurs*. Ces derniers sont de beaucoup les plus fréquents.

Lorsqu'il s'agit de néoplasmes non obstruants, les symptômes sont si caractéristiques et si différents de ceux de la pierre que — surtout si l'on a affaire à des sujets du sexe masculin âgés de moins de cinquante ans — le sondage pratiqué dans ces conditions est inutile et même nuisible. Il en est autrement des malades ayant dépassé la cinquantaine, chez lesquels il peut exister de petits calculs d'acide urique, logés derrière une prostate volumineuse faisant saillie dans la vessie, et qui provoquent des symptômes semblables à ceux d'une tumeur vésicale bénigne.

Dans les cas de néoplasmes obstructeurs une analyse exacte des symptômes de début permettra toujours de faire le diagnostic différentiel et d'éviter ainsi les conséquences fâcheuses du cathétérisme explorateur. M. Fenwick préconise cependant l'examen cystoscopique, entre deux accès d'hématurie, en s'arrangeant de façon que la vessie soit remplie d'urine. A défaut de cystoscope, le meilleur procédé d'exploration consiste à pratiquer une boutonnière sus-pubienne assez grande pour permettre l'introduction du doigt.

Dans le traitement opératoire des tumeurs bénignes de la vessie, les meilleurs résultats ont été obtenus précisément chez les malades qu'on s'était abstenu de sonder. La méthode la plus sûre est de procéder dans la même séance à l'exploration de la vessie, puis à l'opération. Dans tous les cas où l'on est intervenu immédiatement après l'examen cystoscopique, le résultat a été favorable. D'ailleurs, il en est de même des opérations faites dans le but d'extraire des calculs vésicaux.

Les papillomes pédiculés de la vessie paraissent être plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Beaucoup de ces tumeurs peuvent être enlevées facilement à travers l'urèthre dilaté ; mais, lorsque leur base d'implantation est large ou bien que le pédicule est très gros, il faut opérer soit à travers le septum vaginal, soit par la voie sus-pubienne.

Chez l'homme, le seul procédé consiste à opérer par cette dernière voie. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur plus ou moins pédiculée, il est bon de procéder à l'ablation de sa base d'implantation. L'emploi de la curette est indiqué seulement en présence de masses néoplasiques sessiles ou de petits nodules secondaires. L'hémorragie provenant de la surface d'implantation de la tumeur extirpée doit être complètement arrêtée avant que le patient ait quitté la table d'opération. Le meilleur moyen hémostatique paraît être une ligature dont on laisse pendre les bouts hors de la vessie, ou bien l'application du fer rouge à travers un tube de Keith.

Pour ce qui concerne les néoplasmes malins de la vessie, les cancers durs, à évolution lente et disposés en foyers uniques, peuvent être extirpés avec des chances de voir survenir un retard considérable dans l'évolution de la maladie, si toutefois la base du néoplasme et le tissu sous-jacent sont complètement enlevés au bistouri. Par contre, une intervention, qui laisse subsister la base d'implantation du carcinome ou qui n'a pour effet que de broyer la surface du néoplasme ne peut qu'augmenter la rapidité de développement de la tumeur.

Les néoplasies malignes siégeant dans le trigone vésical ou à sa proximité ne doivent pas être opérées. Si elles amènent l'obstruction de l'orifice vésical, on aura recours au drainage hypogastrique. Les néoplasmes affectant la forme d'une infiltration des parois vésicales peuvent être diagnostiqués par le toucher rectal ou bi-manuel pratiqué pendant que le malade est anesthésié. Les tumeurs disséminées multiples, constatées au moyen du cystoscope, sont inopérables. Les petits néoplasmes malins indolents et disposés en foyers uniques peuvent être extirpés même lorsqu'ils ont pénétré jusque dans la couche musculaire de la vessie, pourvu que la paroi vésicale sous-jacente soit réséquée dans toute son épaisseur en même temps que la tumeur, ce qui n'est pas toujours possible. Lorsqu'une partie du péritoine a dû être enlevée avec la néoplasie, il faut

pratiquer le drainage de la vessie pour laisser à la plaie vésicale le temps de guérir.

M. Fenwick a en tout pratiqué soixante-dix extirpations de tumeurs de la vessie : cinq des opérés sont morts et parmi eux deux ont succombé des suites immédiates de l'intervention. Les trois autres décès, survenus chez des cancéreux, trois semaines environ après l'opération, sont imputables à des complications rénales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1895

M. CADET DE GASSICOURT lit, au nom de M. MONCORVO, une note sur *la valeur hypnotique du trional chez les enfants*. Après avoir essayé plusieurs substances dans le but d'obtenir le sommeil chez les enfants, M. Moncorvo a étudié avec soin les effets du trional et en a retiré dans la plupart des cas de grands bénéfices.

Il l'a employé chez des nourrissons et chez des enfants plus âgés. Chez les nourrissons atteints d'insomnie, à la suite de troubles gastro-intestinaux, par exemple, des doses de 10 à 20 centigrammes de trional ont donné d'excellents résultats.

Dans l'insomnie qui accompagne le début des fièvres éruptives, dans l'insomnie du paludisme, chez les enfants plus âgés, des doses de 20 à 25 centigrammes ont également été très efficaces, et l'effet était très appréciable, en particulier, lorsqu'au cours des accès pernicieux se montraient des phénomènes d'excitation cérébrale. Le trional a procuré un sommeil paisible et une sédation des phénomènes d'excitation cérébrale (secousses musculaires, convulsions, cris, etc.) chez des enfants atteints de méningite tuberculeuse. Les résultats furent également excellents dans les désordres psychiques de la sclérose cérébrale infantile, dans la tuberculose subaiguë ou chronique, dans la chorée. Mais il faut avouer que le trional est resté sans effet dans les insomnies qui sont sous la dépendance d'affections osseuses, telles que le mal de Pott ou de névralgies. Administré aux doses de 20 centigrammes à 1 gramme, le trional a toujours été bien toléré et n'a provoqué aucun accident.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Prix de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Première année : prix, M. Bouvier. — Deuxième année : prix, M. Le Moal. — Troisième année : prix, M. Lappay ; mention très honorable, M. Cras. — Quatrième année : M. Mathis ; mention honorable, M. Degroote. — Prix du Conseil général de la Gironde : prix, M. Chemen ; première mention honorable, M. Legros ; deuxième mention honorable, M. Micheleau.

La création d'une École de plein exercice de Médecine à Rennes. — Nous extrayons du *Progrès médical* les lignes suivantes :

« Un événement très grave, et qui engage l'avenir dans des conditions telles qu'il importe à tout prix d'y insister, vient de se produire, au moment où les journaux médicaux sont occupés par les nombreux congrès de Bordeaux, où les journalistes se dispersent pour prendre leurs vacances..., où les députés vont, sur le sein de leurs électeurs, se reposer de leurs courses aux ministères.

« Il est consigné au *Journal officiel* par ces simples mots : *Par décret, l'École préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Rennes est supprimée, à dater du 1er janvier 1896, et* IL EST CRÉÉ A RENNES, A PARTIR DU 1er JANVIER 1896, UNE ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

« L'unique auteur de cette création, que tous les gens compétents trouveront réellement extraordinaire, est sans doute M. le directeur de l'Enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique, car nous ne pouvons pas un instant supposer que le Conseil supérieur de l'Instruction publique où siègent MM. Brouardel et Bouchard ait bien accueilli toute demande favorable à cette petite révolution. Il est vrai qu'en ces milieux, l'influence néfaste de M. Jules Simon se fait toujours sentir.

« Il ne faut pas être grand clerc pour ne pas voir, en effet, dans cet appui donné par l'autorité supérieure à certain vœu des habitants de Rennes, un décret qui condamne à mort l'École de Médecine de Nantes ou tout au moins ses aspirations si vives à sa transformation en Faculté. N'est-il pas évident que deux Ecoles de plein exercice de Médecine, situées à si peu de distance dans une région comme la Bretagne, ne peuvent que se faire tort l'une à l'autre ? Mettre ainsi Rennes, — grâce aux finances de l'État, qui en manque pourtant ! — Rennes, cette ville où il n'y a que quelques rares étudiants en médecine, qui ne possède que des ressources très restreintes, sur le même pied que Marseille et Nantes, ces puissantes cités commerciales, dont les Écoles de médecine n'ont plus à donner les preuves de leur vitalité et de leur valeur, n'est-ce pas aller à l'encontre des intérêts de tout le pays, de la France entière ? »

Association des médecins allemands. — L'Association des savants et médecins allemands tiendra sa 67e réunion annuelle à Lubeck du 16 au 21 septembre prochain, sous la présidence des professeurs Wiliscenus, de Leipzig ; et von Ziemssen, de Munich.

Parmi les communications d'ordre médical, on annonce un rapport du professeur Behring sur la question de la sérothérapie ; un travail de Riedel, d'Iéna, sur les opérations chirurgicales sur le cerveau ; un discours de von Rindfleisch, de Wursbourg, sur le néo-vitalisme.

La clientèle civile des médecins militaires belges. — Le président de la Fédération liégeoise des syndicats médicaux avait adressé au ministre de la Guerre une requête tendant à faire retirer aux médecins militaires l'autorisation de faire de la clientèle. Le ministre vient de répondre qu'il serait contraire à l'intérêt bien entendu de l'armée que la pratique civile fût interdite aux médecins militaires.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Dr T. Legry : Étiologie de la fièvre typhoïde. (Évolution historique et doctrine actuelle.)
II. Aug. Voisin : Pneumonie double, compliquée de muguet, hypothermie, adynamie. Bons effets de bains frais.
III. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
IV. Revue de la Presse américaine : Chirurgie.
V. Revue de la Presse française : Médecine.
VI. Le flot lombo-abdominal dans les épanchements péritonéaux.
VII. Académie de Médecine.
VIII. Analyses des thèses.
IX. Échos et nouvelles.

ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

(ÉVOLUTION HISTORIQUE ET DOCTRINE ACTUELLE)

Par le Dr T. LEGRY

La fièvre typhoïde, appelée aussi dothiénenterie (Trousseau), fièvre continue, etc., est caractérisée, disait-on avant la découverte du microbe pathogène : 1° anatomiquement, par des lésions spéciales de l'intestin grêle, surtout des plaques de Peyer, avec altérations concomittantes des ganglions mésentériques et de la rate ; 2° cliniquement, par une fièvre continue à type déterminé, par des troubles intestinaux, des accidents nerveux, de la tuméfaction splénique et une éruption discrète de taches rosées lenticulaires.

On la définit aujourd'hui une maladie générale qui traduit la réaction de l'organisme envahi par le bacille typhique (Chantemesse).

HISTORIQUE

Il semble bien que la fièvre typhoïde ait été connue des anciens. Mais il est très difficile, lorsqu'on étudie l'histoire des épidémies d'autrefois, de distinguer nettement ce qui, dans le chaos des pyrexies, appartient à la fièvre typhoïde, au typhus, à la malaria.....

La confusion persista du reste longtemps, et les documents laissés au XVIe siècle par Fracastor, Baillou, Spigel, Willis, Sydenham, ne fournissent encore que des éléments d'interprétation tout à fait insuffisants.

Ce n'est qu'en 1739, avec Huxham, que les traits cliniques de la maladie, qu'il désignait sous le nom de *fièvre lente nerveuse*, furent réellement indiqués d'une façon explicite. Bientôt les épidémies de Lausanne (1754-55), de Gœttingen (1760-61), étaient le point de départ d'observations nouvelles, et les descriptions de Borsieri (1785), de Stoll (1785), devenaient de plus en plus précises.

Il est vrai que les travaux des pyrétologistes, avec leurs innombrables divisions, obscurcirent un instant la question. C'est ainsi que la classification, toute symptomatique, adoptée par Pinel (1798), dans sa *Nosographie des fièvres essentielles*, obligeait à chercher l'exposé de la fièvre typhoïde dans quatre ou cinq chapitres différents.

L'anatomie pathologique apporta la lumière. Prost, en 1802, Petit et Serres, dans leur *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, décrivent avec détails les lésions intestinales aux différentes étapes de l'affection, qu'ils croyaient être les premiers à observer et qu'ils ne songeaient pas à rapprocher des faits étudiés cliniquement avant eux. Cette voie nouvelle et féconde des recherches nécroscopiques était ensuite suivie par Cruveilhier, Andral, Bretonneau.

Ainsi se préparaient et s'accumulaient les matériaux qui devaient, sur la foi de l'observation clinique et des constatations anatomiques, établir l'autonomie de la fièvre typhoïde et marquer sa place dans le cadre nosologique.

C'est à Louis que revient l'honneur d'avoir accompli ce travail de synthèse. En 1829, dans ses *Recherches sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, fièvre putride, adynamique*, etc., il exposait, avec une exactitude parfaite, les symptômes et l'anatomie pathologique de la maladie qui nous occupe et lui imposait la dénomination de *fièvre typhoïde*, adoptée peu de temps après par Chomel et désormais classique en France.

L'unité de la fièvre typhoïde aurait été définitivement constituée, si la co-existence fréquente en Allemagne, en Angleterre et dans les pays scandinaves d'épidémie de typhus, n'eût suscité de nouvelles hésitations. Il ne fallut pas moins de vingt ans pour bien déterminer les limites des deux maladies. A cette œuvre sont attachés les noms de Shattuck (de Boston), de Gehrard et Pennok (de Philadelphie), qui avaient étudié tous trois la fièvre typhoïde à Paris ; ceux de Valleix, Rochoux, Barlow, Stener, et enfin de W. Jenner (1849-51), Forget, Godelier, Barrallier, Jacquot, etc.

L'histoire naturelle de la fièvre typhoïde était ainsi fixée dans ses lignes essentielles : la maladie était définie par sa symptomatologie et par ses lésions anatomiques. La médecine contemporaine allait se préoccuper plus particulièrement des questions d'étiologie et de pathogénie, au grand profit de la thérapeutique et de la prophylaxie. Voyons à

la suite de quelles vicissitudes doctrinales, le grand mouvement scientifique de ces dernières années est abouti à la conception étiologique actuelle de la typhoïde.

ÉTIOLOGIE

A. — *Évolution des doctrines étiologiques.*

La première notion étiologique importante qui se fit jour, fut celle de la contagion. Affirmée par Leuret (1828), Bretonneau (1829), Gendron (1834), elle resta pourtant l'objet de dissidences nombreuses, et Chomel, Andral, Louis, après de longues discussions à ce sujet, en rejetaient complètement l'hypothèse.

Enfin, en 1849, le mémoire de Piedvache (de Dinan), donnait la preuve certaine de cette contagiosité.

Le désaccord qui avait si longtemps régné, pouvait s'expliquer par les conditions différentes où se trouvaient placés les observateurs. La filiation des cas est en effet à peu près impossible à discerner à Paris et dans les grandes villes, tandis qu'elle s'impose souvent avec évidence dans les petites localités; c'est ce qui faisait dire à Forget : « J'ai nié la contagion jusqu'à ce que, transporté en province, des faits irréfragables fussent venus me démontrer que la fièvre typhoïde peut affecter les personnes qui séjournaient auprès des malades ».

Cependant, bien des médecins se trouvaient en présence de faits dont l'enchaînement est insaisissable, et tout en admettant la possibilité de la contagion, croyaient aussi à l'origine autochtone, spontanée de la fièvre typhoïde, sous l'influence de causes d'ailleurs très obscures. La *Théorie pythogénique*, de Murchison (1858), est l'expression la plus complète de cette manière de voir. Pour cet auteur, l'élément infectieux provenait de matières animales quelconques en putréfaction. « La maladie peut naître, disait-il, indépendamment d'un cas antérieur, par la fermentation des matières fécales et peut-être par la fermentation d'autres matières organiques ».

Budd, au contraire, partisan de la spécificité, soutint (1856-1873) que toute fièvre typhoïde est le produit d'une fièvre typhoïde antérieure. Véritable précurseur des bactériologues, il admettait que le principe morbide était éliminé avec les selles diarrhéiques, disséminait le contage à distance et en imprégnait le sol. La diffusion était telle, disait-il, qu'un seul malade pourrait infecter tout une ville si les déjections pénétraient dans les égouts. Et il montrait que la transmission peut s'opérer par l'air et par l'eau.

La fameuse théorie, émise par Pettenkofer (1854-1855), sur les oscillations de la nappe souterraine, qui eut tant de vogue en Allemagne, ne traduisait que d'une façon bien vague ce rôle des émanations fécales et de la pollution des eaux. « Je ne sais, disait Pettenkofer, quelle est la cause de la maladie, mais je crois pouvoir la rattacher à la variation du niveau de la nappe des puits. Le rôle de ces variations est de permettre aux eaux souterraines d'humecter le sol et de se retirer en le laissant humide. C'est quand il est ainsi convenablement humecté qu'il devient dangereux. Trop de sécheresse du sol ou trop d'humidité nuisent à l'éclosion de la maladie ».

L'adaptation nouvelle de cette théorie aux données microbiologiques n'est pas plus démonstrative et l'hypothèse de la maturation des germes, recouvrant leur virulence dans le sol humide, n'a pas prévalu contre les doctrines de la transmission par l'eau potable qui, si elle ne résume pas, à elle seule, toute la question étiologique, donne au moins, plus que tout autre, la clef des phénomènes d'épidémiologie.

Somme toute, deux grands courants d'opinion se partagent le monde savant. Les uns, avec Murchison, admettent la production *a novo* ou *spontanée* de la fièvre typhoïde, sous l'influence de causes banales. « C'est la spontanéité méconnue de l'organisme vivant, disait à l'Académie, en 1877, le professeur Chauffard, qui domine toute l'étiologie et toute la pathogénie de la fièvre typhoïde. » Et il affirmait la doctrine de la génération morbide spécifique au sein de l'activité vivante. Stich donna même, un des premiers, une interprétation de la spontanéité, en supposant que tout individu porte, dans son intestin, des matériaux d'empoisonnement putride, constamment neutralisés à l'état normal, mais qui, dans certaines circonstances, provoquent l'infection typhoïdique. Telle était aussi la théorie du professeur Peter, pour qui la fièvre typhoïde était fabriquée de toutes pièces par le malade, *l'auto-typhisation* n'étant que le résultat des accidents engendrés par la rétention des déchets dans un organisme surmené.

L'école adverse, avec Budd, soutenait, nous l'avons vu, la nécessité de l'apport du contage spécifique, représenté par une cause unique, donnant toujours lieu à une maladie semblable à elle-même.

Aussi bien, la découverte du microbe de la fièvre typhoïde (microbe d'Eberth-Gaffky), allait-elle singulièrement faciliter la solution du problème.

La fièvre typhoïde étant, d'après la définition que nous avons admise, *fonction du germe typhique*, l'étude doit porter sur les trois points suivants que nous allons examiner : 1° quels sont les caractères du bacille typhique ; 2° quels sont les véhicules du bacille et quels sont les modes d'envahissement de notre organisme ; 3° quelles sont les causes qui favorisent en nous le développement de l'infection typhique.

B. — *Le bacille typhique.*

Ce fut Eberth qui, le premier, en 1880, à l'aide des nouveaux procédés de coloration qu'il ne possédait pas lors de ses recherches primitives, en 1872, put déterminer quelques-uns des caractères morphologiques du micropthyte qui devait porter son nom.

Pourtant, même après confirmation de ce travail par Koch, Meyer et Friedlander, G. Coatz, Crooke, Letzerich, des doutes subsistaient encore sur la spécifité du bacille d'Eberth.

La découverte complète fut donnée par Gaffky, en 1884. Ce savant, utilisant les nouvelles méthodes de culture sur milieu solide, put isoler le microbe et étudier la forme de ses colonies sur gélatine et sur pomme de terre, la formation des spores, etc.

En France, le remarquable mémoire de MM. Chantemesse et Widal, paru en 1887, a vulgarisé ces notions et apporté bien des résultats nouveaux.

Nous ne pouvons évidemment ici que faire une étude sommaire du bacille typhique.

Morphologie. — Il se présente en général sous l'aspect d'un petit bâtonnet arrondi aux extrémités, long de 2 à 4μ environ, et trois fois plus long que large. Mais des modifications notables s'observent au point de vue de la forme et des dimensions, en variant les terrains de culture. La variété avec espèce clair central et l'aspect filamenteux se rencontrent surtout dans les milieux déjà anciens, dont le pouvoir nutritif se trouve diminué.

Mobilité. — Le microbe typhique est très mobile : il offre un mouvement d'oscillation sur lui-même très particulier. (Cette mobilité est due à la présence de cils vibratiles.)

Sporulation. — Le spore n'est pas connu : la petite sphère claire et réfringente vue par Gaffky à l'extrémité de certains bâtonnets, n'est, pour Büchner et pour Pfühl, qu'un amas de concrétions protoplasmiques brillantes qu'il faut rapporter à des altérations dégénératives.

Cultures. — Le microbe typhique se cultive facilement dans le bouillon, la gélatine, le sérum, sur la gélose glycérinée ou non, sur la pomme de terre. Il se multiplie fort bien aussi dans le lait ou l'urine préalablement stérilisée. Enfin il est facultativement anaérobie : Roux, Chantemesse et Widal l'ont vu proliférer dans le vide.

Sur la gélatine, que le microbe *ne liquéfie pas*, l'apparence est différente, suivant que l'ensemencement a été fait par piqûre ou en strie sur tube incliné. Elle est surtout importante à connaître dans la culture sur plaques, car c'est le mode de culture employé pour la recherche du bacille de la fièvre typhoïde dans un milieu quelconque. A vrai dire, le développement des colonies est essentiellement polymorphe, ce qui rend le diagnostic souvent bien difficile. Pourtant dans les cas types, on peut voir les deux aspects suivants. Au début, chaque colonie se montre nettement circulaire, mince, translucide, avec une apparence bleuâtre et nacrée qui persiste ultérieurement. Si la colonie continue à s'accroître, elle est, au bout de cinq à six jours, sillonnée par des lignes qui vont de la périphérie au centre : elle semble éclater, se fragmenter, pendant que ses bords deviennent irréguliers. Elle est parfois alors comparable aux circonvolutions de l'intestin grêle enroulées sur elles-mêmes.

Sur la pomme de terre, on ne voit, après quelques jours qu'une légère traînée humide au point d'inoculation.

G. d'Abundo, Birch-Hirschfeld, et depuis lors Nœggerath, MM. Grancher et Deschamps, Gasser, Cassedebats ont eu recours aux milieux de culture colorés pour faciliter le diagnostic du bacille typhique. Ce procédé est peu employé.

Coloration. — Le microbe d'Eberth prend bien les couleurs d'aniline, mais il se décolore par la méthode de Gram, ce qui est un caractère distinctif important.

Pour la coloration des bacilles dans les coupes, Seitz se servait de la solution de Lœffler ou de celle de Giehl. La méthode de Kühne peut aussi rendre des services.

Résistance. — Chantemesse et Widal ont dû porter à la température de 100° des bouillons contenant des bacilles typhiques pour voir les tubes ensemencés ensuite avec ces liquides rester stériles. Sternberg et Janowsky ont reconnu qu'une température humide de 57°, pendant dix minutes, était suffisante pour détruire une culture du bacille typhique dans du bouillon.

D'autre part, le développement se fait encore à + 3°. Les colonies conservent même leur vitalité dans des tubes de bouillon ou de gélatine soumis à la congélation.

La température la plus favorable à l'accroissement des cultures varie entre 25° et 35°.

La lumière solaire possède une action destructive sur le bacille typhique (Gaillard, Janowsky). Des cultures, après quatre, six ou huit heures d'exposition au soleil, perdent la faculté de se développer.

Seitz, MM. Chantemesse et Widal, MM. Straus et Wurtz ont étudié l'action de l'acide chlorhydrique et du suc gastrique. Il résulte de ces expériences, que le suc gastrique n'offre qu'une protection bien faible contre le bacille typhique à l'état normal. Cette protection est bien plus faible encore à l'état pathologique.

Réaction des cultures. — Les cultures ne donnent pas lieu au développement de l'indol. Elles ne font pas fermenter le sucre de lait : un bouillon lactosé ensemensé avec le bacille d'Eberth ne donne pas de bulles gazeuses. Enfin, le lait de culture ne se coagule pas. Ce sont là des caractères très importants, au point de vue du diagnostic de bacille typhique.

Substances solubles. — La typhotoxine de Brieger ne représentait qu'une partie des produits toxiques élaborés par le bacille typhique. Les travaux plus récents de Brieger et Fränkel ne nous ont pas éclairés davantage sur la nature de la toxine typhoïdique.

Inoculations aux animaux. — On n'a pu jusqu'ici réaliser expérimentalement chez l'animal la fièvre typhoïde, telle qu'on l'observe chez l'homme. Chantemesse et Widal avaient inoculé des cultures à la souris, au cobaye, au lapin, et déterminé chez ces animaux une scepticémie. Sanarelli a opéré surtout chez le cobaye et il a eu recours à l'inoculation péritonéale et a pu déterminer un tableau morbide et des lésions invariables.

Ce dernier auteur a reproduit chez le cobaye les mêmes symptômes et les mêmes lésions après injection de toxine typhoïdique. Il en conclut que c'est à la toxine qu'il faut attribuer, au moins dans la fièvre typhoïde expérimentale, et le syndrôme et les altérations pathologiques.

MM. Rodet et Gabriel Roux (de Lyon) ont contesté la valeur spécifique du bacille d'Eberth qui, suivant eux, ne représenterait qu'une transformation du coli-bacille. L'identité du bacille typhique et du coli-bacille, hôte habituel de la cavité intestinale, si elle se trouvait vérifiée, ne tiendrait à rien moins qu'à rééditer, sur le terrain de la bactériologie, la théorie de la spontanéité de la fièvre typhoïde. Mais l'observation rigoureuse des faits et des expériences ne justifie pas jusqu'ici semblable assimilation. Parmi les caractères nombreux qui ont été donnés pour différencier les deux micro-organismes, il en est, en effet, qui établissent une distinction formelle. Les principaux sont les suivants : le bacille du colon fait *fermenter les bouillons lactosés et coagule le lait* (Perdrix, Chantemesse et Vidal) ; sa culture donne la *réaction de l'indol* (réaction de Kitasato). Nous avons vu que le bacille typhique ne possédait pas ces propriétés biologiques. Ce sont là des caractères différentiels fondamentaux qui laissent intacte la doctrine de la spécifité du bacille d'Eberth.

(La fin au prochain numéro.)

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

M. Auguste VOISIN

Pneumonie double, compliquée de muguet, hypothermie, adynamie. — Bons effets de bains frais.

L'observation suivante a pour but de montrer l'heureuse influence de bains frais dans un cas de pneumonie double, compliquée de muguet, d'adynamie et d'hyperthermie.

La nommée H..., âgée de soixante-huit ans, aliénée chronique (hallucinations, délire de persécution et démence), est entrée dans mon service en l'année 1865.

Le 2 mai 1895, elle est prise de malaise, frissons, et d'un point de côté à gauche.

Le 3, pneumonie constatée en bas, à gauche ; crachats rouillés, souffle, etc. Temp. axill., 38°,6. Application d'un vésicatoire.

Le 4, deuxième vésicatoire un peu plus à gauche. Temp. axill., 39°,2.

Le 5, pneumonie en bas, à droite ; troisième vésicatoire en cette région. Temp. axill., 38°,06.

Le 7, langue grillée ; apparition du muguet sur la langue, la voûte palatine et les joues. Adynamie profonde. Temp. axill., 36°,8.

Premier bain, à la température de 25° :

Temp. avant le bain, 36°8 ; 10 minutes après, 36°,5.

Deuxième bain, à 23°, 5 heures après le premier :

Temp. avant le bain, 37°,4 ; 1 h. après, 36°,5.

Troisième bain, à 22°, 5 heures après le deuxième :

Temp. avant le bain, 37°,2 ; 1 h. après, 36°,8.

Badigeonnages boratés dans la bouche toutes les demi-heures.

Le 8, la langue est moins sèche. Muguet moins étendu. Adynamie un peu moins grande.

Quatrième bain, à 22° :

Temp. avant le bain, 37° ; 1 h. après, 36°,5.

Cinquième bain, à 22° :

Temp. avant le bain, 37°,6 ; 1 h. après, 37°,2.

Sixième bain, à 22° :

Temp. avant le bain, 37°,0 ; 1 h. après, 37°,2.

Septième bain, à 22° :

Temp. avant le bain, 37°,6 ; 1 h. après, 37°.

Le 9, amélioration très notable de la pneumonie. Râles sous-crépitants. Disparition de l'adynamie et grande diminution du muguet.

Huitième bain, à 22° :

Temp. avant le bain, 37°,6 ; 1 h. après, 37°.

Neuvième bain, à 22° :

Temp. avant le bain, 37°,4 ; 1 h. après, 37°,4.

L'adynamie ayant disparu, je fais cesser les bains.

La pneumonie est entrée en défervescence, et la guérison ne s'est pas démentie depuis.

Il ne reste du muguet qu'un bouton sur le dos de la langue.

En résumé, cette malade, atteinte d'aliénation mentale et de cachexie spéciale à son état mental, a été prise d'une pneumonie double qui s'est compliquée, le quatrième jour, de muguet, d'adynamie profonde et d'hypothermie, qui indiquaient une terminaison fatale à bref délai.

J'ai pensé que les bains frais pourraient agir comme toniques du système nerveux et du système circulatoire.

J'ai fait donner trois bains par vingt-quatre heures, de dix minutes de durée, et j'ai été assez heureux pour relever les fonctions vitales et voir disparaître tous ces phénomènes graves en trois jours.

Leur cessation a tellement coïncidé avec le traitement balnéaire, qu'il me paraît impossible de nier la relation de cause à effet.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

L'état sanitaire du corps expéditionnaire de Madagascar. — Les allumettes chimiques et la nécrose phosphorée.

La presse médicale et les journaux politiques s'émeuvent, à juste titre, des mauvaises nouvelles qui arrivent chaque jour de Madagascar et qui nous dépeignent, sous de sombres couleurs, l'état de santé du corps expéditionnaire. Cette sollicitude est bien naturelle. Il n'est personne qui ne suive avec une anxiété douloureuse la marche de nos jeunes soldats sur Tananarive et qui ne sympathise avec les souffrances que leur inflige le climat.

Ce qui s'explique moins, c'est l'étonnement que ces nouvelles paraissent inspirer. L'insalubrité de Madagascar est aussi connue que celle de la côte occidentale d'Afrique et, lorsqu'on s'est décidé à y aventurer un corps expéditionnaire, on devait bien se douter du sort qui l'y attendait. Le ministère de la Guerre estimait que s'il pouvait amener sur le plateau d'Emyrne 6,000 hommes encore en état de combattre, le succès de la campagne était assuré. C'est à peu près ce qui reste de troupes valides réunies à Andriba auprès du général Duchesne, et c'est avec cette élite qu'il va former une colonne d'avant-garde pour marcher sur Tananarive. Pendant ce temps, la concentration des vivres et du matériel sera faite à Andriba, point assez élevé pour être salubre, et le reste du corps expéditionnaire y arrivera peu à peu, en laissant des postes en arrière.

D'après les nouvelles reçues le 1er septembre, on a rapatrié 2,200 malades ou convalescents; il en reste à peu près autant dans les hôpitaux de la Réunion, au sanatorium de Nossi-Comba, à bord du *Vinh-Long*, dans les hôpitaux de campagne et les ambulances. Ceux-là attendent l'arrivée du *Cachar* et du *Canton*, récemment affrétés pour en ramener 1,200, ce total ne dépasse pas sensiblement le quart de l'effectif. Il est vrai que les soldats échelonnés dans les postes, depuis Majunga jusqu'à Andriba, doivent avoir, pour la plupart, la fièvre. Ceux qui sont près du général Duchesne doivent être fort anémiés; mais ils ont gagné les hauteurs et vont se remettre. Les plus éprouvés sont les sapeurs du génie. Les compagnies sont à l'effectif de 30 hommes et cela se conçoit, quand on songe que ce sont eux qui font la route à travers le marais et qui établissent les ponts dans la vase jusqu'à mi-corps. Ce qui me surprend, c'est qu'il y en ait encore de valides.

Ceux qui connaissent le climat de Madagascar redoutaient pis que cela au commencement de l'expédition. Si l'on nous avait dit alors que les troupes résisteraient sept mois dans la zone palustre, comme la brigade du général Metzinger, et cinq, comme le reste du corps expéditionnaire, nous n'aurions pas cru possible qu'il put en rester 6,000 debout au bout de ce temps. Cela prouve que la côte occidentale est moins insalubre que l'autre, car, à Tamatave, lors de la dernière expédition, tous les hommes mis à terre avaient la fièvre et il fallait renouveler incessamment la petite garnison.

En somme, malgré la mauvaise direction donnée au début de l'entreprise, bien que le corps expéditionnaire ait séjourné dans le marais deux fois plus de temps que cela n'eût été nécessaire, si des mesures convenables avaient été prises à l'avance, les résultats ne dépassent pas la prévision des médecins qui connaissent le pays. Nos troupes ne sont aux prises qu'avec la fièvre. Il y a peu de décès mais beaucoup de malades, et ceux-ci se rétablissent en général assez promptement lorsqu'ils sont rapatriés, c'est ce que nous avions annoncé avant leur départ. Il n'y a donc lieu ni de s'étonner ni de se plaindre. On récolte ce qu'on a semé. Ce n'est pas une raison pour se rassurer outre mesure ni pour que la sollicitude se ralentisse.

Ce qu'il y a de plus urgent, c'est de rapatrier tous les malades qui encombrent les ambulances et les hôpitaux de campagne et puisqu'on n'a pas, comme nous le demandions il y a six mois, organisé un service régulier de transports pour rapatrier les malades et les remplacer, il faut en armer immédiatement le nombre nécessaire pour remplacer tous les hommes hors d'état de marcher. Il est indispensable également de fournir à nos soldats le moyen d'épurer l'eau détestable qu'ils boivent. C'est ce dont ils se

plaignent le plus. On leur dit de la faire bouillir, mais les malheureux n'en ont ni les moyens ni le courage. Je n'insiste pas sur les autres mesures d'hygiène parce qu'elles ont été déjà longuement exposées dans ce journal (1).

— La question des allumettes chimiques vient d'entrer dans une phase nouvelle. On sait que, depuis longtemps les hygiénistes réclament le remplacement du phosphore blanc, qui détermine chez quelques ouvriers une nécrose spéciale des maxillaires, par l'emploi du phosphore rouge qui est inoffensif. Le 12 mars de cette année, le docteur Magitot a fait à l'Académie de Médecine une communication nouvelle sur les accidents qu'il avait observés dans des fabriques de Paris. Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a protesté de son côté contre l'emploi du phosphore blanc. Les ouvriers des manufactures de Pantin et d'Aubervilliers ont adressé leurs réclamations au ministre des Finances qui, sous la pression de l'opinion publique, a fait appel à l'industrie pour lui donner satisfaction.

Une Commission, en grande partie composée de membres de l'Académie des Sciences, a été chargée de juger les produits proposés par les fabricants. M. Schlœsing, rapporteur de cette Commission, a fait une étude approfondie du sujet et il a fait connaître le résultat de ses recherches à l'Académie des Sciences dans la séance du 19 août. Ce rapport élaboré avec le soin que notre savant collègue apporte dans tous ses travaux, traite à fond la question des explosifs appliqués à la fabrication des allumettes. Son travail est beaucoup trop long pour que nous puissions l'analyser ici et nous le regrettons d'autant moins qu'il ne donne pas de solution ferme.

Il suffirait pourtant, ce nous semble, d'adopter celle que proposent les hygiénistes et qui se recommande par son extrême simplicité. Elle consiste à proscrire d'une manière absolue la fabrication des allumettes au phosphore blanc, et à ne plus mettre en vente que des allumettes dites *Suédoises* au phosphore rouge. Celles-ci ne peuvent s'enflammer, comme on le sait, que par une légère friction sur un frottoir spécial. Cette condition est, à nos yeux, un avantage. Elle ne permet pas d'emporter des allumettes à nu dans la poche, elle conjure en grande partie les craintes d'incendies si souvent causés par les enfants qui se procurent plus facilement des allumettes isolées qu'une boîte avec son frottoir. Les allumettes Suédoises ne peuvent pas prendre feu quand on marche dessus et c'est ainsi que nombre de femmes ont vu leurs robes s'enflammer. Enfin, elles ne se prêtent pas aux empoisonnements criminels.

Le public, dit M. Schlœsing, s'en tient aux allumettes vulgaires, à cause de leurs commodités, et il faut évidemment, ajoute-t-il, qu'il les retrouve dans les allumettes nouvelles. Nous sommes d'un avis absolument opposé. Les avantages recherchés par les consommateurs sont incompatibles avec la sécurité publique et doivent leur être refusés. En attendant, comme le fait observer M. Magitot, il est possible de faire disparaître la nécrose phosphorée des fabriques d'allumettes en surveillant mieux leur hygiène. Il paraît que celles de Pantin et d'Aubervilliers dépassent en fait d'insalubrité tout ce qu'il est possible d'imaginer. La pâte phosphorée se fabrique dans des boutiques d'épicier, de marchand de vins, dans de vieilles masures sans lumière et sans air, tandis qu'en Belgique, où la fabrication est libre, mais où les ateliers sont soumis à une surveillance sévère, la nécrose phosphorée est aussi rare qu'elle est commune chez nous.

JULES ROCHARD.

(1) *Quelques conseils médicaux au sujet de l'Expédition de de Madagascar.* (Feuilleton de l'*Union Médicale*, du 19 janvier 1895.)

REVUE DE LA PRESSE AMÉRICAINE

CHIRURGIE

Notes sur un cas de ligature du tronc brachio-céphalique.

L'époque des vacances sévit de l'autre côté de l'Atlantique comme de celui-ci, et les journaux médicaux s'en ressentent là-bas comme ici ; aussi voudra-t-on bien nous excuser si nous ne trouvons rien de plus intéressant à noter ce mois, qu'un article du Dr Burrel, dans le numéro du 8 août du *Boston medical and surgical Journal*, sur le sujet qui sert d'en-tête à ces lignes. Aussi bien la ligature de l'artère innominée est-elle encore d'une rareté suffisante pour que chaque observation nouvelle soit capable de nous apporter quelque instruction. Nous analyserons donc rapidement l'article de Burrel, ne donnant, avec quelques détails, que l'observation qui en constitue l'intérêt principal.

Jusqu'à présent le tronc brachio-céphalique a été lié 29 fois, y compris le cas actuel ; 26 fois l'opération a été faite pour anévrisme de la sous-clavière, s'étendant généralement à l'union de la carotide et du tronc brachio-céphalique ; 3 fois elle a été exécutée pour traumatisme (hémorragie de la sous-clavière, de l'axillaire, et un cas d'hémorragie secondaire, après ligature de la sous-clavière). Trois cas de guérison existent : le premier appartient à Smyth, de la Nouvelle-Orléans (1864). Le malade vécut dix ans pour mourir d'hémorragie du sac ané-

vrismal, qui avait motivé son opération. La deuxième guérison est due à Lewtas, des Indes (1889), qui a publié son observation 43 jours après l'opération. La troisième guérison est celle obtenue par Coppinger, de Dublin, en 1893; son malade était bien portant après 42 jours; mais ces deux derniers faits n'ont guère de valeur comme le montre celui de Graefe, de Berlin, qui, en 1822, perdit son malade 68 jours après la ligature d'hémorragie. Il est d'ailleurs difficile d'apprécier la valeur du terme guérison dans ces cas. L'observation de Burrell en est un exemple. Son malade mourut, guéri de son opération, 104 jours après, avec un cœur dilaté et de l'artério-sclérose généralisée; l'auteur demande en conséquence la permission de considérer son cas comme une guérison avec mort due à d'autres causes.

L'intérêt opératoire du cas de Burrell réside en ce fait, que comme Cooper de San Francisco l'avait déjà fait deux fois, il a réséqué une partie du squelette pour lier à ciel ouvert, pratique que Bardenheuer recommande d'ailleurs et qu'il a employée plusieurs fois, pour enlever des tumeurs de la base du cou, point sur lequel nous aurons à revenir plus loin.

Le début apparent de son anévrisme remontait à dix-huit mois. On décida en conséquence de mettre à nu l'anévrisme et de placer une ligature au-dessus, si possible; au-dessous, si on ne pouvait faire autrement, et on procéda à l'opération, après anesthésie par l'éther, le 15 janvier 1895.

Incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien droit, s'étendant depuis le cartilage cricoïde jusqu'à deux pouces au-dessous du bord supérieur du sternum. De ce point, une deuxième incision fut menée, longue de quatre pouces, jusqu'à l'union du tiers externe et du tiers moyen de la clavicule. Le lambeau cutané relevé, on sectionna le sterno-mastoïdien au ras de l'os, et on coupa de même les muscles sterno-thyroïdien, sterno et omo-hyoïdiens. On vit alors nettement un anévrisme piriforme des artères carotide et sous-clavière s'étendant jusque sur le tronc trachio-céphalique. Pensant qu'on pourrait placer une ligature entre l'anévrisme et la crosse de l'aorte, on trépana au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, et cette couronne de trépan d'un demi-pouce, donna prise à des pinces gouges qui achevèrent la résection osseuse voulue. Ce massif osseux enlevé, les parties sous-jacentes apparurent nettement : veines brachio-céphaliques droite et gauche se joignant pour former la veine cave supérieure, pneumo-gastrique, récurrent, artère brachio-céphalique.

Un fait intéressant se produisit alors : un emphysème opératoire du tissu cellulaire lâche de la région, dû, d'après l'auteur, à l'aspiration thoracique. Craignant l'entrée de l'air dans les veines, en cas de blessures de ces vaisseaux, on remplit la plaie avec de l'eau stérilisée.

La gaine du vaisseau fut incisée et on isola l'artère. Après avoir placé une spatule de cuivre recourbée derrière l'artère, on passa le fil et on la lia par un nœud simple à trois quarts de pouce de la crosse aortique; on mit trois minutes à serrer cette ligature, graduellement, jusqu'à ce que les pulsations fussent arrêtées, et, à un moment donné, on sentit nettement un craquement. On plaça de même une deuxième ligature de soie comme la première, à un demi-pouce plus haut; mais on la serra moins, sentant que les parois de l'artère cédaient et craignant une déchirure complète du vaisseau. On avait d'abord l'intention de couper l'artère entre les deux ligatures pour éviter à la tumeur anévrismale les secousses trachéales, mais la crainte que la deuxième ligature n'oblitère pas complètement le vaisseau, fit abandonner cette idée.

Les muscles et la peau furent rapidement suturés, et on appliqua un pansement aseptique; durée : une heure et demie.

Immédiatement après l'opération, le pouls avait disparu dans le cou et le membre supérieur du côté droit, la pupille droite était plus dilatée que la gauche et réagissait moins à la lumière.

Le lendemain, le malade allait bien, la circulation commençait à se rétablir, l'inégalité pupillaire avait disparu; mais il existait une toux sèche qui disparut d'ailleurs bientôt. Dans les jours qui suivirent l'opération, on soumit le malade à l'influence de la digitale. Réunion par première intention, sauf en un petit point en dedans qui suppura un peu.

Bref, le retour des fonctions se fit petit à petit, et le malade marchait depuis un certain temps, allait et venait de la campagne à la ville, quand le matin du cent quatrième jour, s'étant senti parfaitement bien la veille, il s'assit dans son lit, se plaignit d'étouffer, pâlit, la face couverte de sueur et succomba au bout de vingt minutes.

L'autopsie montra qu'il s'agissait bien d'un anévrisme de la sous-clavière; que de plus, le malade présentait une artério-sclérose généralisée avec hypertrophie et dilatation cardiaque. La cause immédiate de la mort n'est pas indiquée, mais le fait intéressant est celui-ci : la ligature la plus rapprochée de l'aorte avait coupé le vaisseau qui s'était cicatrisé sur elle, l'emprisonnant par une de ses extrémités dans son tissu cicatriciel, pendant que le reste du fil flottait dans la lumière du vaisseau perméable au courant sanguin, en ce point et seulement rétréci. Au niveau de l'autre ligature, par contre, l'oblitération était complète, De plus, il existait un petit anévrisme de l'iliaque primitive du côté droit.

En terminant, l'auteur insiste sur l'innocuité de l'anesthésie par l'éther, pendant une heure et demie, chez un sujet présentant les lésions cardiaques susmentionnées; l'opportunité de la résection osseuse qui rendit l'opération facile, l'utilité enfin de faire une double ligature quand on est obligé de lier le tronc brachio-céphalique; il rapporte enfin les vingt-huit cas de ligature qu'il a trouvé publiés.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

MÉDECINE

Quelques mots sur la médication diabétique et la théobromine.

M. Huchard, tout en reconnaissant qu'une bonne classification des diurétiques est encore à trouver, propose de s'orienter en adoptant celle de Manquat ou celle de Baralier. Cette dernière admet les diurétiques : 1° Par augmentation de la masse sanguine (eau, lait, tisanes diverses); 2° par modification mécanique de la circulation (digitale, ergot de seigle, convallaria, hydrothérapie); 3° par excitation directe de l'épithélium rénal (sels de potasse, sable, caféine, théobromine). Manquat divise les diurétiques en deux grandes classes : 1° Diurétiques mécaniques, se subdivisant en *a*, diurétiques cardio-vasculaires (digitale, scille, caféine); *b*, diurétiques aqueux (eaux et boissons aqueuses). 2° Diurétiques rénaux se subdivisant en *a*, diurétiques épithéliaux fonctionnels (lait, lactose, chiendent, azotate de potasse, théobromine, maïs, etc.); *b*, diurétiques épithéliaux irritants (bois de genièvre, cantharide, etc.).

La théobromine, le meilleur des diurétiques rénaux, a des effets que l'on peut résumer de la manière suivante : 1° Elle n'exerce aucune action sur le système nerveux; 2° elle est peu toxique; 3° son action diurétique, moins longue que celle de la digitale, est plus prolongée que celle de la caféine; 4° elle ne produit pas de troubles digestifs; 5° elle est inoffensive pour le rein et le cœur; 6° elle s'élimine en nature par les urines; 7° elle est indiquée dans les hydropisies d'origine cardiaque et même dans l'anasarque d'origine brightique. Son mode d'administration est le suivant : 2 grammes en quatre cachets le premier jour, 3 grammes le deuxième, 4 grammes le troisième et 5 grammes le quatrième; suspendre le traitement pendant quatre jours et prescrire à nouveau, s'il y a lieu, 2 grammes par jour pendant 3 jours (G. Sée). La diurétine est un produit infidèle; c'est un mélange de salicylate de soude et de théobromine. (*Journal des Praticiens*, 1895, 2e semestre, n° 1.)

L'antisepsie des fosses nasales.

MM. Lermoyez et Helme ont étudié ce sujet dans les *Annales des maladies de l'oreille*.

Les auteurs ne reconnaissent aux lavages du nez qu'une valeur antiseptique restreinte. L'eau boriquée, que l'on emploie habituellement pour les faire, a dans l'espèce une valeur antiseptique nulle; la solution faible de sublimé à 1/10,000 est très mal tolérée par la pituitaire. Avec l'eau phéniquée à 1/200, on arrive rapidement à l'anosmie. Le mieux est de se servir d'une solution de phénosalyl à 1/1000, bien tolérée par la pituitaire, et de lui ajouter du chlorure de sodium afin de prévenir l'imbibition et la nécrose de l'épithélium :

Phénosalyl	1 gramme.
Chlorure de sodium	2 —
Eau bouillie	1 litre.

L'insufflation de poudres antiseptiques est préférable lorsque l'on veut obtenir une asepsie relative du nez. On peut employer l'aristol et l'indol que stimulent la sécrétion du mucus bactéricide.

Les pommades ont une action antiseptique douteuse, car il y a certains antiseptiques, l'acide phénique par exemple, qui perdent complètement leur pouvoir bactéricide quand ils sont mêlés à un corps gras.

Hyperthermie hystérique.

La *Revue internationale de Médecine* analyse un travail de Jacobi sur ce sujet.

Jusqu'à présent le record de l'hyperthermie appartenait à une malade de Teale qui avait atteint le chiffre de 50°. Ce record vient d'être battu par un perruquier américain, chez lequel la température a atteint le chiffre fantastique de 65° centigrades (148 T.). Cet homme, à la suite d'un traumatisme grave, avait été porté à l'hôpital sans connaissance. Il resta dans cet état pendant quatre jours, puis eut des vomissements de sang et à plusieurs reprises des attaques avec perte de connaissance, respiration précipitée et élévation extrême de la température, sans accélération du pouls. C'est au cours d'une de ces attaques qu'on constata cette hyperthermie de 65°. Ce ne fut pas d'ailleurs sans peine, car tous les thermomètres se brisaient les uns après les autres. On réussit cependant à s'en procurer de suffisamment gradués, et le docteur Jacobi assure que toutes les précautions furent prises contre la fraude. La température fut vérifiée à plusieurs reprises devant nombre de personnes. Le thermomètre fut placé dans la bouche, l'anus, l'oreille, le creux poplité, l'aine et même l'urèthre. Dans l'intervalle des attaques, la température a oscillé pendant cinq jours entre 49° et 52°. A ce propos le docteur Welch a rapporté

le cas célèbre de Galbraith, d'Omcha, où la température se maintint pendant quelques heures à 77°2. Le docteur Shattuck a vu 47° chez une femme, mais il est certain qu'il y avait fraude. M. Jacobi déclare qu'au premier abord il a été très septique, mais qu'il ne peut cependant douter de l'exactitude de ses observations. Il est permis de douter de la bonne foi du malade. Un détail surtout y engage fortement. Il est dit, dans l'observation, que le sujet s'intéressait beaucoup à son cas, qu'il réclamait avec insistance chaque jour les variations de sa courbe thermique et que, finalement, il quitta brusquement l'hôpital sans qu'on ait pu retrouver sa trace.

En réalité, pour parler comme notre confrère, le record de la température appartient à M. Ducastel, qui communiqua en 1884, si nos souvenirs sont exacts, à la *Société médicale des hôpitaux*, le cas d'une malade chez laquelle le thermomètre placé dans l'aisselle ou dans le vagin, montait à 120°; le mercure remplissait ensuite la petite boule placée à la partie supérieure du tube gradué. Inutile d'ajouter que la fraude fut soigneusement cherchée; mais il fut impossible de découvrir le mode de supercherie employé par la malade qui soutient envers et contre tous qu'elle ne trompait personne et se laissa mettre à la porte plutôt que d'avouer.

Traitement de l'urticaire.

M. C. Berliner, dont le travail a été analysé par la *Semaine médicale*, recommande le moyen suivant pour calmer les démangeaisons provoquées par l'urticaire.

On humecte les éruptions urticariennes avec de l'eau froide et on les frotte, pendant dix à quinze secondes, avec quelques grains de sel de cuisine, qu'on a fait adhérer à la pulpe de l'index préalablement mouillée. Le malade éprouve d'abord une légère cuisson suivie d'une sensation agréable de fraîcheur et d'une diminution notable ou même d'une cessation du prurit, après quoi les papules d'urticaires disparaissent en général rapidement. Avec la région ainsi traitée on applique, après la friction, un peu de pommade à l'oxyde de zinc ou bien de la poudre de riz ou d'amidon. Lorsque l'urticaire est très étendue, on fera bien, pour éviter une trop forte irritation mécanique de la peau, de pratiquer les frictions notées par zônes successives et non pas sur toutes les surfaces à la fois. Il va de soi qu'on ne négligera pas d'introduire dans le régime alimentaire du malade les modifications nécessaires. Il s'agit d'une urticaire d'origine toxique, on prescrit le purgatif, notamment le calomel. Enfin, les bains tièdes peuvent être utiles.

LE FLOT LOMBO-ABDOMINAL

DANS LES ÉPANCHEMENTS PÉRITONÉAUX

M. Bard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, a pu constater, par l'examen de plusieurs malades, que l'on obtenait avec netteté et facilité le flot ascitique en le recherchant d'arrière en avant, le malade placé dans la station assise, et c'est à ce mode de constatation qu'il a donné le nom de flot lombo-abdominal. La main antérieure peut être placée sur les diverses parties de l'abdomen, la main postérieure percute sur la région du carré des lombes, sur les côtés de la colonne vertébrale.

De même que pour la recherche du flot en avant, il faut se mettre en garde contre une transmission des ondulations par les parties molles superficielles. L'erreur n'est du reste possible que si la main antérieure est placée trop près des faces latérales du tronc, l'ébranlement superficiel ne se propageant jamais jusqu'au voisinage de la ligne médiane, surtout à l'hypogastre. Le flot ne se perçoit bien que d'arrière en avant; il est très faible, ou même nul, d'avant en arrière, sauf dans le cas d'épanchement très abondant.

Ce mode de flot présente des avantages tout particuliers, au moins à deux points de vue, signalés par l'auteur dans le *Lyon médical*.

En premier lieu, c'est un phénomène très précoce, qui peut révéler un épanchement peu abondant, encore inaccessible aux autres procédés d'exploration. Dans ce cas, le malade doit être placé dans la station assise, un peu penché en avant, et la main antérieure de l'explorateur doit être portée sur la ligne médiane, très bas dans l'hypogastre, immédiatement au-dessus du pubis. Dans ces conditions, on perçoit le flot de très bonne heure, et il peut figurer comme signe de début à côté du ballottement utérin signalé par M. Tripier. Il a du moins sur le ballottement utérin l'avantage de se retrouver dans les deux sexes. Il est d'une constatation plus commode et plus significative que la matité médiane dans la position génu-pectorale.

En second lieu, il acquiert une importance particulière pour l'exploration de l'abdomen dans les cas d'ascite très abondante, tendue, empêchant d'apprécier par la palpation la nature du contenu péritonéal. Le flot lombo-abdominal fait en effet défaut, ou est extrêmement affaibli, dans les cas où existent dans l'abdomen des adhérences ou des masses indurées, qui s'interposent comme un écran sur la trajectoire qui réunit les deux mains exploratrices. En pareil cas, ce flot peut exister très intense d'un côté et faire complètement défaut de l'autre côté, alors que l'ex-

ploration antérieure ne révèle aucune différence entre les deux moitiés de l'abdomen.

Il est facile de prévoir, nous dit M. Bard, que la constatation du flot lombo-abdominal, et surtout l'étude de ses variations ou de ses modalités, pourront être utilisées pour le diagnostic différentiel des kystes ovariques et des autres collections liquides intra-abdominales d'avec les épanchements péritonéaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 septembre 1895

L'observation que M. Duguet présente à l'Académie au nom de M. le Dr Huguet a trait à un cas de *mastite traumatique chez l'homme*. Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, cavalier de remonte, bien constitué, et ne présentant aucune tare de syphilis ni de tuberculose, qui reçut il y a un an environ un coup de pied de cheval au niveau du sein droit. Après avoir perdu connaissance pendant quelques secondes, le malade se releva, revint à la caserne et put continuer son service ce jour-là. Il souffrait seulement au niveau du point contusionné. Mais le lendemain il éprouvait à ce niveau des douleurs vives s'irradiant vers l'épaule et le bras. La région pectorale droite était tuméfiée et chaude ; la tuméfaction portait surtout sur les lobes supérieurs et externes de la glande mammaire qui était douloureuse et grosse comme un œuf de poule. Il n'y avait pas de lésion costale.

Pendant huit jours on fit des applications de compresses humides, puis des frictions d'onguent napolitain belladoné ; le malade ayant eu de la salivation, on interrompit les frictions et on pratiqua la compression du sein.

Les douleurs avaient disparu au bout d'un mois, mais la glande restait volumineuse ; elle continua même à grossir, et aujourd'hui, un an après l'accident, elle fait un relief considérable et l'on en sent distinctement à travers la peau les lobes indurés.

Le sein mesure à partir du mamelon dix centimètres en haut, douze centimetres en bas, huit centimètres en dehors, quatre centimètres en dedans. Il est absolument indolore et si M. Huguet pense à en pratiquer l'ablation, c'est parce qu'il gêne le malade par son volume. Il est inutile d'ajouter que le tissu glandulaire ne paraît atteint d'aucune dégénérescence morbide.

En somme, il s'agit ici d'une hypertrophie simple du sein, dont le point de départ a été une mastite traumatique.

ANALYSES DES THÈSES

Contribution à l'étude de la pleurésie chez les cardiaques et en particulier de la pleurésie droite, par M. le Dr Fabre. — Thèse de Paris, 1894.

Bien qu'entrevues déjà auparavant, c'est des travaux de M. Bucquoy et de M. Vergely (de Bordeaux), que date l'étude des pleurésies qui surviennent chez les cardiaques. Et d'abord, il faut s'entendre sur le terme de pleurésie, appliqué à quelques épanchements pleuraux qui apparaissent au cours des maladies du cœur. Longtemps ces derniers ont été considérés comme des hydrothorax simples, reconnaissant comme cause la gêne mécanique qui se manifeste dans la circulation pleuro-pulmonaire. Mais l'hydrothorax est d'ordinaire double, et le liquide qui le constitue ne renferme jamais de fibrine. Il en est tout autrement quand l'épanchement est de nature pleurétique. Il est d'ordinaire unilatéral, siège souvent à droite, renferme une petite mais constante quantité de fibrine, et a un début légèrement fébrile et s'accompagne à sa période de révolution de frottements de retour qu'on n'observe pas dans l'hydrothorax.

Deux causes provoquent cette pleurésie des cardiaques ; c'est d'une part les foyers d'apoplexie pulmonaire (Duguet), et d'autre part le refroidissement, sur lequel insiste M. Bucquoy.

Les lésions anatomico-pathologiques sont les suivantes : il existe un épanchement plus ou moins abondant de liquide citrin, parfois hémorragique. Le poumon, refoulé par l'épanchement, présente des signes de congestion, de trouble chronique et des infarctus hémoptoïques.

Quant aux symptômes qui traduisent cette pleurésie, ce sont ceux de tous les épanchements de la plèvre, surtout la dyspnée et la gêne de la circulation.

L'auteur insiste sur la fréquence de la pleurésie à droite, sans qu'on sache au juste la raison de cette prédilection de l'inflammation pour la plèvre droite. De plus, elle présente une certaine gravité, puisque la mort subite y a été notée fréquemment, peut-être en raison des troubles de voisinage qu'elle apporte à la circulation du cœur droit et des grosses veines afférentes.

Le pronostic de ces pleurésies, compliquant les affections du cœur, et en particulier les lésions mitrales, doit donc être assez réservé, et, le cas échéant, il ne faut pas hésiter à leur appliquer le traitement rationnel, c'est-à-dire la thoracentèse.

De l'épilepsie Bravais-Jacksonnienne ; Considérations cliniques et thérapeutiques.
Thèse de Paris, 1895.

L'épilepsie partielle est connue depuis la thèse de Bravais, en 1827, au moins dans ses manifestations cliniques. Jackson, de 1869 à 1873, indiqua les relations de cause à effet entre le symptôme et la lésion. Les recherches anatomo-cliniques de l'Ecole de la Salpêtrière et les expériences des physiologistes ont éclairci l'étude de ses lésions et le mécanisme de sa production.

L'épilepsie jacksonnienne est précédée d'auras qui peuvent être motrices, sensitives, sensorielles, vaso-motrices ou phychiques. La perte de connaissannce n'est pas fréquente. Il existe un type à début brachial, un type à début crural ; l'attaque reste le plus souvent localisée à un seul côté du corps et laisse parfois après elle des paralysies transitoires, dites post-épileptoïdes.

Il existe des formes anormales, frustes : la forme tonique à contracture, la forme vibratoire de Charcot, la forme sensitivo-sensorielle.

Le diagnostic doit être fait avec l'épilepsie essentielle et l'hystérie. L'épilepsie essentielle se reconnaîtra par ce fait qu'elle débute dans le jeune âge, par son absence d'aura, par le cri initial, la chute, la morsure de la langue et l'incontinence d'urine. De plus, après l'épilepsie vraie, on n'observe pas de paralysies post-épileptoïdes, enfin les convulsions sont généralisées et la température monte pendant les accès. Il ne faut pas oublier toutefois qu'il est des cas où l'épilepsie Bravais-Jacksonnienne présente des symptômes propres au mal comitial ; c'est alors qu'un examen consciencieux, approfondi, souvent répété, permet seul d'arriver à une probabilité.

L'hystérie, la grande simulatrice, peut réaliser aussi le type de l'épilepsie partielle; c'est à l'aide des stigmates qu'on pourra arriver à un diagnostic précis.

Dans la recherche de la cause, deux diagnostics doivent toujours être présents à l'esprit du clinicien : le traumatisme et la syphilis.

La trépanation sera le traitement des épilepsies partielles traumatiques, le traitement intensif spécifique sera appliqué sans retard quand la syphilis sera certaine ou seulement probable.

La sciatique, par le Dr Emile Phulpin, anc. interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1895.

Cette thèse présente un tableau complet des connaissances actuelles sur cette maladie; elle résume l'état de la question comme la thèse de Lagrelette résumait ce qu'on en savait en 1869. Nous n'insisterons pas sur l'historique, l'étiologie et les troubles subjectifs de la sensibilité, qui sont classiques. L'auteur consacre, après l'étude de ceux-ci, un premier chapitre à la description des *troubles de la sensibilité objective*. Il montre qu'ils constituent un symptôme excessivement fréquent. Ces troubles de la sensibilité objective sont caractérisés par deux ordres de symptômes principaux : de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie. L'anesthésie est de beaucoup la plus ordinairement rencontrée. En dehors de cette divergence, on peut appliquer à ces deux troubles de la sensibilité les caractères suivants : ils peuvent être *généralisés* à tout le territoire douloureux, ou *circonscrits* et répondant à la distribution de quelques branches nerveuses ou *parcellaires*, c'est-à-dire réduits à un territoire minuscule.

Les *amyotrophies* constituent deux variétés : une variété bénigne et une variété grave. La première est essentiellement transitoire et disparait avec les troubles douloureux. La seconde variété est remarquable par sa précocité et sa marche rapide. Cette variété est généralisée à tout le membre ou limitée à quelque masse musculaire (fesse, région antéro-externe de la jambe, Charcot, Guinon et Parmentier).

Quant aux *réactions électiques* propres à la sciatique, M. Phulpin montre que la réaction de dégénérescence est exceptionnelle dans la sciatique vulgaire amyotrophique; que, lorsqu'elle existe, elle est réduite à un petit nombre de muscles, parfois à un seul. L'excitabilité du nerf et des muscles ou du nerf seulement sous l'une des deux formes du courant, ou les deux à la fois, est plus fréquemment exagérée dans la névralgie et diminuée dans la névrite.

Surtout depuis Charcot, on connait bien et on étudie les *déviations vertébrales* qui accompagnent dans presque tous les cas la sciatique. On en distingue trois types : la scoliose croisée, la plus fréquente; la scoliose homologue, et enfin, un type plus rare, la scoliose alternante, caractérisée par ce fait que les malades présentent tour à tour une scoliose croisée et une scoliose homologue. On a observé une cyphose plus ou moins marquée.

La polyurie a été signalée par MM. Dubsoc et Raymond (de Metz). Niée par M. Huchard, elle a été très bien étudiée par M. Huyghe, qui a montré qu'elle suit, d'une façon très approximative la marche de la sciatique. Elle est rarement considérable; son chiffre oscille entre deux et trois litres. Enfin elle parait être sans rapport avec l'état de la tension artérielle.

Signalons, pour terminer cette courte analyse, l'existence de la *sciatique hystérique*, qui peut se circonscrire à l'une des branches du nerf et constituer une forme d'hystérie nonosymptomatique. M. M.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Les Assistants de consultation des hôpitaux de Paris. — Treize hôpitaux ont un service de consultation dirigé par un assistant pour la médecine et un pour la chirurgie. L'assistant est doublé d'un suppléant qui doit le remplacer pendant les vacances et en cas d'absence. Il aura en outre deux externes pour le seconder.

L'assistant de consultation touche un jeton de présence de 5 francs par consultation; pour les hôpitaux dits excentriques (Lariboisière, Bichat, Broussais, Tenon), le jeton est de 10 francs.

Les assistants de consultation de médecine et de chirurgie ont été nommés le 13 août 1895, sur les propositions faites, conformément au règlement, respectivement par la commission des médecins et des chirurgiens. Les assistants spéciaux pour Saint Louis doivent être nommés en novembre prochain.

Assistants de médecine. — La consultation de quatre hôpitaux est assurée par des médecins des hôpitaux :

Hôtel-Dieu : M. Dalcher.
Saint-Antoine : M. Wurtz.
Cochin : M. Lebreton.
Beaujon : M. Launois.

Les autres hôpitaux sont pourvus chacun d'un assistant titulaire et d'un assistant suppléant :

La Pitié : Assistant titulaire, M. Capitan; suppléant, N...
Charité : Titulaire, M. Gallois; suppléant, M. Aviranget.
Necker : Titulaire, M. Méry; suppléant, M. Weber.
Laënnec : Titulaire, M. Teissier; suppléant, M. Aviragnet.
Andral : Titulaire, M. Polguière; suppléant, N...
Lariboisière : Titulaire, M. Jacquet; suppléant, N...
Tenon : Titulaire, M. Dupleix; suppléant, M. Grandmaison.
Broussais : Titulaire, M. Lyon; suppléant, M. Laffitte.
Bichat : Titulaire, M. Barbier; suppléant, M. Grandmaison.

Il reste à nommer neuf assistants suppléants.

Assistants de chirurgie. — La consultation de huit hôpitaux est assurée par des chirurgiens des hôpitaux :

Hôtel-Dieu : Assistant, M. Ricard; suppléant, M. Macquart-Moulin.
Charité : Assistant, M. Demoulin.
Saint-Antoine : M. Walter.
Necker : M. Faure.
Cochin : M. Sebileau.
Beaujon : M. Michaux.
Lariboisière : Assistant, M. Beurnier; suppléant, M. Manson.
Saint-Louis : M. Legueu.

Les consultations des autres hôpitaux sont faites par des assistants : un titulaire, M. Villemin; les autres suppléants faisant fonctions de titulaires :

Laënnec : Assistant, M. Villemin.
La Pitié : Assistant, M. Mauclaire.
Tenon : Assistant, M. Delbet; suppléant, M. Conzette.
La Salpêtrière : Assistant, M. Chipault.
Bichat : Assistant, M. Péraire; suppléant, M. Raymond.
Broca : Assistant, M. Jayle.
Broussais : Assistant, M. Morestin; suppléant, M. Bernard.

Il reste à nommer dix assistants suppléants.

Distinction honorifique. — Le général de division Zédé a remis officiellement la croix de la Légion d'honneur à Mme Olympe Chaix, en religion sœur Saint-Henri, attachée depuis quarante ans aux salles militaires de l'hôpital

de Romans. Cette cérémonie a eu lieu avec une grande solennité: une compagnie du 75e de ligne, drapeau et musique en tête, ainsi que le corps d'officiers au complet ont pris place dans la cour d'hôpital-hospice où se trouvait, outre les membres de la Commission administrative et les fonctionnaires, une foule considérable. Des allocutions ont été prononcées par le maire de Romans et le général Zédé, qui a donné l'accolade à la sœur Saint-Henri.

Faculté de Médecine de Paris. — Un congé pour l'année scolaire 1895-1896 est accordé sur leur demande et pour raisons de santé à M. Germain Sée, professeur de clinique médicale, et à M. Tarnier, professeur de clinique obstétricale.

Sont chargés pour l'année scolaire 1895-1896 des cours complémentaires:

Pathologie chirurgicale: M. Lejars.
Accouchements: M. Maygrier.
Enseignement des élèves sages-femmes: M. Bonnaire.

Concours pour l'emploi de médecin stagiaire. — Un concours pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire s'ouvrira le 9 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'Ecole d'application de médecine militaire, à Paris.

Prix de la Faculté de médecine de Lyon. — Première année: prix, M. Colin; première mention, M. Patel; deuxième mention, M. Belgèze; troisième mention, M. Gonnard. — Deuxième année: pas de prix décerné; mention, M. Viannay. — Troisième année: prix, M. Sacquépée; première mention, M. Roubion; deuxième mention, M. Gallavardin; troisième mention, M. Lévy. — Quatrième année: pas de prix décerné; première mention, M. Auguin; deuxième mention, M. Lafeuille.

Droits à percevoir. — Les droits à percevoir des élèves qui ont été ajournés à la suite de l'examen de fin d'année et des élèves admis à suivre, sans prendre les inscriptions réglementaires, les travaux pratiques organisés en vue de l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, dans les Facultés des sciences, dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie réorganisées et dans les Ecoles préparatoires des sciences et des lettres, sont fixés à 90 francs par an.

Ces droits seront perçus par moitié au commencement de chaque semestre. Ils seront versés au Trésor public pour les Facultés des sciences, et dans les caisses municipales pour les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie réorganisées et les Ecoles préparatoires des sciences et des lettres.

Congrès de thalassothérapie. — Le deuxième Congrès de thalassothérapie, dont la première réunion a eu lieu l'année dernière à Boulogne, s'est ouvert la semaine dernière à Ostende par une soirée offerte aux Congressistes à l'Hôtel-de-Ville.

La séance d'inauguration a eu lieu à dix heures.

Les deux questions à l'ordre du jour étaient:

1° La phtisie pulmonaire au bord de la mer;
2° La technique de la cure marine.

Le Stéthoscope ellipsoïdal. — L'Académie des Sciences vient d'être saisie, par M. Ch.-V. Zenger, d'un nouveau type de stéthoscope.

L'efficacité des stéthoscopes, en général, est diminuée par les sons amphoriques produits dans l'espace rempli d'air qui fait partie de l'appareil: c'est ce qui a conduit M. Zenger a construire un stéthoscope en bois plein, qui, ne contenant plus d'air, ne donne pas naissance à ces sons parasites, parfois plus forts que les battements du cœur ou que les mouvements du poumon dans le cas de mort apparente.

C'est un ellipsoïde de révolution, coupé par deux plans perpendiculaires à l'axe et passant par ses deux foyers; il est en bois très homogène et très élastique, comme le bois de tilleul. Le rapport de son axe de révolution au diamètre de son équateur est de 5 à 1.

Les vibrations produites dans le voisinage d'un des foyers doivent être renvoyées, par réflexion sur la paroi, dans le voisinage de l'autre foyer, et recueillies par l'oreille convenablement placée.

Si l'on applique l'une des extrémités sur la poitrine du sujet soumis à l'auscultation, on entend distinctement, à l'autre extrémité, les battements du cœur, amplifiés comme ils pourraient l'être par un microphone. Une montre donne des battements d'une intensité remarquable.

(Bulletin Médical.)

Adoption du système métrique en Angleterre. — L'Angleterre marche franchement vers l'adoption du système métrique.

Nous avons dit l'autre jour que dans la prochaine édition de la *Pharmacopée britannique* les poids et mesures seraient formulés d'après ce système.

Voici que la commission chargée de la réforme générale du système des poids et mesures en Angleterre vient de publier son rapport sur la question, et le rapport conclut:

Que le système métrique des poids et mesures soit rendu légal pour tous les usages;

Que dans le délai de deux ans il soit rendu obligatoire par acte du Parlement;

Que dans toutes les écoles élémentaires publiques il soit enseigné comme partie intégrale et nécessaire de l'arithmétique.

Hôpitaux d'Athènes et de Constantinople. — On sait la générosité des Grecs pour les divers établissements de bienfaisance et d'enseignement des communautés grecques en Turquie et en Grèce. Les plus beaux édifices de ce genre, hôpitaux, écoles, orphelinats, asiles de vieillards, asiles de pauvres, à Constantinople, à Athènes, à Smyrne, à Salonique, à Andrinople, etc., sont dus à la générosité privée. On n'a pas oublié les sommes colossales léguées par M. Etienne Zafiropoulo (de Marseille) aux établissements français de cette ville et aux diverses institutions grecques de Constantinople et d'Athènes. Voici qu'un autre membre de cette famille de Zafiropoulo-Zarifi, M. Nicolas Zarifi, qui vient de mourir à Constantinople, laisse presque toute son immense fortune, évaluée à plusieurs millions, aux écoles et hôpitaux grecs de Constantinople et d'Athènes.

(Bulletin médical.)

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir: *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant: O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 38. L'UNION MÉDICALE 21 Septembre 1895.

SOMMAIRE

I. Dr T. Legry : Étiologie de la fièvre typhoïde. *(Suite et fin.)*
II. Feuilleton.
III. Deuxième session du Congrès international de Talassothérapie.
IV. Revue de la Presse : Médecine.
V. Sociétés savantes : 1° Académie des Sciences; 2° Académie de Médecine.
VI. Échos et nouvelles.

ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

(ÉVOLUTION HISTORIQUE ET DOCTRINE ACTUELLE)

Par le Dr T. LEGRY

SUITE ET FIN (1).

C. — *Modes de transmission du bacille typhique.*

Comment le bacille d'Eberth envahit-il l'organisme?

Disons d'abord que ce bacille peut émigrer hors du corps d'un typhique par diverses voies : 1° avec les matières fécales; 2° avec les urines; 3° avec le sang provenant d'hémorragies intestinales; 4° parfois avec les produits de l'expectoration; 5° enfin, par l'ouverture de foyers où se sont accumulés et multipliés les microbes.

Mais c'est surtout, presque exclusivement, pourrait-on dire, *par les selles* que le typhique dissémine les germes de la maladie.

Après leur émission, les garde-robes peuvent souiller les linges, le corps des malades, les mains des aides, les bassins, tous les objets avec lesquels elles ont été en contact. Puis le virus se répand dans l'air, se mêle aux poussières, aux fumiers, à l'eau, etc.

(1) Voir le numéro précédent.

Il nous faut donc étudier les divers *véhicules* qui permettent aux germes typhiques de pénétrer dans un organisme sain pour l'infecter.

1° *Transmission par l'air.* — L'air a été considéré longtemps comme l'agent principal de propagation de la maladie.

L'opinion actuelle est que ce mode de véhiculation du germe typhique est assez rare. Plusieurs observations en démontrent toutefois la possibilité.

Le Dr Devaltz (des Eaux-Bonnes) a fait la relation d'une petite épidémie de fièvre typhoïde, assez caractéristique à ce point de vue, suivant lui. Les matières fécales de la première malade, qui était arrivée avec les signes de la dothiénentérie dans la localité où l'on n'avait observé aucun cas antérieur, avaient été jetées dans des cabinets près desquels couchaient trois personnes qui furent atteintes ultérieurement. Le Dr Devaltz pense d'autant plus, dans ce cas, à la propagation par l'air, que l'eau de la localité fut examinée avec soin et qu'on n'y découvrit aucun micro-organisme.

M. Fernet a rappelé un fait assez frappant. Un pensionnat de jeunes filles où l'état sanitaire était excellent, fut frappé brusquement d'une épidémie de fièvre typhoïde. Aucune autre cause ne put être invoquée, que le dégagement des miasmes qui s'était fait, huit jours auparavant, au moment de la vidange

FEUILLETON

La mort agréable.

Discourir ou méditer sur la mort avait toujours passé pour être une occupation, utile peut-être, mais lugubre à coup sûr, et d'un genre tout à fait macabre. Nous venons de changer cela. L'on traite maintenant ce noir sujet d'une façon toute nouvelle. On le traite gaiment, joyeusement, voluptueusement, et c'est la chose la plus réjouissante et la plus encourageante du monde que d'entendre raconter quelles délices recèlent certains genres de mort.

Cette révolution n'a pas été aussi subite qu'on pourrait le croire. On soupçonnait depuis fort longtemps que telle ou telle manière de quitter la vie devrait être non seulement exempte de douleur mais pleine de charme. Il était, il est encore admis qu'au moment de franchir le mystérieux passage, les pendus ont la rayonnante illusion qu'ils entrent de plein pied au paradis de Mahomet. Ceux qui ont cette croyance s'illusionnent eux mêmes fortement. Mais peu importe. Il n'en est pas moins certain que voilà une façon de mourir qui a toujours été réputée pour offrir une belle compensation aux misères dont elle a été précédée. Elle serait certainement très à la mode si l'on ne conservait quelques doutes sur la valeur réelle des premières phases du phénomène et si les conditions n'en étaient pas si dépourvues d'élégance et de coquetterie. Mais cet étroit lacet de chanvre au nœud duquel on est sottement accroché en la plus ridicule des attitudes, avec la chute en avant de la tête gonflée, violâtre, trop lourde pour le cou aminci, avec la saillie gâteuse de la langue entre les bourrelets hideux des lèvres, et aussi la terreur des battements affolés des artères dans le cerveau d'où les veines étranglées ne laissent plus sortir le sang, et l'angoisse effroyable du thorax immobilisé, l'angoisse de l'étouffement, de l'asphyxie, dont on ignore la durée, tout cela met à un assez haut prix le déclanchement instantané de la fin et on craint de ne pas en avoir pour son argent.

C'est pourquoi, si on se tue de plus en plus, on se pend de moins en moins. La pendaison va même perdre encore

de la fosse des aisances. Cette fosse avait reçu, l'année précédente, les déjections d'une pensionnaire atteinte de la fièvre typhoïde.

C'est probablement par le mécanisme de la véhiculation aérienne que la maladie se propage dans ce qu'on désigne sous le nom de cas de contagion directe, de *cas intérieurs*. Ainsi seraient atteints les infirmiers, les garde-malades, les parents qui ont soigné un de leurs proches et respiré les poussières qui proviennent des selles des malades, en secouant par exemple leurs draps si souvent tachés de déjections qui se sont desséchées à la chaleur du corps. Le rôle des linges dans la dissémination de la fièvre typhoïde est, du reste, prouvé par ce fait que les blanchisseuses, surtout les blanchisseuses des hôpitaux, sont fort exposées à la maladie.

Certaines *épidémies de chambrée*, dans les casernes, sont aussi des exemples de contamination par l'air. Les faits les plus probants à cet égard sont ceux de M. Kelsch et ceux du Dr Chour, médecin militaire russe. M. Richardière a vu, dans son service, à l'hôpital de la Charité, un fait qui semble bien démonstratif. Un malade, atteint de syringomyélie et soigné dans la salle depuis plusieurs mois, contracta la fièvre typhoïde. Or, il était entré peu auparavant, dans la salle, quatre typhiques; un d'entre eux occupait même le lit immédiatement voisin. Il n'y eut pas d'autres cas intérieurs à signaler. La véhiculation aérienne semble devoir être d'autant plus incriminée ici que l'affection débuta par des accidents pulmonaires. Les phénomènes intestinaux furent peu intenses. Le malade guérit.

Malheureusement, la preuve absolue et directe de la transmissibilité de la fièvre typhoïde par l'air fait défaut, puisqu'on n'a pas encore isolé, dans le milieu suspect, le microbe pathogène.

Cependant, quelques recherches expérimentales ont été faites pour élucider ce mode de contagion. MM. Miflet, Lassuire et Bordas ont vu que l'air barbotant sur des cultures typhiques liquides peut entraîner des germes. D'autre part, M. Sicard, trouvant des bacilles d'Eberth dans l'eau où il recueillait l'air expiré par des typhoïdiques, en conclut que l'expiration des malades peut chasser des germes spécifiques dans l'atmosphère environnante. Mais ces derniers faits sont en contradiction flagrante avec ce que l'on sait de la pureté de l'air expiré.

Une objection a été faite à la contamination par l'air. On s'est demandé si l'inoculation se fait bien directement par les voies aériennes, et si l'air respiré ne vient pas déposer des bacilles sur les lèvres, dans la bouche, d'où ils sont déglutis. (Arnould).

En dépit de cette explication bien subtile, la transmissibilité par l'air semble suffisamment établie par bien des faits. C'est en tout cas, il faut le savoir, un mode de propagation peu fréquent.

2° *Transmission par l'eau.* — C'est principalement à la recherche du bacille dans l'eau que les bactériologistes ont consacré leurs efforts. Mörs et Michaël en Allemagne, Chantemesse et Widal en France, furent les premiers qui l'isolèrent dans l'eau potable. Depuis les succès ont été nombreux. Thoinot l'a retrouvé dans l'eau de la Seine, prise au pont d'Ivry. Antoine et Morat, Macé, Marié-Davy ont constaté sa présence dans les eaux de puits. M. Loir, examinant l'eau de son logement à l'Institut Pasteur, en 1887, y découvrait en grand nombre des microbes typhiques.

Des faits nombreux et indiscutables démontrent de plus le rôle de l'eau dans la propagation de la maladie. Nous en relaterons quelques-uns.

Le village des Monts, rapporte le Dr Baraduc, est divisé en deux groupes d'habitations séparés par

---

du terrain puisqu'il est un procédé infiniment plus agréable que le suranné nœud coulant, pour en finir avec l'existence. Il faut savoir gré au savant qui a eu le mérite, non pas de le découvrir, mais d'en publier les mérites et de s'en faire l'apôtre.

Il était bien placé pour en parler, l'ayant essayé sur lui-même. Et encore que cet essai, tout accidentel et fortuit, n'ait rien eu de volontaire et de consenti, les résultats de l'expérience imprévue qu'il a réalisée n'en ont rien perdu de leur intérêt. On les a exposés dans une conférence hardie qui pouvait mettre la Suisse aux deux doigts de sa perte ou constituer, au contraire, pour ce féerique pays la plus foudroyante des réclames.

A supposer que le pays n'en put tirer ni dommage ni profit, il y avait pour le conférencier une bien puissante tentation à inaugurer de la sorte ses leçons de *privat docent*.

Vous connaissez les faits. Le professeur Heim, miraculeusement sauvé — soyons plus moderne : exceptionnellement vivant — après une effroyable chute dans quelque ravin des Alpes, a eu l'idée de raconter à un nombreux public, à un auditoire de choix et trié sur le volet, au Club Alpin de Zurich, la douceur inouïe des sensations qu'il avait éprouvées pendant sa dégringolade. Il a eu soin d'appuyer ses dires sur le témoignage d'autres personnes réchappées comme lui de quelqu'une de ces chutes formidables. La concordance des impressions éprouvées par elles pallie, en vérité, dans une certaine mesure, l'invraisemblance de pareilles allégations.

Avant que la chute n'ait commencé, au moment même où elle est devenue inévitable et où l'on a conscience qu'elle va se produire irrémédiablement, il y a, on ne saurait s'en étonner, un sentiment de vive angoisse et de terreur atroce qui se traduit par ce cri de détresse suraigu dont les oreilles conservent le souvenir quand elles l'ont entendu une fois, et par des actes instinctifs de défense désespérée où les doigts contractés s'accrochent à tout objet supposé capable de retenir le corps. Mais cela n'est qu'un éclair. Dès qu'on a perdu pied, on se trouve, paraît-il, plongé dans un bien-être surnaturel. Cette sorte d'ivresse se prolonge pendant les quelques secondes que dure la chute. Le choc du corps contre le sol et les heurts successifs qu'il a pu subir avant

une distance d'environ 150 mètres, sur le versant d'une colline : ces deux groupes de maisons sont alimentés par des eaux différentes. En novembre 1878, deux enfants du village d'en haut sont atteints de fièvre typhoïde; huit mois plus tard, quatorze cas se déclaraient dans le village d'en bas. Toutes les maisons contaminées recevaient leur eau d'une source dont le trop-plein formait le lavoir public où avait été lessivé le linge des deux premiers malades. La source fut condamnée, et l'on n'observa plus aucun cas de dothiénentérie.

Une épidémie très meurtrière, observée par Dionis des Carrières, sévit à Auxerre en 1882 : la maladie régna exclusivement dans les quartiers qui recevaient l'eau amenée en conduite étanche de la source de Vallan, située à quatre lieues de la ville. On découvrit que cette source était polluée au point de captage par les infiltrations d'une cour de ferme où le fumier avait reçu, le mois précédent, les déjections d'un typhique.

Depuis 1881, les cas de dothiénentérie sont très fréquents dans la ville de Zurich, qui est alimentée par l'eau du lac, contaminée au niveau de la prise d'eau. Lors de l'épidémie de 1884, la maladie ne sévit que dans les communes alimentées par le service municipal de la ville. Un groupe de maisons d'Auersihl, situé au milieu d'un quartier très éprouvé, fut absolument épargné, parce que seul il n'était pas relié à la conduite municipale. Cette même année, l'école normale d'Unterstrass, où l'on boit de l'eau de source prise dans les fontaines publiques, avait échappé à la maladie. Le 1er et le 2 avril, quelques élèves, sortis pour les examens, burent de l'eau du service des abonnés. Bientôt dix-huit d'entre eux étaient atteints de dothiénentérie.

La ville de Plymouth, en Pensylvanie, fut ravagée par la fièvre typhoïde, au mois de mars 1885. Une partie des habitants buvait l'eau de la rivière Susquehannah, les autres étaient alimentés par une source de la montagne. Ces derniers seuls furent atteints. On apprit ultérieurement qu'il y avait eu un typhique, un mois auparavant, dans une maison située près de la source. Les matières avaient été jetées sur le sol gelé : elles avaient été délayées au premier dégel par les eaux de pluie qui les avaient entrainées vers la source, laquelle s'était trouvée ainsi contaminée.

A Vienne, fait remarquer Mosny, depuis que l'eau de source a remplacé l'eau du Danube, la fièvre typhoïde a presque complètement disparu. Pendant l'hiver rigoureux de 1887, on se trouva dans la nécessité de distribuer l'eau du fleuve à certains quartiers : on vit aussitôt éclater une épidémie dans les parties de la ville alimentées par les eaux fluviales.

Dans la plupart de ces relations, le fait de la pollution de l'eau par les injections typhiques a été rigoureusement démontré. La souillure banale, par des matières fécales quelconques, ne peut avoir en effet aucune influence directe. L'élément pathogène étant la seule cause déterminante de la fièvre typhoïde, il faut admettre la contamination de l'eau par les microbres spéciaux contenus dans les matières typhiques pour comprendre le transport de la maladie et l'explosion de cas nombreux à des distances souvent fort éloignées.

La présence du bacille d'Eberth dans les eaux ainsi polluées doit évidemment lever tous les doutes sur le mécanisme de la propagation de la dothiénentérie. Or, cette constatation a été faite dans plusieurs épidémies.

Au mois d'août 1886, sur vingt-quatre personnes qui étaient venues à Pierrefonds en villégiature et

---

d'y arriver ne sont pas douloureux au moment même où ils se produisent. Chose bizarre, on ne les sent pas, on les entend seulement; ils sont perçus comme sons et non comme contact.

J'avoue que cette assertion m'a paru, au premier abord, être une mauvaise plaisanterie, une de celles dont on se demande s'il ne serait pas plus à propos de se fâcher que de rire, car on n'aime pas à être mystifié trop grossièrement. En y réfléchissant, il me semble que la chose n'a rien d'impossible. Mais je craindrais trop de choquer les idées courantes en physiologie pour oser formuler ici l'explication que je me suis forgée de cette étrangeté.

Quoi qu'il en soit de l'explication, voici comment M. Heim raconte ses émotions : « Il me faudrait une heure pour dire ce que j'éprouvais pendant le temps si court que je mis à tomber. Toutes les pensées et toutes les images s'offraient à moi avec une clarté et une précision extraordinaires. Je réfléchis d'abord aux diverses conséquences possibles de mon accident. Je pensai à me servir du flacon de vinaigre que j'avais en poche; je songeai à ne pas laisser ma canne glisser de mes doigts; j'essayai d'ôter mes lunettes dans la crainte où j'étais d'avoir les yeux blessés par leurs éclats; ..... je me promis, dès en arrivant à terre, de rassurer mes compagnons en leur criant que je n'étais pas blessé (en ceci, j'avais surtout en vue mon frère qui se trouvait parmi eux); en même temps, je ressentais une impression de bien-être qui allait en s'augmentant; je croyais planer en un ciel d'azur..... etc..... »

Après tout cela, il entendit le bruit du choc et, comme il n'en mourut pas, il souffrit ensuite énormément des blessures qu'il avait reçues. Mais il est convaincu que s'il était mort sur le coup, il n'eût rien ressenti de pénible et qu'il eût trépassé en pleine béatitude Je n'ai aucune raison valable pour m'inscrire en faux contre cette certitude qui paraît lui causer tant de plaisir. J'aurais plutôt un ou deux exemples (tirés d'accidents à vrai dire un peu différents de celui-là), qui tendent à montrer que le professeur Heim est peut-être dans le vrai. Il y a quelques mois (1), à propos d'une étude de M. Ferrero sur « la crainte de la mort », je racontais ici même qu'un de mes amis, que

(1) Voir le feuilleton de l'*Union médicale*, du 6 avril 1895 : *La Physiologie de la mort.*

qui habitaient trois maisons contiguës, vingt étaient malades presque simultanément de fièvre typhoïde et quatre d'entre elles succombaient. Le professeur Brouardel constata, au cours de l'enquête, que les puits de ces trois maisons étaient souillés par des infiltrations de fosses d'aisances. Les années précédentes, il y avait eu précisément plusieurs cas de la maladie dans le voisinage, et un mois encore avant l'épidémie, un typhique convalescent, venu de Paris, avait eu une rechute dans une des trois maisons signalées. Chantemesse examina, au point de vue bactériologique, l'eau des puits suspects et obtint sur gélatine phéniquée de nombreuses colonies de bacilles d'Eberth. Ces micro-organismes n'existaient dans aucun des autres puits de Pierrefonds.

La même année, MM. Dreyfus-Brisac et Widal rapportaient une épidémie de maison observée à Ménilmontant. Cinq personnes prenant leur eau à une borne-fontaine voisine, étaient atteintes de dothiénentérie ; le bacille typhique fut trouvé dans cette eau avec ses caractères habituels.

Dans les derniers jours du mois d'août 1886, une épidémie de fièvre typhoïde apparaissait brusquement à Clermont-Ferrand. La petite ville de Mont-Ferrand, située à deux kilomètres, était frappée en même temps, et dans les deux foyers l'épidémie présentait une marche absolument semblable. A Royat et à Chamalières, qui sont à peu près à la même distance de Clermont, on n'observait que quelques cas isolés pris à Clermont même. Or, Clermont-Ferrand et Mont-Ferrand boivent la même eau, tandis que les petites villes de Royat et de Chamalières ont chacune une source particulière.

L'enquête porta donc sur l'eau distribuée aux deux villes contaminées qui sont alimentées par deux sources et donna lieu aux constatations suivantes. La conduite qui amène l'eau de la principale des deux sources, celle du Gros-Bouillon, captée près de Royat, était en fort mauvais état sur plusieurs points et pouvait être polluée dans son trajet par les matières des fosses d'aisances non étanches ou par l'eau du lavoir public. Vers le milieu du mois d'août, une typhique venue de Lyon, avait été soignée dans une maison située à quelques mètres de la conduite d'eau. Les déjections avaient été jetées dans la fosse insuffisamment étanche et son linge avait été lavé dans le lavoir de Royat. Vingt jours plus tard, l'épidémie éclatait à Clermont-Ferrand.

M. Brouardel a rapporté au Congrès de Vienne des faits extrêmement curieux relatifs à Lorient. La ville se compose de deux parties : l'une occupée par la marine, l'autre par la population civile. Les eaux ne sont pas les mêmes pour les deux groupes. En août et septembre, on répand les matières fécales sur les prairies avoisinant les sources qui alimentent les casernes. Deux mois plus tard, chaque année, une épidémie sévit sur les soldats.

L'attention a été attirée à Paris sur les relations qui existent entre la distribution de l'eau de Seine et l'apparition des épidémies de fièvre typhoïde. Chantemesse et Widal, Régnier, ont publié des travaux graphiques qui établissent nettement que la morbilité et la mortalité typhiques sont en rapport constant avec la substitution, à certaines époques de l'année, des eaux de rivière aux eaux de source. M. Beckmann, l'ingénieur en chef du service des eaux de la ville de Paris, a protesté contre cette manière de voir et présenté des statistiques contradictoires. Mais MM. Brouardel et Chantemesse lui ont fait remarquer qu'il faut tenir compte de la période d'incubation de la dothiénentérie, laquelle correspond exactement au temps qui s'écoule entre le

---

j'avais sauvé à grand'peine, après une submersion de quelques minutes, n'avait éprouvé aucune douleur physique et aucune angoisse morale et que, sous l'eau, avant de perdre connaissance, il avait passé par des états d'âme absolument identiques à ceux décrits par Heim : même vision nette de pensées et d'images ; même revue instantanée de son existence entière. Cela n'alla point jusqu'à la volupté, mais si le retour à la vie n'avait pas eu lieu, la mort n'aurait certainement rien eu de pénible.

Il n'est donc pas niable qu'on peut mourir, même de mort violente, sans passer par les affres dont l'imagination des hommes s'est partout et de tout temps accordée à entourer le fatal moment. Les faits recueillis par Heim, son propre cas, celui que je viens de rappeler, s'expliquent, à la rigueur, par une inhibition absolue des centres psychiques amenée à l'instant même où la catastrophe se produit par l'intensité de l'émotion qu'elle fait naître. Le système nerveux est organisé pour percevoir certaines excitations. En deçà et au delà d'une limite déterminée, son pouvoir de perception est comme annihilé. Au-dessus et au-dessous d'un nombre donné de vibrations, il n'existe aucun son pour notre oreille ; il n'y a lumière pour notre œil qu'entre tel et tel chiffre d'ondulations de l'éther ; nos nerfs sensitifs ne dérogent pas à la loi en ce qui concerne le sens du tact, et ce n'est point une chose incompréhensible que des courants électriques d'une extrême intensité, mais d'une extrême fréquence, ne donnent lieu à aucune sensation de douleur, alors que des courants moins intenses, mais à interruptions moins nombreuses, sont impossibles à supporter.

Sous l'influence d'une inhibition de ce genre, non seulement l'annihilation de quelques centres est plausible, mais d'autres peuvent être modifiés dans leur fonctionnement ; des actions d'arrêt peuvent être supprimées. L'incroyable rapidité de la succession des idées et des images, qui paraît être la caractéristique de quelques morts violentes et subites, existe au même degré dans les rêves. Il n'est personne qui n'en ait fait l'expérience personnelle, et des faits infiniment curieux à cet égard ont été publiés qui sont dans toutes les mémoires.

Des actes ou des pensées qui sembleraient dénoter le plus extraordinaire sang-froid, la plus parfaite possession

moment où l'on commence à substituer l'eau de source à l'eau de rivière et celui où apparaissent les premiers cas de la maladie. On voit ainsi qu'il y a une corrélation indéniable entre les époques où l'on distribue l'eau fluviale et la courbe des entrées dans les hôpitaux des malades atteints de fièvre typhoïde. C'est trois ou quatre semaines après la distribution de l'eau de Seine que la courbe s'élève invariablement : c'est trois ou quatre semaines après la suppression de cette eau qu'on la voit s'abaisser. D'ailleurs, cette suppression de l'eau fluviale ne fait pas disparaître immédiatement toute cause d'infection, car le bacille doit persister un temps plus ou moins long dans les conduites : il aurait été en effet retrouvé dans les réservoirs cinq ou six semaines après qu'il y avait été apporté par l'eau.

Ainsi, les relations manifestes, maintes fois constatées entre l'apparition d'une épidémie et la contamination d'une source montrent, de la façon la plus nette, la part prépondérante qui doit être accordée à l'eau de boisson dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. Ce serait, en conséquence, surtout par les voies digestives que le bacille pénétrerait dans l'organisme, et la théorie de la véhiculation aérienne, si florissante autrefois, ne serait applicable qu'à un nombre de cas relativement restreint.

Mais si l'introduction par le tube intestinal est, pour ainsi dire, la règle, ne peut-on incriminer d'autres ingesta que l'eau d'alimentation ?

La propagation par le lait est fort admise en Angleterre.

Récemment encore, Harrington rapportait une épidémie qui éclata en novembre et décembre 1886, à Cambridge, des Massachussets : on put constater que cinquante-huit des soixante-quinze familles atteintes recevaient leur lait du même fournisseur, et l'enquête fit découvrir qu'il y avait eu deux typhiques dans une des fermes qui envoyaient le lait au marchand de la ville.

D'autre part, des cas de fièvre typhoïde provoqués par l'ingestion de la viande d'animaux malades ont été signalés. Les épidémies d'Andelfingen, de Kloten, de Birmenstorf, de Würenslos, de Spreintenbach, toutes dans le canton de Zürich, sont célèbres à cet égard.

Ces faits n'ont pas, cependant, entraîné la conviction de tous les savants, et les autopsies de Walder elles-mêmes, faites lors de l'épidémie de Kloten, ont laissé bien des doutes dans les esprits.

Somme toute, s'il est possible d'admettre la pluralité des moyens de propagation du bacille typhique et le transport des germes par l'eau, l'air, les linges des malades et les mains de leurs gardes, il faut ajouter, comme le fait remarquer le professeur Brouardel, qu'au point de vue du tribut que les populations paient à cette maladie, l'eau est « le grand distributeur qui la porte 90 fois sur 100 ».

D. — *Causes prédisposantes.*

Il reste à déterminer les conditions qui favorisent, en nous, l'action du microbe véhiculé.

Disons d'abord qu'une seule condition donne l'immunité, c'est une *atteinte antérieure* de l'affection. Mais il existe des cas de *récidive*, plus rares assurément que dans la rougeole et dans la variole, mais dûment constatés et authentiques.

Aucune race ne jouit de l'immunité : la fièvre typhoïde est répandue dans toutes les régions du globe, en Asie, en Afrique, en Amérique, en Australie, comme en Europe. Elle existe à l'état endémo-épidémique dans presque toutes les grandes villes.

Aucune maladie antérieure ne prémunit davantage

---

de soi-même, par exemple, songer à sa canne ou à ses lunettes pendant qu'on franchit verticalement de haut en bas, plusieurs dizaines de mètres en peu de secondes, prouvent au contraire un complet désarroi cérébral, parce qu'ils sont en formelle contradiction avec les circonstances où ils se produisent, parce qu'ils sont tout à fait hors de propos et nullement adaptés à la situation. On peut donc affirmer, dans le cas particulier d'une chute, qu'on perd dès le début le sentiment net et conscient de soi-même. On est instantanément rendu incapable d'apprécier et de raisonner juste. Cet état est-il de nature à supprimer toute capacité pour la douleur? Je parlais de rêves, tout de suite. Si j'invoquais encore les arguments qu'on en peut tirer, je conclurais le contraire.

Je pense que tout le monde a été la proie de ce genre spécial de cauchemars où on croit tomber d'un lieu élevé, être précipité du haut d'une tour, d'un clocher, rouler au fond d'un précipice. Les sensations dont s'accompagnent ces terrifiantes illusions du sommeil sont atroces. Si on n'est pas autorisé à en déduire qu'elles doivent être les mêmes dans la réalité, rien ne prouve, non plus, qu'elles en soient sensiblement différentes. La première hypothèse me paraît même plus justifiée et voici pourquoi. C'est que les sensations de cette sorte de rêves se retrouvent en partie, très atténuées d'intensité mais presque identiques de nature, dans certains mouvements, comme ceux de l'escarpolette. Lorsque arrivé au point culminant de sa course l'appareil commence à redescendre, on ressent une impression spéciale, difficile à préciser, qui n'est ni du vertige ni de la nausée, encore qu'elle en paraisse voisine, et qui rappelle, en tous cas, à s'y méprendre, le sentiment si pénible des cauchemars auxquels je fais allusion.

Je me souviens d'avoir encore éprouvé une sensation toute pareille, un jour où dans une sotte prouesse d'enfant qui ne veut pas reculer devant un défi, je sautai un rocher de trois à quatre mètres d'élévation. J'ajoute, en passant, que le choc de mes ischions sur le sol ne me parut faire aucun bruit, mais que je sentis rudement le contact à l'instant même où il eut lieu.

Tout cela n'infirme pas le récit de M. Heim. La différence est trop grande entre les conditions des phénomènes pour que les mêmes conclusions soient applicables partout.

contre la fièvre typhoïde. La variole, la tuberculose, l'impaludisme, n'ont pas l'action préventive qu'on leur a attribuée.

Nombreuses, par contre, sont les causes qui favorisent l'invasion morbide.

Influences cosmiques. — C'est surtout pendant la période estivo-automnale que sévit la fièvre typhoïde. Les statistiques de Besnier ont établi l'exactitude de cette loi. Les perturbations météorologiques brusques ont généralement peu d'influence dans l'étiologie de la maladie. Cependant, on a pu voir des épidémies enrayées par des pluies abondantes ou par un refroidissement subit et considérable de la température.

Age. — L'âge est un facteur important. La fièvre typhoïde est, en effet, surtout une maladie de la jeunesse et de l'âge adulte. Le maximum s'observe de quinze à trente ans, surtout de vingt à vingt-cinq. Elle est beaucoup plus rare après quarante ans.

Les enfants en bas-âge et les vieillards sont donc peu atteints. Peut-être s'agit-il, pour ces derniers, d'une immunité par assuétude, l'organisme devenant réfractaire par un séjour prolongé dans un milieu typhogène. L'observation suivante de Parkes tendrait à le faire croire. Un village n'avait pas eu, de temps immémorial, de fièvre typhoïde; la maladie y éclata un jour et tous les habitants du village furent atteints successivement, les jeunes et les vieux.

Sexe. — La plupart des statistiques indiquent une fréquence plus grande de la fièvre typhoïde chez l'homme que chez la femme. Le rapport de fréquence semble être le même dans l'enfance et à l'âge adulte. La maladie serait plus meurtrière chez la femme (Hayem, Cadet de Gassicourt).

Bon acclimatement. — « Il semblerait, disait déjà Bouillaud, en 1826, que la fièvre typhoïde est l'apanage des individus qui ne sont point acclimatés ». A Paris et dans les grandes villes, la plus grande proportion des typhiques est représentée par des individus étrangers et, en général, arrivés depuis peu. Dans les épidémies de caserne, les jeunes soldats sont constamment atteints en plus grand nombre que les vétérans.

Encombrement. — L'encombrement, dont l'influence était niée par Murchison, semble bien favoriser l'action du contage. M. Thoinot dit avoir vu souvent la fièvre typhoïde atteindre son maximum dans les quartiers les plus denses d'une ville frappée par une épidémie.

Surmenage, causes psychiques. — Les fatigues, les veilles, la misère, les exercices immodérés ont un rôle très important, quoi qu'en ait dit encore Murchison, dans le développement des cas sporadiques et dans les épidémies. Toutes ces causes agissent en diminuant la résistance de l'organisme.

On doit vraisemblablement interpréter dans le même sens l'influence, moins évidente, du reste, de la *nostalgie*, des *chagrins*, des *impressions morales violentes et dépressives*.

Professions. — Les statistiques hospitalières ne fournissent, à ce sujet, que des renseignements imparfaits.

L'état militaire mérite une mention spéciale : la prédominance de la fièvre typhoïde dans l'armée résulte de conditions complexes : non acclimatement, dépression morale et physique, surmenage, etc.

Les notions étiologiques qui précèdent comportent des indications prophylactiques qu'il suffit d'indiquer ici.

Dans ces chutes terribles, qui durent plusieurs secondes, où le corps acquiert pendant la descente une vitesse incroyable, où la mort est imminente, le système nerveux doit être, je le répète, dans un état particulier, hors de son mode de fonctionnement normal. Que le vertige alors se transforme en volupté, je n'y contredis point. Sans aller jusqu'à penser que c'est probable, je crois du moins que c'est possible.

Au surplus, il serait désirable qu'il en fût ainsi, et on aimerait à se dire que les malheureux aéronautes qui firent, ces jours derniers, cette chute de mille à quinze cents mètres, — peut-être plus — dont la Belgique est encore toute remuée, éprouvèrent, au lieu d'horreur et de souffrance, d'indicibles délices.

Mais il est à souhaiter aussi que les agréments d'une pareille mort restent à l'état d'hypothèse jamais démontrée. S'il en était autrement, les suicides par précipitation séviraient bientôt à l'état épidémique et on ferait queue au pied de la colonne de la Bastille.

Espérons donc que M. Heim ne convaincra pas trop de monde. Et pour consoler les âmes sensibles, qui aiment à se figurer que les victimes des catastrophes émouvantes ont peu ou point souffert avant de mourir, rappelons le dilemme d'Epicure, qui est bien ce qu'on a jamais dit là-dessus de plus bête et de plus vrai : « Avant d'être mort, on n'est pas mort, donc on ne sent pas encore la mort. Et quand on est mort, on ne la sent pas non plus, puisque celui qui est mort ne sent plus rien ».

L'abus des cliniques à Dublin. — Dublin avec ses faubourgs compte 356,240 habitants. On y trouve 27 polycliniques, qui ont traité en un an 100,216 personnes. De plus, il existe 24 hôpitaux qui ont hospitalisé 36,412 malades, soigné 4,674 femmes en couches, sans parler des soins passagers en cas d'accidents, des consultations externes, etc. Tous ces malades ont reçu les médicaments gratis.

Si ces établissements charitables n'étaient pas fréquentés par des gens d'aspect aisé et des dames en robes de soie, en croirait, en lisant ces chiffres, que Dublin n'est peuplé que de malheureux. *(Bulletin médical.)*

La désinfection des selles doit être pratiquée, puisque les germes morbides, issus des déjections typhiques, peuvent être inhalés avec les poussières desséchées.

Mais le rôle capital de l'eau d'alimentation dans la transmission de la maladie mérite toute l'attention des hygiénistes.

Les moyens préventifs d'ordre privé sont d'une application relativement facile; en temps d'épidémie l'usage d'eaux minérales naturelles, d'eau bouillie ou convenablement filtrée pourra donner une sécurité suffisante.

Les mesures les plus importantes sont celles qui relèvent de l'hygiène générale. L'intérêt de la salubrité publique exige donc, entre autres perfectionnements, que, dans les villes où la dothiénentérie règne habituellement, l'eau de rivière soit remplacée par les eaux de source captées et maintenues jusqu'à leur point d'arrivée dans des conditions de pureté aussi satisfaisantes que possible.

L'intérêt qu'offrent les progrès des connaissances étiologiques en matière de fièvre typhoïde, se juge par ce fait que les mesures prophylactiques suggérées par ces acquisitions de la science ont réduit au tiers le chiffre de la mortalité typhique.

Deuxième session du Congrès international DE TALASSOTHÉRAPIE

Les stations de bains de mer ont aussi leur congrès; le traitement marin réunit à d'assez courts intervalles plusieurs médecins et chirurgiens, qui dissertent sur les résultats obtenus par le séjour sur les plages ou par l'immersion dans l'eau salée.

Le premier congrès s'était tenu à Boulogne-sur-Mer, si nous avons bonne mémoire; c'est à Ostende qu'a eu lieu le second, dont les séances ont duré du 27 au 29 août.

Peu de questions très importantes ont été traitées; nous ne nous arrêterons que sur les plus intéressantes.

Tout d'abord la **cure marine dans ses rapports avec la tuberculose** devait avoir sa place dans les discussions. C'est M. Deschamps (de Liège) qui a pris le premier la parole en essayant de déterminer le mode d'action de l'air marin. Il a avoué qu'il était difficile de trouver une explication, mais que pour lui il fallait trouver ses bons effets dans l'augmentation du pouvoir phagocytaire des leucocytes sur les bacilles de Koch. Pour M. Montheuis (de Dunkerque), les sécrétions se font mieux au bord de la mer, et, par suite, elles activent les éliminations. M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) se borne à constater que la cure marine agit plus rapidement sur le pauvre que sur le riche. Enfin M. Felizet (de Paris) estime que l'air marin relève les force du malade et met l'organisme en meilleure défense contre la tuberculose.

Du pronostic de la coxalgie et du mal de Pott à Berck-sur-Mer, tel est le titre de la communication de M. Calot (de Berck). Après avoir donné la statistique générale de l'hôpital Rothschild et de l'hôpital Cazin-Perrochaud, à Berck-sur-Mer, où le chiffre de la mortalité dans ces deux dernières années est de 11 seulement pour 1,070 scrofuleux, soit 1 %, l'auteur étudie l'évolution de la coxalgie et du mal de Pott dans les hôpitaux de Paris et dans les hôpitaux de Berck.

Il a soigné 207 coxalgiques depuis près de deux ans, dont 93 de suppurées.

Malgré ces conditions fâcheuses, il n'a perdu que 5 malades sur 207, soit 2 %, tandis que dans un hôpital d'enfants de Paris, d'après des chiffres qu'il emprunte au traité de M. Lannelongue, c'est 20 % de décès que l'on observe, dix fois plus qu'à Berck.

Pour le mal de Pott, le rapport des chiffres de la mortalité est à peu près le même : 25 % à Paris, d'après Bergeron; à Berck, 3 morts sur 140 cas.

L'intérêt orthopédique de ces malades n'est pas moins sauvegardé au bord de la mer que leur intérêt vital.

Sur 107 enfants atteints de tumeur blanche du genou, tous ont guéri, et il n'a dû faire que 3 amputations de cuisse, et n'a fait que 5 résections de la hanche sur 93 coxalgies suppurées, et presque tous ses coxalgiques ont guéri avec de bonnes jambes.

Dans le mal de Pott on peut de même, sinon corriger, du moins arrêter la production de la gibbosité. Mais des résultats si considérables ne sont dus qu'à l'action combinée du traitement marin et d'une chirurgie aidée de l'antisepsie la plus absolue.

Comme conclusion, le pronostic de ces maladies terribles, le mal de Pott et la coxalgie suppurée, est entièrement modifié pour les enfants qu'on envoie au bord de la mer, puisqu'un chirurgien sage peut obtenir dans ce milieu incomparable 98 fois sur 100 la guérison.

M. Félizet trouve que M. Calot a fait la part trop grande à l'air marin. Il pense que la résection de la hanche doit être une opération plus fréquente. Il ne faut pas compromettre l'influence marine en lui demandant trop.

M. Casse qui prend ensuite la parole, pense qu'il faut être très réservé dans les résections et ne pas les faire trop hâtives; ce sont ces dernières qui donnent de bons résultats, résultats qui auraient été obtenus sans le traitement sanglant.

Enfin, M. Deschamps fait une trentaine de résections de la hanche par an et n'a qu'une mortalité de 2 pour 100.

M. Felix (de Bruxelles) prend ensuite la parole sur l'**emploi thérapeutique de l'eau de mer chauffée**. Elle peut rendre les plus grands services aux enfants débiles, aux personnes nerveuses, irritables, chez lesquelles l'hydrothérapie froide est contre-indiquée. Ces bains de mer seront pris de 34° à 38°.

La cure marine, pour M. Max (de Bruxelles), serait le meilleur traitement préventif contre le *rachitisme*, mais il faut le commencer de bonne heure sans attendre les difformités osseuses.

La question de la **phthisie pulmonaire au bord de la mer** s'imposait, elle a été longuement traitée. M. Casse (de Middelkerke), après avoir parlé du traitement de la tuberculose en général, se demande comment et quand l'eau de la mer est efficace chez les poitrinaires.

Pour lui, la cure marine est contre-indiquée dans les formes aiguës, dans la période cachectique et lorsqu'il existe des accidents fébriles.

M. Casse ne voit pas une contradiction formelle dans les hémoptysies. Jamais d'ailleurs les hémoptysies n'apparaissent pour la première fois au bord de la mer.

Pour M. Houzel, le malade trouve à la mer un air qui n'a pas encore été respiré, qui renferme de l'ozone, qui est vierge de poussières ou de produits de décomposition. En outre, la lumière y est plus diffuse, plus intense.

Il faut se garder d'envoyer au littoral des fébricitants ou des sujets dont les poumons sont ulcérés.

Toutes les saisons ne sont pas également favorables pour l'envoi à la mer. Les changements brusques de température et les vents violents étant à redouter, il convient de choisir une plage bien ensoleillée, défendue par des collines, des vents froids, et en particulier de ceux qui soufflent du nord et de l'est.

Les tuberculeux à la mer s'améliorent pendant le printemps, l'été et une partie de l'automne. L'été est la saison la meilleure, car elle réalise le maximum de lumière; elle est aussi la saison favorable pour les bains.

Les tuberculeux qui devront profiter de l'air de la mer au cours de l'hiver devront être envoyés dans les stations du Midi.

M. H. Petit (de Paris) parle ensuite des hémoptysies et croit que le bord de la mer ne les détermine pas, mais qu'elles sont dues aux imprudences.

M. Lalesque (d'Arcachon) parle surtout de cette station qui diffère de celles du nord et met en valeur le climat, la situation et les forêts de cette plage.

L'orateur nie le rôle du chlorure de sodium dans l'efficacité de l'air marin.

M. Lalesque a reconnu l'existence d'une grande quantité d'ozone dans l'air marin d'Arcachon, mais n'est pas fixé sur l'importance de son rôle.

L'air de la baie d'Arcachon renfermant assez d'eau, les malades y sont à l'abri de l'évaporation pulmonaire; l'expectoration est facile. La pression barométrique étant élevée, la respiration est plus lente, plus étendue, l'hématose plus parfaite.

Comme méthode thérapeutique, l'auteur condamne les poitrinaires au repos, à quelques centaines de mètres de la mer. Bientôt la fièvre tombe et l'appétit se relève; le poids du malade augmente.

Enfin terminons par les communications faites sur les **Bains de mer** et signalons d'abord celle de M. Houzel.

Pour lui, le traitement marin dispose de quatre agents principaux :

1° L'air marin;

2° Les bains à la lame, les bains de mer chauds ou mitigés, les douches et affusions, les pulvérisations;

3° Les bains de sable;

4° L'eau de mer à l'intérieur.

A propos de l'air marin, M. Houzel fait observer qu'on ne profite pas du séjour à la mer lorsqu'on habite à une distance trop grande de la plage, quand on passe ses journées en excursions ou dans les cafés. Pour profiter de la mer, il faut :

A propos des bains, le sujet doit s'acclimater au préalable et séjourner sur le littoral une huitaine de jours au moins. Le moment le plus propice est entre dix heures du matin et cinq heures du soir, à la marée montante. Le bain doit être précédé d'un peu d'exercice. Il ne faut jamais le prendre à jeun, mais il convient d'attendre au moins deux heures après le dernier repas.

Le bain à la lame est proscrit chez les petits enfants qu'il effraie. Mieux vaut les laisser barboter sur le bord de l'eau, en se mouillant jusqu'au jarret, pendant une ou deux heures, au moment le plus chaud de la journée.

Il faut proscrire le système des deux bains par jour.

Le baigneur doit procéder par immersion brusque, et se livrer ensuite à des mouvements continuels, tels que ceux de la natation. Le bain doit durer de deux à huit minutes. Dix minutes est une limite que l'on ne peut dépasser sans danger.

A la sortie du bain, il faut s'essuyer avec ménagement, de façon à laisser sur l'épiderme les particules salines que l'eau y a déposées, et qui continuent l'effet utile du bain. Il faut aider la réaction par un exercice modéré, et éviter le repos au lit ou

l'emploi de vêtements trop chauds qui auraient l'inconvénient, en congestionnant prématurément la peau, de faire commencer la réaction par où elle doit physiologiquement finir.

Les bains de mer chauds servent de moyen unique de traitement ou de moyen d'initiation et de transition pour conduire insensiblement aux bains à la lame. Leur action est stimulante et tonique au lieu d'être sédative et alanguissante.

M. Houzel parle ensuite des **bains de sable** et de leur technique, et enfin de l'**eau de mer comme boisson**. Il faut la recueillir très pure et la donner comme tonique à la dose de deux cuillerées à soupe par jour aux enfants, et d'un verre à bordeaux aux adultes.

Terminons par les conclusions d'un mémoire de M. Dutertre (de Boulogne), sur la même question.

1° S'il est important de fixer la durée du bain, il est impossible de donner un chiffre *à priori*.

2° Cette durée dépend en effet de nombreuses conditions inhérentes les unes au bain, les autres au baigneur lui-même.

3° Conditions inhérentes au bain :

a) État de l'atmosphère : Plus la température de l'air sera basse, plus le vent sera fort, plus le bain devra être court.

b) État de l'eau : Plus la température de l'eau sera basse, plus la quantité de sels et la densité seront moindres, plus les vagues seront fortes, plus le bain devra être court.

4° Conditions inhérentes au baigneur : La durée sera variable pour chaque individu. Les jeunes enfants, les femmes, les vieillards, devront prendre des bains courts, d'autant plus courts qu'ils seront de faible constitution, ou atteints de maladies telles que rachitisme, chlorose, anémie.

5° L'habitude et l'exercice musculaire dans l'eau permettent de prolonger les bains.

6° Il faut pour sortir de l'eau se guider sur les sensations qu'on éprouve et non sur un nombre de minutes : le deuxième frisson doit être la limite extrême du bain.

Avant de se séparer, le Congrès a voté à l'unanimité le vœu suivant, proposé par M. Terwagne (Anvers) :

« Le Congrès de thalassothérapie, réuni à Ostende le 30 août 1895, émet le vœu de voir les administrations communales, les gouvernements de tous les pays, ainsi que les particuliers philanthropes, établir, au bord de la mer, les établissements nécessaires à la guérison des malades pauvres. Ce vœu sera envoyé aux gouvernements européens. »

Enfin, le Congrès a décidé que la prochaine session aurait lieu en 1896, à Arcachon.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

Première question. — Quelle est l'influence de la cure marine sur les phénomènes intimes de la nutrition?

Deuxième question. — Quels sont, au point de vue de la généralisation de la tuberculose, les effets de la cure marine?

Troisième question. — Influence du séjour au bord de la mer et du traitement marin en général sur l'appareil cardio-vasculaire.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Les dégénérescences rétrogades.

MM. Klippel et Durante viennent de publier, dans la *Revue de Médecine*, une étude importante sur les dégénérescences retrogades dans les nerfs périphériques et les centres nerveux. Il résulte de leur travail que la loi de Waller doit être complétée. En effet, les tubes nerveux interrompus dans leur continuité ne dégénèrent pas seulement dans leur bout périphérique, ils peuvent subir également une dégénérescence rétrograde dans leur bout central, se propageant vers leur centre trophique, leur noyau d'origine. Cette dégénérescence rétrograde ne se produit que si la régénération est empêchée, mais elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne serait tenté de le supposer d'après les théories actuellement en cours. Elle s'observe aussi bien dans les nerfs sensitifs que dans les nerfs moteurs et se développe de même dans les centres nerveux (ruban de Reil, faisceau pyramidal, cordons postérieurs de la moelle, etc.). La dégénérescence rétrograde remonte généralement, mais non toujours, jusqu'au noyau d'origine qui lui-même s'altère le plus souvent. Elle peut dépasser ce noyau et se propager au neuron. Cette dégénérescence est un peu plus tardive que la dégénérescence walérienne et son évolution est variable ; elle paraît d'autant plus rapide que le sujet est plus jeune et que la section a porté plus près de l'origine du tube nerveux, ce qui tient probablement à ce que, dans ce cas, le noyau y est plus fortement et plus promptement astreint. Au bout de quelques mois le processus régressif est, selon toute vraisemblance, complètement terminé. Histologiquement, la dégénérescence rétrograde est caractérisée par la myéline atteinte la première et par la très longue conservation du cylindre, axe qui souvent persiste indéfiniment. Les noyaux qui ne sont pas toujours intéressés d'une façon histologiquement appréciable, même lorsque la dégénérescence se propage d'un neuron au neuron suivant ; les lésions qu'on y constate sont d'abord une atrophie simple des cellules

nerveuses avec altération de la substance chromatique, puis une dégénérescence aboutissant à une destruction complète de ces éléments.

La pathogénie de la dégénérescence rétrograde est encore très obscure. Le tube nerveux demeurant en rapport avec son centre, mais étant privé de ses ramifications terminales qui permettraient les échanges avec les organes voisins, on pourrait peut-être invoquer l'absence de circulation nerveuse dans le cylindre axe, entraînant l'absence de ce que l'on peut comparer à des courants induits et, par suite, l'absence des échanges nécessaires à la nutrition de l'enveloppe du nerf.

Ces faits permettent d'expliquer l'origine et la pathogénie des altérations de la moelle chez les amputés et de quelques atrophies musculaires dites reflexes. De même la connaissance de la dégénérescence rétrograde dans les centres nerveux éclaire le mode de développement de plusieurs variétés de myélites combinées. Une partie des faits publiés sous le titre de *Sclérose latérale amyotrophique* relève peut-être d'une sclérose ascendante du faisceau pyramidal secondaire à l'altération des cellules cornes antérieures. Plusieurs cas de maladies de Westphal peuvent être considérés comme des myélites transverses ayant déterminé une dégénérescence des faisceaux médullaires dans les deux sens. Enfin, un grand nombre d'observations de myélites combinées, systématisées, doivent être regardées comme des dégénérescences descendantes multiples secondaires à des lésions encéphaliques diffuses ou en foyer.

Grippe et fièvre typhoïde.

Pour le Dr L. Saint-Ange on peut observer la coexistence de la grippe et de la fièvre typhoïde. Le début est celui de la grippe, il y a de la fatigue sans stupeur, de la céphalalgie, une fièvre parfois violente, parfois légère, mais toujours irrégulière dans ses allures, des douleurs des membres, une anorexie complète. On administre le sulfate de quinine, un vomitif, un purgatif, mais les choses ne se modifient pas ; la fièvre s'élève un peu, surtout le soir, l'abattement fait quelques progrès, il y a un peu de toux, parfois des douleurs intercostales. La diarrhée fait défaut mais cependant, vers le huitième jour, le diagnostic reste en suspend car on aperçoit souvent quelques taches rosées sur l'abdomen. Ce n'est qu'aux environs du douzième jour que le ventre se météorise en même temps que la diarrhée devient abondante, que la fièvre s'installe définitivement, qu'il y a de la stupeur, du délire ou, au moins du subdélirium. La maladie suit alors son cours comme dans une forme moyenne, mais le cœur attire l'attention ; le pouls présente une fréquence exagérée, parfois des intermittences et enfin, vers le dix-huitième ou vingtième jour, éclatent des accidents redoutables : faiblesse et arythmie cardiaques, refroidissement des extrémités, altération rapide des traits, collapsus, et le malade succombe.

Dans les faits de ce genre, le caractère insidieux du début, l'évolution traînante et l'apparition foudroyante de l'asthénie cardiaque constituent autant de traits particuliers qui n'appartiennent pas aux formes habituelles de la dothiénentérie.

Assurément, le microbe de la grippe ne favorise pas le développement du bacille d'Eberth, car on observe rarement la fièvre typhoïde dans le cours des épidémies de grippe ; mais une fois l'association réalisée par le hasard, l'évolution du bacille typhique est modifiée dans un sens défavorable à l'organisme. La fièvre typhoïde qui évolue sur un terrain qu'elle partage avec la grippe est le plus souvent atténuée et comme effacée au point de vue symptomatique ; mais l'hybridité est particulièrement dangereuse, en raison de l'atteinte portée au fonctionnement du cœur, directement ou par l'intermédiaire du bacille.

Un moyen pour faciliter l'ingestion de grandes quantités de lait.

Lorsque les malades soumis au régime lacté ne peuvent tolérer la quantité de lait qu'il leur faut avaler chaque jour, M. Thin (de Londres), dont le travail est analysé par la *Semaine médicale*, conseille de faire usage d'un lait dont le volume a été réduit de moitié par l'évaporation lente sur un feu pouvant être réglé à volonté. Pour cela, on chauffe d'abord le lait rapidement, puis, avant que son point d'ébullition ait été atteint, on diminue la flamme de façon que le liquide continue à s'évaporer lentement, mais sans bouillir. En même temps, on remue le lait afin d'empêcher la crème de monter et de former une pellicule. La flamme éteinte, on continue à remuer tant que le lait reste très chaud. Par ce moyen, on peut réduire en une demi-heure trente centilitres de lait à quinze centilitres. Le liquide obtenu est très digestif. Il faut le remuer une dernière fois avant de le servir au malade.

Procès entre médecin et malade. — Devant le tribunal de Mâcon, à l'audience du 10 juillet 1895, une contestation s'élevait entre un médecin et son malade sur le nombre des visites dont le médecin réclamait les honoraires. Le tribunal n'a pas admis comme preuve la présentation des livres du médecin. Il a déclaré que c'était au demandeur à faire la preuve de sa prétention, et a trouvé inadmissible que le demandeur puisse se créer à lui-même un titre de créance. Les livres ou papiers domestiques ne peuvent constituer une preuve en faveur de celui qui les a écrits. Le malade a donc obtenu gain de cause dans ce procès, et le tribunal n'a tenu compte que du nombre de visites reconnu par le client. Il ne manquait plus que cela !

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur la présence de l'argon et de l'hélium dans certaines eaux minérales.

On connaît ces nouveaux gaz dernièrement trouvés dans l'air, ils ont été retrouvés dans les eaux minérales, ainsi que le prouve une note lue par M. Bouchard à l'Académie des Sciences :

« Depuis déjà longtemps, on a signalé que de certaines eaux des Pyrénées il se faisait des émanations de fines bulles gazeuses, peu de temps après que ces eaux avaient été puisées et qui se continuaient pendant un temps variant avec la source, quelquefois même pendant des heures. Dans ces eaux rendues légèrement alcalines par le sulfure et le silicate de sodium, les gaz émanés ne peuvent être ni l'oxygène ni l'acide carbonique, et par élimination autant, sans doute, que par l'absence des caractères positifs de ce corps, on a admis que ce gaz était de l'azote.

« Ce sont surtout les médecins espagnols qui ont fixé leur attention sur cette particularité des eaux pyrénéennes et ils ont désigné sous le nom d'*azoades* les eaux qui dégagent de l'azote.

« On voit enfin, dans d'autres sources des Pyrénées qui sont sans effervescence, se dégager par intervalles, au griffon, de grosses bulles de gaz que l'on considère aussi comme étant de l'azote.

« Tout récemment, à Cauterets (c'est M. Bouchard qui parle), j'ai voulu me renseigner sur la nature des gaz qui donnent lieu à ces deux séries de phénomènes. J'ai pu recueillir des quantités assez considérables de gaz au point d'émergence, avant tout contact avec l'air, à la source de la Raillière et à deux griffons qui alimentent la source du Bois. Enfin, j'ai pu examiner le gaz retiré par la pompe à mercure, puis par l'ébullition de l'eau de la Raillère transportée.

« M. Troost a bien voulu m'aider pour la détermination des caractères physiques et cliniques de ces gaz. C'est avec son assistance qu'ont été obtenus les résultats que je vous communique.

« Ces gaz, desséchés sur la potasse et l'anhydride phosphorique, ont les caractères de l'azote : chauffés au rouge, pendant quarante-huit heures, sur des fils de magnésium, ils perdent leur volume initial en même temps que les fils se recouvrent d'une couche jaune qui, exposée à l'air, devient blanche et dégage de l'ammoniaque. Si l'on introduit le gaz ainsi réduit dans des tubes de Plücker à fils de magnésium et si, sous une faible pression et avec l'effluve capable d'amener un suffisant échauffement du magnésium, on épuise les dernières traces d'azote dont le spectre disparaît, on reconnaît alors que les gaz qui subsistent ne sont pas les mêmes pour les diverses provenances.

« Les gaz recueillis au griffon de la Rallière, ou extraits par l'ébullition de l'eau de la même source, ont donné les raies caractéristiques de l'argon, ainsi que les raies caractéristiques de l'hélium.

« Les gaz recueillis aux griffons des sources du Bois ont donné tous deux les raies caractéristiques de l'hélium.

« Les gaz recueillis à l'un des deux griffons du Bois (celui dont la température est la plus basse) donnent à penser, en raison de l'abondance des raies dans le rouge et le rouge orangé, qu'ils renferment, à côté de l'hélium, quelque autre élément.

« Dans l'ignorance où l'on est actuellement des propriétés physiologiques de l'hélium et de l'argon, il est permis de se demander s'il y a quelque concordance entre les propriétés médicinales des eaux des Pyrénées et la composition des gaz qui s'en dégagent. A défaut de l'azote, auquel on ne doit plus penser, les vertus des azoades dépendraient-elles des gaz qui sont chimiquement moins actifs que l'azote et qui sont, dans ces eaux, en proportion moindre que l'azote? C'est possible, mais la question deviendrait inutile si l'on démontrait la présence de ces gaz, en proportions analogues, dans les eaux qui coulent ou qui séjournent à la surface de la terre et qui servent à notre alimentation.

« On pourrait admettre que les gaz contenus dans les eaux minérales ont leur origine dans l'air entraîné par ces eaux de la surface vers la profondeur. Ces eaux, après s'être alcalinisées par un sulfure, abandonneraient l'oxygène et l'acide carbonique et ne contiendraient plus que l'azote ot l'argon.

« Il semble néanmoins dès à présent que, à l'origine atmosphérique possible d'une part de l'argon et, peut-être, de l'hélium, doit s'ajouter quelque action souterraine, puisque, si l'une des sources examinées contient ces deux gaz, une autre ne renferme que l'hélium, une autre enfin contient avec l'hélium quelque chose qui n'est pas l'argon.

« Cette étude réclame nécessairement celle de la composition des gaz contenus dans les eaux qui sont à la surface de la terre. Les résultats de cette étude, qui est en cours, seront communiqués ultérieurement. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 septembre 1895

M. Corlieu vient entretenir l'Académie des anciens bâtiments de la Faculté de Médecine; l'histoire en est fort intéressante.

En 1409, la Faculté ne possédait qu'une misérable maisonnette avec des rats — actuellement rue de l'Hôtel-Colbert. — En 1469, elle acheta une maison rue de la Bûcherie, à côté de laquelle elle faisait construire, en 1499, une chapelle. En 1567, elle y adjoignit un jardin botanique. Le tout occupait le terrain actuellement occupé par les maisons nos 13 et 15, rue de la Bûcherie, environ 30 mètres de façade. En 1617, la Faculté fit élever dans le jardin un amphithéâtre qu'on appela amphithéâtre Riolan, parce qu'on avait suivi, pour sa construction, les conseils de Riolan fils.

A la suite de dégâts produits par les débordements de la Seine, on dut faire reconstruire la grande porte d'entrée en 1678; une somme de 20,000 livres avait été léguée par Michel le Masle.

En janvier 1741 on reconstruisit l'amphithéâtre sur l'emplacement de l'ancien. Cet amphithéâtre existe encore, et porte le nom d'amphithéâtre de Winslow parce que, c'est cet anatomiste qui l'inaugura en 1745. La construction avait coûté 52,016 livres 10 sous.

Il est inutile de dire que l'on se reconnaît à peine aujourd'hui dans ce qui reste de l'ancienne Faculté; une partie s'est transformée en lavoir et l'autre est devenue maison publique.

— M. Ferrand achève ensuite la lecture d'une étude scientifique sur la musique. En voici les conclusions :

Au point de vue médical, la musique peut être rapprochée des plus profonds modificateurs de l'activité du sys-

tème nerveux; elle mériterait de prendre place, en thérapeutique, à côté des agents antispasmodiques, c'est-à-dire de ceux qui modifient l'activité des centres nerveux en leur communiquant une impression autre que celles auxquelles ils ont l'habitude d'obéir.

En variant ses divers modes, la mécanique de son rythme, la vivacité de sa mélodie, le complexus de son harmonie, la musique semble pouvoir remplir le rôle d'antispasmodique soit simple, soit stimulant, soit modérateur.

Il est facile, après cela, de pressentir que le médecin ne devrait pas se borner à donner à ses malades le conseil d'aller entendre une œuvre musicale quelconque, mais qu'il y aurait encore un choix à faire, selon les indications à remplir.

Il y aurait donc lieu de déterminer non seulement la quantité d'exercice musical qu'il convient de permettre ou de conseiller à tel ou tel sujet, mais encore les œuvres qu'il serait bon de mettre entre ses mains ou de lui faire entendre.

La musique serait enfin capable d'agir sur le lieu des sensations motrices et auditives et sur le lieu des images qui correspondent à ces sensations, capable, par conséquent, de susciter les idées sensibles et les sentiments qui s'y rattachent.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — ÉPIDÉMIES : Des médailles d'honneur ont été décernées à:

Médaille d'or : M. le docteur Legrain, médecin de colonisation à Takitount.

Médaille de vermeil : M. le docteur Le Breton, médecin suppléant de l'hôpital de Bougie.

Médaille de bronze: M. Voillot, ancien préparateur d'anatomie générale à la Faculté de Lyon. Mission au Brésil, et en particulier à Santos, pour l'étude de la fièvre jaune.

Service de santé de la marine. — *Organisation de l'école d'application de Toulon pour les médecins stagiaires de la marine.* — Le ministre de la Marine vient de prescrire les mesures nécessaires à l'organisation de l'Ecole d'application qui, fixée à Toulon pour les médecins stagiaires sortant de l'Ecole de Bordeaux, commencera à fonctionner le 1er novembre.

Les deux autres écoles de perfectionnement de Brest et de Rochefort sont supprimées.

Le personnel enseignant comprendra un professeur de chirurgie militaire et navale, un professeur d'hygiène navale et de pathologie exotique, un profeseur de législation et d'administration, un professeur de clinique médicale et un professeur de clinique chirurgicale, un chef de clinique médicale, un chef de clinique chirurgicale, un professeur de bactériologie ; en outre, une chaire d'application de la physique à la médecine et une de la pratique des denrées alimentaires seront confiées à des pharmaciens professeurs.

Conseil de surveillance. — M. Mathé, ancien député de la Seine, est nommé membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. Rochard, décédé.

Admission à l'Institut Pasteur. — Le Conseil général de la Seine, considérant que l'Administration préfectorale a fait parvenir aux mairies des instructions nombreuses indiquant les formalités à remplir pour faire admettre les personnes mordues par un chien enragé à l'Institut Pasteur : que ces instructions ne sont pas à la portée du public, qui en ignore la teneur ; que, lorsqu'un accident se produit, les intéressés, en général, ne savent où ils doivent s'adresser, et à quelles démarches ils sont astreints ; qu'il est nécessaire que le public soit immédiatement et sûrement renseigné en ces circonstances :

A émis le vœu que des instructions précises indiquant les formalités à remplir pour l'admission des blessés à l'Institut Pasteur soient affichées dans les communes; que l'Administration recommande l'impression de ces instructions et de toutes celles qui peuvent, d'ailleurs, concerner l'hygiène, sur toutes les couvertures des cahiers des écoles communales, où elles trouveraient leur place, au même titre que les récits d'histoire et de botanique.

Un cas de fécondité. — Une dame d'Auxonne, âgée de 23 ans, vient de mettre au monde quatre filles parfaitement constituées. Les trois premières sont nées le 3 juin et la quatrième deux jours après.

Cette dame, mariée depuis trois ans, a eu une première fois un garçon, une seconde fois deux jumeaux.

Un col dangereux. — A la suite d'un coït, un mari, honorable commerçant de La Rochelle, pousse un cri de douleur et constate sur le gland une incision nette comme celle d'un rasoir. Le médecin appelé recherche la cause de cette blessure, trouve implantée dans le col de l'utérus une mince lame de verre. Quelques jours auparavant, l'imprudente jeune femme avait épuisé sur le col, les efforts d'un injecteur de verre et l'avait brisé.

Le choléra à Tanger. — L'existence du choléra à Tanger est officiellement confirmée; le gouvernement va soumettre les provenances du Maroc à des mesures plus rigoureuses.

Préservatif mortel. — Un jeune homme ayant appris d'un droguiste E..., de Maunheim, que le meilleur remède contre la contagion génitale étaient les pastilles de sublimé, a profité malheureusement de cette recommandation. Il s'est contenté d'introduire une de ces pastilles dans le vagin assez profondément avant d'accomplir l'acte sexuel. Bientôt la femme ressentit des douleurs atroces dans le vagin et le col utérin, douleurs qui ne cessèrent pas malgré une injection de lait faite immédiatement par le même jeune homme. Transportée à l'hôpital, la malheureuse mourut dans la nuit suivante. L'autopsie a montré que la mort était due à l'empoisonnement suraigu par le mercure. Le tribunal a condamné le droguiste et le jeune homme chacun à six mois de prison. *(Aerztliche Sachverslægen Zeitung.)*

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Dr Aimé Guinard : Récidive des tumeurs malignes par inoculation opératoire.
II. Dr Gougenheim : Un cas de tétanos céphalique.
III. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
IV. Revue de la Presse : 1° Chirurgie; 2° Médecine.
V. Sociétés savantes : 1° Académie des Sciences; 2° Académie de Médecine.
VI. Échos et nouvelles.

RÉCIDIVE DES TUMEURS MALIGNES

PAR INOCULATION OPÉRATOIRE

Par le Dr Aimé GUINARD, chirurgien des Hôpitaux

Je donne, en ce moment, des soins à un malade dont l'histoire m'a vivement frappé. En rapprochant son observation de quelques autres, je crois pouvoir énoncer quelques conclusions pratiques importantes que j'aurai désormais, pour ma part, toujours présentes à l'esprit pendant l'ablation des tumeurs malignes.

I

Voici d'abord, en quelques mots, l'histoire du malade en question : Au mois de septembre 1894, je trouve au n° 21 de la salle Nélaton, à l'hôpital Lariboisière, un charretier âgé de cinquante ans, François Ch..., qui porte sur la lèvre inférieure un épithélioma. Je n'insiste pas sur les antécédents héréditaires ou personnels du malade : aussi bien n'est-ce pas une observation détaillée que je publie ici. J'appuierai seulement sur le point intéressant dont je veux faire ressortir l'importance. Je dirai donc qu'il s'agissait là d'un de ces épithéliomas classiques de la lèvre inférieure comme on en rencontre chez les gros fumeurs. La région sus-hyoïdienne est comblée, sur la ligne médiane, par un ganglion dégénéré dur et mobile, du volume d'une amande. Le 27 septembre 1894, un jeune chirurgien pratique l'excision cunéiforme de la lèvre inférieure. Le malade est endormi au bromure d'éthyle. Deux clamps, placés de chaque côté de la tumeur, permettent de faire une incision en V dépassant les limites du mal, et une suture aux crins de Florence permet de rapprocher l'une de l'autre les deux branches du V. On ne touche pas au ganglion sus-hyoïdien, et on se borne à mettre sur la ligne de suture un pansement collodionné. L'opéré quitte l'hôpital dès le lendemain, malgré tout ce qu'on peut lui dire, et le 26 octobre, c'est-à-dire un mois après, il revient me trouver à Lariboisière. Je constate alors qu'il y a une désunion complète des lèvres de la plaie, qui sont cicatrisées isolément. Les dents incisives et canines de la mâchoire inférieure sont à découvert, aussi bien que toute la gencive qui leur correspond. La salive s'écoule incessamment sur le menton. De plus, le ganglion sus-hyoïdien est maintenant volumineux et ramolli. Je pratique alors l'opération suivante : Après avoir prolongé verticalement le sommet du V formé par la perte de substance de la lèvre inférieure, j'enlève *au bistouri* la masse ganglionnaire sus-hyoïdienne, et j'insiste sur ce fait que la coque de la tumeur, très ramollie, est crevée au cours de cette extirpation assez laborieuse. Dans un second temps, j'avive *avec les ciseaux* les bords du V labial dont je veux rapprocher les lèvres, et je termine la restauration par une suture très soignée qui ramène au contact les deux lèvres avivées. Je m'aperçois alors que mes crins exercent un tiraillement énorme sur la peau, malgré le soin que j'ai pris de décoller les lambeaux de leurs attaches au maxillaire inférieur. Pour éviter ce tiraillement et ne pas nous exposer à une désunion de la plaie, comme après la première opération, je reprends *le bistouri* et je fais, à quatre centimètres de la ligne de suture et de chaque côté, une incision verticale libératrice de deux centimètres. A ces incisions succède, de chaque côté du menton, une plaie losangique à grand axe vertical : la peau, ainsi libérée à ce niveau, n'est presque plus tendue au niveau des sutures de la ligne médiane qui sont ainsi « soulagées » pour ainsi dire. — Pansement soigné, compressif, à la gaze iodoformée, avec un drain que je laisse quarante-huit heures dans la loge sus-hyoïdienne. Le malade, au bout de huit jours, quitte l'hôpital dans un état parfait.

II

Jusqu'ici, cette observation paraît des plus banales. Mais, le 2 mai 1895, six mois après mon opération, le malade revient me trouver et je note avec surprise l'état suivant : les sutures ont parfaitement restauré la lèvre sur la ligne médiane, et il n'y a pas trace de récidive sur toute l'étendue de la suture qui va du bord libre de la lèvre au cartilage thyroïde. Pas le moindre gonflement ganglionnaire dans la région sus-hyoïdienne que j'ai curée. Mais on voit, sur la cicatrice résultant de l'incision libératrice, pratiquée à quatre ou cinq centimètres à droite de la ligne médiane, une ulcération épithéliomateuse, à bords relevés, indurés, irréguliers, rappelant tout à

fait la forme de l'épithélioma de la lèvre pour lequel le malade est venu d'abord à l'hôpital. De plus, on trouve au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure de ce côté une masse ganglionnaire avec ulcération de la peau et issue constante de liquides infects.

Voici donc un épithélioma de la lèvre inférieure qui a récidivé, non pas dans la cicatrice résultant de l'excision de la tumeur, non pas dans les ganglions dépendant de la région primitivement atteinte, mais bien dans la cicatrice d'une incision libératrice à distance et dans les ganglions où aboutissent les lymphatiques de cette cicatrice. Je me suis rappelé alors que je m'étais servi, pour faire cette incision libératrice, du bistouri avec lequel j'avais disséqué la région sus-hyoïdienne et extirpé le ganglion dégénéré et ramolli dans cette région. De là à conclure que j'avais fait une véritable inoculation directe avec mon bistouri, il me semble que c'est tout à fait logique. Je crois donc pouvoir reconstituer l'histoire de mon malade de la façon suivante : En enlevant la masse ramollie de la région sus-hyoïdienne, j'ai infecté mon bistouri, ce qui s'est traduit par l'inoculation directe de l'incision libératrice pratiquée avec *ce même* bistouri. La seconde incision libératrice faite du côté opposé est restée indemne, très vraisemblablement, et uniquement parce qu'elle a été faite après la première. Quant aux ganglions sous-maxillaires, ils sont bien évidemment sous la dépendance de la nouvelle ulcération épithéliale.

En présence de ce fait, il me semble qu'une conclusion s'impose : c'est de ne jamais se servir d'un bistouri qui, au cours d'une opération, a été souillé par des tissus suspects. Mais avant d'attirer l'attention sur ces conclusions pratiques, je rappellerai quelques faits qui viennent encore donner leur appui à mon hypothèse.

III

J'ai retrouvé dans mes souvenirs quelques observations qui montrent aussi des récidives de tumeurs malignes après l'extirpation, survenant dans des cicatrices éloignées du siège primitif du néoplasme. Voici par exemple un malade atteint du cancer du pylore : on pratique la pylorectomie et quelques mois après, on constate la présence de noyaux cancéreux dans la cicatrice de la paroi abdominale. C'est là un fait que j'ai observé moi-même dans ma pratique et que je publierai bientôt dans tous ses détails.

On pourrait en trouver d'autres dans la littérature médicale. Ainsi en 1881, le 8 avril, Walfler fait sa première pylorectomie pour un cancer du pylore et obtient un très beau succès. En juillet 1883, c'est-à-dire deux ans après, la malade était dans le service de Billroth, à Vienne, qui lui enleva un noyau cancéreux développé dans la cicatrice de la paroi abdominale. Cette seconde intervention eut encore un plein succès, puisqu'au dire de Dreydorff, l'opérée vivait encore en 1885. Mais n'est-il pas logique d'admettre qu'il y a eu au cours de la pylorectomie une inoculation directe de la paroi abdominale. Ici, bien entendu, on ne saurait incriminer le bistouri, puisqu'il n'a pu servir à exciser le néoplasme qu'après avoir incisé les parois de l'abdomen : mais on a pu se servir pour la suture du péritoine, des muscles et de la peau, des pinces à griffes et des aiguilles qu'on avait employées au niveau du néoplasme pylorique. On peut même admettre qu'en dehors des instruments, l'inoculation de la plaie pariétale a pu se faire directement par le contact du néoplasme au moment de son extirpation. Quel que soit le mécanisme invoqué, il me semble hors de doute que l'inoculation de la peau s'est faite pendant la première opération, soit par les instruments, soit par le contact direct du néoplasme sur la plaie, soit par les mains du chirurgien ou des aides.

Il suffit d'avoir suivi quelque temps l'enseignement de M. Tillaux pour savoir que depuis longtemps, il insiste sur ce fait que les tumeurs malignes du sein récidivent dans la cicatrice, plutôt que dans les ganglions de l'aisselle. Ce fait d'observation clinique, peut assurément résulter le plus souvent de ce qu'on a laissé dans les lèvres de la plaie d'amputation, quelque noyau dégénéré qui a échappé au bistouri. Mais ne peut-on pas aussi penser que dans bon nombre de cas, il se fait là au cours de l'opération une véritable inoculation directe des bords de la plaie par le néoplasme qu'on enlève.

Je trouve dans la *Semaine médicale* du 13 février 1895 (page 66), un article de M. W.-S. Halsted, de Baltimore, sur les résultats du traitement opératoire du cancer du sein, et je vois que l'auteur « insiste sur l'avantage qu'il y a à enlever *d'une seule pièce* toutes les parties malades ou suspectes : on évite ainsi plus ou moins sûrement la section des parties infiltrées d'éléments carcinomateux et l'inoculation de la plaie par ces éléments ; c'est cette inoculation au cours de l'opération qui serait la cause essentielle des récidives locales ».

C'est, on le voit, la même idée exprimée sous une forme différente. W. Halsted pense à une inoculation directe par le contact de la tumeur sur les lèvres de la plaie : et n'est-il pas possible de rapprocher son opinion de celle de M. Tillaux qui, ainsi que je le disais plus haut, insiste pour montrer l'extrême fréquence de la récidive des tumeurs malignes dans la cicatrice résultant de la plaie d'amputation.

IV

En résumé, je présente ici une observation dans laquelle j'ai très nettement inoculé un épithélioma en me servant pour faire une incision libératrice

du bistouri avec lequel je venais de disséquer et d'extraire un ganglion dégénéré et ramolli. Sur cette incision libératrice, une ulcération épithéliale s'est développée ultérieurement et a infecté les ganglions sous-maxillaires qui dépendent de son territoire lymphatique : la ligne d'incision médiane est absolument indemne encore maintenant (septembre 1895, c'est-à-dire un an après l'opération), et j'ai le souvenir très précis que l'avivement des lèvres de la plaie à suturer a été fait non pas avec le bistouri, mais avec des ciseaux, c'est-à-dire avec un instrument non infecté. On dira que la plaie de l'incision libératrice faite symétriquement du côté gauche est restée intacte, bien qu'elle ait été pratiquée avec le même bistouri. Mais il est absolument logique d'émettre l'hypothèse très vraisemblable que le bistouri s'est pour ainsi dire « essuyé » sur la première incision qui a été, de ce fait, la seule inoculée. Quoi qu'il en soit, on peut énoncer quelques conclusions pratiques importantes qui me semblent ressortir de toutes ces considérations :

1° Toutes les fois qu'on pratique l'ablation d'une tumeur maligne, il faut éviter de la morceler pour ne pas infecter les instruments, les bords de la plaie et les mains du chirurgien et des aides ;

2° Lorsqu'au cours d'une opération, on aura pénétré dans un tissu néoplasique avec un instrument quelconque : bistouri, ciseaux, pinces, aiguilles, etc., il est indispensable de stériliser cet instrument avant de s'en servir de nouveau pour la fin de l'opération ;

3° Lorsqu'on aura pratiqué une laparotomie pour l'extirpation d'un néoplasme malin viscéral, on aura soin de border avec des compresses les lèvres de la plaie pariétale, pour éviter tout contact de la tumeur avec ces lèvres et leur inoculation possible ;

4° Il est bien entendu que les mêmes conclusions s'appliquent aux mains du chirurgien et des aides, qui doivent être stérilisées chaque fois qu'il y aura eu contact direct avec la surface de la section d'un néoplasme malin.

Comme on le pense bien, je ne veux pas dire que ces précautions arriveraient à supprimer les récidives des tumeurs malignes, mais il suffit qu'elles permettent d'éviter quelques causes d'inoculation directe et de récidives locales pour qu'on se fasse un devoir de les observer.

La force des mâchoires. — Le docteur Black a recherché quelle est la force des mâchoires chez l'homme pendant la mastication. Dans les contractions uniques des masséters on observe une force variant entre 30 et 270 livres ; pour mâcher un bifteck ordinaire, il faut employer une force de 40 à 45 livres, mais en réalité on dépense une force supérieure à celle nécessaire, et on va jusqu'à 60 à 80 livres. *(The medical Record.)*

HOPITAL LARIBOISIÈRE

Service du Dr GOUGENHEIM

Un cas de tétanos céphalique.

Les cas de tétanos céphalique sont assez rares pour que nous n'hésitions pas à publier cette observation due à l'obligeance d'un interne du service.

Voici les faits tels qu'ils ont été observés :

Le 21 juillet, le malade en frappant un cheval se donne un coup de fouet et se fait une petite plaie au-dessous du grand angle de l'œil gauche ; la mèche reste dans la plaie.

Jusqu'au 9 août, la plaie suppure légèrement, mais le malade continue son travail sans s'en préoccuper.

Le 9 août, il éprouve une tension de la joue gauche. La plaie devient douloureuse ; en pressant il fait sortir la mèche du fouet avec quelques gouttes de pus.

Le lendemain, 10 août, apparaît la paralysie faciale du côté de la plaie. La contracture, si elle a existé, a passé complètement inaperçue.

Le 11 août, le trismus fait son apparition. D'après ce que raconte le malade, il semble qu'il ait été d'emblée bilatéral.

Le 13 août, entrée à l'hôpital. Le côté gauche de la face est paralysé, l'œil est ouvert et ne peut être fermé. Le côté droit paraît être légèrement contracturé, l'œil droit ne peut être ouvert spontanément ; pour l'ouvrir, le malade est forcé de faire un grand effort.

Les mâchoires sont rapprochées et ne peuvent être séparées de plus de 1 centimètre.

Traitement : 12 grammes de chloral, une piqûre de morphine.

Le 14 août, l'état est le même. De temps à autre on remarque un léger degré d'opisthotonos ; le malade est placé dans une chambre obscure, on lui administre 16 grammes de chloral et trois piqûres de morphine. (Le même traitement sera donné les jours suivants.)

Le 15 août, encore même état, mais un symptôme nouveau apparaît, la dysphagie, et la température s'élève cependant à 39°,8 pour redescendre le lendemain à 37°, et oscille jusqu'à la mort entre 37° et 38°.

Le 17 août, le matin, le malade semble mieux. La paralysie faciale s'atténue, le malade peut fermer l'œil gauche. La dysphagie et les crises d'opisthotonos disparaissent.

Mais la rémission est de courte durée, et, dans la soirée, la dysphagie reparaît et le trismus s'accentue. En même temps le malade se plaint de crampes dans les muscles de la face.

Le 18 août, le tétanos se généralise, le malade est en opisthotonos. Quelques secousses dans les membres sont observées. La dysphagie est complète, la respiration est gênée et anxieuse, il perd connaissance et ne reconnaît plus sa famille qui vient le voir; mais pas de délire.

La mort a lieu à 6 heures 50, au moment où un infirmier lui donne à boire.

L'*autopsie* est faite trente-six heures après la mort.

Les poumons sont fortement congestionnés.

Les centres encéphaliques ne présentent rien de particulier.

Les méninges rachichiennes sont congestionnées.

La moelle est légèrement diffluente, ce qui semble dû à un commencement de putréfaction.

Cette observation est intéressante à cause de ses particularités. Sans parler de l'origine équine qui ici pourrait être soutenue, puisque, comme dans la fameuse observation de Dupuytren, il s'agit d'une mèche de fouet incluse dans la plaie, on doit remarquer le temps qui s'est écoulé entre l'inoculation et l'apparition de la paralysie faciale.

Cette dernière s'est déclarée d'emblée, comme cela est noté dans beaucoup d'observations; mais on peut admettre, d'après les derniers travaux, que la contracture a existé, mais a été tellement passagère quelle a pu passer inaperçue.

La plaie d'inoculation siégeait presque sur la ligne médiane, ce qui explique la rapide diffusion du côté opposé et la contracture qui a frappé le côté droit du visage. Ici le malade a présenté les symptômes qu'on observe souvent : paralysie du côté inoculé, paralysie due à une plus grande virulence du poison et contracture du côté opposé, contracture déterminée par une toxine moins virulente puisqu'elle manifeste ses effets plus loin du point de sa formation, c'est-à-dire plus loin de la plaie.

Le malade a aussi présenté des symptômes bien nets de dysphagie, symptômes qui, comme on le sait, ont fait donner encore à ce tétanos le nom de tétanos *dysphagique* ou *hydrophobique*.

Enfin, il faut encore noter que ce tétanos qui paraissait bénin au début, s'est généralisé et que la mort s'en est suivie, comme cela arrive dans la plupart des cas de tétanos céphalique qui ne restent pas localisés à la tête.

Le tarif des médecins. — Le gouvernement allemand vient de publier la nouvelle tarification suivante :

Tout médecin peut réclamer pour une visite ordinaire 20 marcks, 22 à 23 marcks pour l'examen approfondi d'un organe; si sa visite doit se prolonger, 3 marcks par demi-heure commencée. Les visites de nuit pourront être comptées au double ou au triple ; une visite d'urgence vaut le double d'une visite ordinaire.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Distribution d'eau de Seine dans quelques arrondissements de Paris. — Congrès international de Bâle contre l'abus des boissons alcooliques.

Il est impossible de rendre compte des petits évènements qui se sont produits dans le monde de l'hygiène, pendant la dernière quinzaine, sans parler en premier lieu de la fatale nécessité dans laquelle le service des Eaux s'est trouvé une fois encore de verser de l'eau de Seine dans les conduites du *service privé* de quelques arrondissements. A la suite des chaleurs exceptionnelles et de la sécheresse prolongée que la France a subies cet été, le rendement des sources a notablement diminué; le gaspillage a augmenté, comme il le fait toujours par les hautes températures, et, malgré l'émigration qui était alors à son *summum*, il est arrivé un moment où l'eau de source a fait défaut. Le 11 septembre, on a été obligé de la remplacer dans la distribution du service privé par de l'eau de Seine puisée à Ivry.

Les chaleurs ont cessé presque aussitôt, les pluies ont commencé à tomber dans l'Est et, le 17 septembre, on a pu rendre l'eau de source à la population; mais elle avait coulé pendant six jours, et les conduites resteront infectées pendant une quinzaine encore. La population connaît le danger, et c'est là ce qui doit nous rassurer quelque peu; elle sait que l'eau de Seine donne la fièvre typhoïde, qu'il faut la faire bouillir ou la filtrer à la porcelaine avant de la boire. Les filtres Chamberland sont partout répandus, nous pouvons donc espérer que le niveau des maladies infectieuses ne s'élèvera pas sensiblement dans les quartiers où les germes en ont été répandus pendant six jours.

Tous les journaux, et on ne saurait que leur en savoir gré, ont fait entendre leurs plaintes et proposé leurs remèdes pour prévenir le retour d'un état de choses dont nous nous considérions comme affranchis depuis que les eaux de l'Avre sont entrées dans Paris. Tous ces remèdes ne sont pas pratiques, et la question vaut la peine qu'on la mette au point.

Les eaux de l'Avre, ajoutées à celles de la Vanne et de la Dhuys, donnent un total de 220,000 mètres cubes d'eau de source à distribuer chaque jour à la ville de Paris. Cela ne fait que 20,000 mètres cubes d'excédant sur la consommation moyenne de la journée. Que le rendement diminue quelque peu et que le gaspillage l'accompagne, comme c'est la règle, et le service des Eaux se trouve dans l'impossibilité de faire face à tous les besoins, et se voit réduit au redoutable expédient de l'eau de Seine. Dans quelques années, nous aurons comme supplément les

sources du Loing et du Lunain, qui nous promettent un débit de 50,000 mètres cubes par jour. Les crédits sont votés; le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a émis un avis favorable, sur le rapport de M. Humblot; mais il reste encore bien des formalités à remplir. Il faut une loi d'utilité publique. On la prépare au ministère compétent, mais il faudra qu'elle soit votée par les Chambres. Les travaux, d'après les évaluations les plus modérées, demanderont au moins trois ans. Il ne faut pas compter sur ce supplément de ressources avant 1900, et nous devrons nous estimer heureux s'il est mis à notre disposition au moment où l'Exposition attirera dans Paris la foule des étrangers.

D'ici là, il faudra patienter. On a bien, il est vrai, proposé de rationner la population, de rendre le service *intermittent;* mais le remède serait pire que le mal. Des esprits plus entreprenants ont conseillé d'amener à Paris les eaux du Bourget, du lac de Neufchâtel, de celui de Genève ou celles du Louet; mais ces projets ont été écartés comme trop dispendieux et peu pratiques. Le mieux étudié de tous est celui qui a été produit, en 1890, par M. Duvillard, ingénieur du Creusot. Il consistait à prendre dans le Léman, à 400 mètres de la rive et par un fond de de 35 mètres, un volume d'eau de 24 mètres cubes par seconde, soit 2,073,600 mètres par jour. C'eût été un supplément de plus de 800 litres par jour et par habitant; mais il fallait pour cela une dérivation de 540 kilomètres, contournant la Suisse et le Jura, traversant cinq rivières, un fleuve et deux canaux.

La conduite devait être en acier laminé de $3^{m}60$ de diamètre, avec une épaisseur de 5 à 9 millimètres. La dépense devait s'élever à près d'un demi-milliard. Le projet a été écarté à cause de sa difficulté et de son prix; mais, en dehors de ces considérations qui ne regardent pas les hygiénistes, il en est une qui les empêchera toujours d'approuver les prises d'eaux dans les lacs, c'est qu'elles sont toujours suspectes, malgré leur limpidité et leur fraîcheur. Les lacs reçoivent toutes les poussières de l'atmosphère, toutes les souillures que leur apportent les ruisseaux et les torrents, les eaux d'égout de toutes les villes construites sur leurs bords. Les corps en suspension tombent au fond; mais les microbes n'y meurent pas et, de plus, la souillure de ces grands réservoirs va toujours en augmentant.

S'il est au monde une nappe d'eau qui paraisse rassurante à cet égard, c'est bien le lac Michigan. La ville de Chicago, en se fondant sur ses rives, y a établi sa prise d'eau à trois kilomètres de la rive, à la faveur d'un tunnel aboutissant à une énorme tour située au milieu du lac. Eh bien! malgré la distance, l'accroissement de la population a été tel qu'aujourd'hui la souillure causée par les eaux d'égout a gagné la prise d'eau, et la ville fait creuser en ce moment un canal à grand débit pour déverser ses immondices dans le Mississipi, par l'intermédiaire de la rivière des Plaines et de l'Illinois.

L'expédient qui paraît le plus en situation pour Paris, en attendant mieux, est encore, ce nous semble, celui que le Conseil municipal vient d'adopter et dont nous avons rendu compte dans notre chronique du 8 juin. Il consiste, si l'on s'en souvient, à installer à l'usine de Saint-Maur, des bassins de décantation et de filtration susceptibles d'épurer 20,000 mètres cubes d'eau de rivière par jour, avec la possibilité de doubler cette quantité au besoin. Assurément cette eau-là ne vaudra pas l'eau de source, mais elle sera toujours préférable à celle qu'on vient de faire boire, pendant six jours, à une partie de la population.

— Le cinquième Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques a eu lieu à Bâle dans la dernière quinzaine d'août. La Suisse est, comme on le sait, le pays où la lutte contre l'alcoolisme est menée avec le plus de persévérance et d'ardeur. Aussi la plupart des savants qui s'adonnent à l'étude de ce redoutable problème, s'y étaient-ils donné rendez-vous. On ne pouvait pas s'attendre à voir surgir de cette réunion des aperçus bien nouveaux, ni des solutions inattendues, mais la question y a été traitée à fond avec une réelle compétence. Les formes de l'alcoolisme, l'action de l'alcool sur les tissus, sur les cellules, sur les opérations intellectuelles et l'aliénation mentale, les effets pathologiques produits par les différentes boissons ont été exposés successivement par les orateurs appartenant à la profession médicale. Les économistes et les médecins se sont rencontrés sur le terrain de la question sociale et les plus grandes divergences d'opinion s'y sont produites.

Ainsi M. Alglave, s'appuyant sur les statistiques de M. Rochat (de Genève) qui montrent que, pour la Suisse, les cantons où il y a le plus de cabarets sont ceux qui comptent le moins d'ivrognes, en a conclu que le développement de l'alcoolisme est indépendant du nombre de cabarets et qu'il est par conséquent inutile de chercher à le restreindre.

M. W. Milliet (de Berne) a avancé, de son côté que, dans aucun pays, le renchérissement de l'alcool n'a eu pour effet d'en diminuer la consommation et que le dégrèvement des boissons hygiéniques avait donné lieu, en Suisse, aux libations de la pire espèce en dehors des auberges et à la vente de boissons de qualité pitoyable.

La conséquence logique à tirer d'assertions semblables c'est que le véritable remède aux abus de l'alcool consisterait à en favoriser la production et la vente, à laisser toute liberté au commerce, toute

latitude aux cabaretiers et à rétablir les droits sur les boissons dites hygiéniques. J'avoue que ni le mérite incontesté ni les arguments des orateurs du Congrès de Bâle n'ont réussi à me faire admettre de pareilles énormités. JULES ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

On sait la terrible complication des plaies qu'était autrefois la **pourriture d'hôpital**. Cette maladie particulière a certainement profité des nouvelles méthodes antiseptiques, mais bien moins que les autres infections, car elle n'est pas, quoi qu'on dise, détruite par l'application des pansements modernes. On ne savait du reste pas, il y a quelque temps encore, quel était l'agent qui la produisait; il n'en est peut-être plus ainsi, car M. RAPPIN (dans la *Gazette médicale de Nantes* du 12 août 1895) aurait trouvé le microbe qui l'engendre.

Ce chirurgien ayant eu l'occasion d'observer quatre cas de pourriture d'hôpital, a pratiqué l'examen microscopique des fausses membranes.

Dans chaque examen, le docteur Rappin a trouvé un bacille fin dont les extrémités étaient arrondies. Placé dans les milieux de culture ordinaire, ce bacille donna chaque fois une pigmentation verte; c'était le bacille pyocyanique. Ayant fait une culture de ce bacille, il l'inocula à un lapin en un point où les téguments avaient été détruits par l'acide sulfurique. Autour de cette plaie il nota bientôt l'existence d'un enduit grisâtre, analogue à celui qu'il avait constaté chez l'un de ses malades. En outre, l'examen lui permit de retrouver le même bacille.

Il résulte donc de cette expérience que le bacille pyocyanique a une spécificité propre; il peut, à lui seul, produire la pourriture d'hôpital.

Parlons maintenant de l'**opération de Rouge**; elle est assez peu connue pour que nous profitions d'un article fait par le docteur GUINARD dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (septembre 1895) pour en donner une courte description à nos lecteurs.

Elle a pour but de permettre de relever le nez et d'avoir un large accès dans les fosses nasales sans faire la moindre cicatrice au visage.

Pour cela, on place le malade anesthésié dans la position de Roze, la tête en bas, et on fait une large incision entre la lèvre supérieure et les alvéoles, de façon à permettre de relever celle-ci; d'un coup de ciseau on sectionne le cartilage, et le nez peut ainsi se relever. On peut alors introduire facilement l'index et explorer les fosses nasales; au besoin on effondre la cloison qui, dans le cas où l'opération est nécessaire, est en général détruite, et on peut à l'aide d'une pince retirer de volumineux séquestres constitués soit aux dépens de la cloison, soit aux dépens de la voûte osseuse palatine.

C'est ce qu'a fait M. Guinard et avec un plein succès; il recommande donc cette intervention qui n'offre pas de difficultés, qui ne laisse pas de cicatrices au visage, ce qui a une importance considérable et qui donne une voie suffisante.

L'incision donne pourtant lieu à une hémorragie abondante qui ne doit pas effrayer l'opérateur, car elle s'arrête toujours par la compression et qui, avec la position de Roze, ne donne aucun ennui pour l'anesthésié.

Dans la *Gazetta d'Ospedale*, 1895, M. PARLAVECHIO nous entretient d'une *suture* qu'il a faite du *canal déférent*.

Il arrive même entre les mains les plus exercées que le canal déférent se trouve sectionné dans une cure radicale de hernie par exemple. Cet accident étant arrivé à ce chirurgien, il eut l'idée de tenter la suture du conduit spermatique. Comme la petitesse de la section transversale empêchait un affrontement exact, il tailla en becs de flûte réciproquement inverses les deux bouts du canal et obtint ainsi deux surfaces assez longues. En prenant bien garde de ne pas tordre le conduit, il sutura alors les deux bouts au travers de la couche musculaire épaisse avec une fine aiguille à suture intestinale, et termina l'opération de la cure radicale commencée.

Le malade guérit par première intention. Plusieurs années s'écoulèrent quand M. Parlavechio eut de nouveau l'occasion de voir son opéré. Celui-ci était parfaitement bien portant, l'examen des organes génitaux ne révéla rien d'anormal: du côté du canal déférent aucune dilatation, pas d'hémiatrophie prostatique, pas d'atrophie testiculaire et parfaite conservation de l'appétit génital.

Comme on le sait, la chirurgie des voies biliaires est très à la mode, et pour de nouvelles opérations de nouveaux noms ont été créés. C'est ainsi qu'en Allemagne, notamment, l'expression de **cholécystendise** est très répandue. Cette cholécystendise n'est autre chose que ce que nous appelons en France la cholécystotomie idéale, c'est-à-dire l'ouverture de la vésicule biliaire, l'évacuation des calculs qui y sont contenus, la suture de la plaie vésiculaire et la fermeture de la plaie de la laparotomie, tout cela en une seule séance.

Cette opération est, bien entendu, supérieure à toutes les autres, comme le fait remarquer M. F. HERMANN, dans un récent travail (*Beitrage, z. Klin. chir.* XIII, 2), mais encore faut-il qu'elle puisse être pra-

tiquée avec sécurité, et pour cela il faut que les parois vésiculaires soient assez peu altérées pour permettre la suture, ce qui ne se rencontre que dans les cas où le contenu de la vésicule est seulement bilieux ou muqueux, ou séreux, sans présenter la moindre trace de suppuration; dans les autres circonstances, on aura recours à la cholécystotomie ordinaire ou à la cholécystectomie.

Nous trouvons dans *The Lancet* de juin dernier, **deux cas de résection intestinale pour fistule stercorale**, publiés par le Dr Herbert, et suivis de guérison. Voici le résumé de ces deux intéressantes observations :

Dans la première, il s'agit d'un homme de vingt-sept ans qui était tombé sous une voiture. A l'examen on trouva de la douleur, de la rougeur et du gonflement au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche; la région inférieure du dos était meurtrie. Il n'y avait pas de signe de lésion grave, mais le malade se plaignait de malaise. Huit jours après, le malade fut pris de fièvre, la douleur de la région ilio-inguinale augmenta; une fluctuation manifeste parut entre le grand trochanter et la crête de l'os iliaque. Après incision du foyer, il s'écoula du pus et des matières fécales; deux jours après on dut faire une deuxième incision en dedans de la première et on vit s'écouler encore du pus et des matières fécales. La plaie externe guérit bientôt, mais les matières fécales continuèrent à sortir du gros intestin. Malgré un drainage, on ne put faire fermer la fistule, si bien qu'au bout de quelques semaines on incisa en suivant le trajet de la fistule, et sans ouvrir la cavité péritonéale, on trouva au niveau de la partie inférieure du côlon descendant, une déchirure qui fut fermée par des sutures de Lembert latérales. Pansement à la gaze iodoformée. L'opération ne réussit pas. On fit alors la laparotomie, et après avoir détaché l'intestin de la paroi pelvienne, on réséqua la partie déchirée et on réunit les deux bouts par la suture Czerny-Lembert. La guérison s'ensuivit.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, atteinte d'une fistule stercorale située à la cuisse droite, immédiatement au-dessous du ligament de Poupart et due à une hernie gangrenée. La malade disait, en effet, qu'un an auparavant elle avait eu une attaque de violentes douleurs dans l'aine et qu'il s'était formé une tumeur qui augmenta de volume, qu'au bout de six mois la tumeur s'ouvrit spontanément, qu'il y eut toujours, depuis, écoulement de matières fécales par ce point. A l'examen de la région, on ne voyait qu'un orifice fistuleux, mais des cicatrices indiquaient qu'il y avait eu d'autres orifices Après avoir essayé en vain de fermer la fistule par des injections de nitrate d'argent, on incisa et on trouva une anse intestinale herniée et perforée; on mobilisa cette anse retenue par des adhérences, on en réséqua une petite partie et on réunit les deux bouts par une suture de Czerny-Lembert. Là encore, la guérison fut obtenue.

M. G. Steinmetz nous donne, dans le *Deut. Zertsch. f. Chirug.*, 1895, p. 189, une étude sur **l'effet des pansements humides dans le traitement des plaies infectées**. Il commence par distinguer les deux causes d'action du pansement : 1° L'action antiseptique; 2° l'action de la température, c'est-à-dire de la chaleur.

Pour ce qui est de l'action antiseptique, il pense que cette action est, pour ainsi dire, illusoire, et que les lavages et les pansements antiseptiques n'arrêtent la suppuration ni même n'arrivent à diminuer son intensité. C'est possible, ajouterons-nous, mais cela ne nous empêchera pas de continuer à donner des bains antiseptiques et à faire des pansements de même nature à nos malades atteints de phlegmons de la main, par exemple.

Mais voilà où l'étude devient plus intéressante : le même auteur aurait remarqué, en faisant des expériences sur les lapins, que la chaleur humide qui se dégage des pansements humides exercerait une influence défavorable sur la marche des plaies infectes.

De là à la conclusion thérapeutique, il n'y a qu'un pas : faites des pansements secs, après avoir évacué le pus et bien nettoyé la cavité. Il est certain que, lorque le foyer est déjà limité, que ce pansement sec s'applique bien sur toutes les parties, il faut le préférer au pansement humide; mais, lorsque l'inflammation est diffuse, qu'il y a de la lymphangite, le pansement humide conserve pour nous toujours ses droits.

Terminons par les **recherches cliniques sur l'action du sérum érysipélateux sur les tumeurs malignes**, dues à M. W. Kopfstein, de la clinique du professeur Maydl (Prague). La méthode employée se rapproche plus de celle de MM. Emmerich et Scholl que de celle de MM. Coley et Czerny.

Le 23 mai, M. Kopfstein, ayant découvert la veine fémorale d'un fort mouton, y injecta 10 grammes de bouillon où avait été cultivé le microbe de l'érysipèle; même opération fut faite ensuite de l'autre côté. Le 28 mai, la carotide fut mise à nu et le sang extrait totalement avec les précautions aseptiques. Après un repos de deux jours au frais, le sérum sanguin fut séparé. La moitié de ce sérum fut filtré une fois au filtre Chamberland et l'autre moitié deux fois. La première portion (sérum n° 1), de coloration

framboisée, se montra plus active que la seconde (sérum n° 2), de coloration jaunâtre. Les deux variétés de liquides furent trouvés claires et stériles.

Ultérieurement, M. Kopfstein prépara une troisième variété (sérum n° 3) en ne saignant l'animal que huit jours après l'injection; ce sérum se montra moins actif que le n° 1, mais plus actif que le n° 2.

Avec ces sérums, quinze malades furent traités, dont treize atteints de cancer, un de sarcome et un de lymphome malin. A l'aide d'une seringue de Pravaz, on injecta dans les tumeurs, et aussi sous la peau de l'avant-bras, le sérum à la dose de 1 à 3 grammes. Voici ce que produisaient ces injections : dans la tumeur une douleur intense et cuisante, laquelle disparaissait rapidement ou, au contraire, durait plusieurs heures. La céphalalgie a été aussi un symptôme fréquent. Quelquefois des douleurs articulaires. Presque régulièrement il s'est produit des douleurs très intenses entre les omoplates et dans la région lombaire. Deux fois, M. Kopfstein a observé un point pleurétique qui a persisté plusieurs jours.

Les frissons ont rarement manqué à la suite des injections. Tantôt ces frissons se sont montrés dès la première injection; tantôt après des injections répétées. Quand le frisson a manqué, les malades ont ressenti des frissonnements. Le frisson s'est accompagné de cyanose, non seulement du visage, mais encore de tout le corps, et quand il a eu pris fin, on a constaté une faiblesse quelquefois inquiétante.

En général, il y a eu élévation de la température après l'injection, le thermomètre a indiqué 41°; des températures de 38°2 ont été fréquentes. On n'a pas constaté d'albuminurie. Il faut encore signaler quelques symptômes observés parfois : nausées, vomissements, bourdonnements d'oreilles, diarrhée, palpitations, épistaxis et dyspnée.

Voici les modifications locales qui ont été observées :

Les *métastases* n'ont nullement diminué, au contraire, des glandes difficiles à sentir avant le commencement du traitement ont grossi à la suite de quelques injections. Les injections faites dans les métastases n'ont amené aucune modification de la tumeur primitive; elles ont amené une augmentation de volume et de sensibilité des métastases qui ont ensuite diminué et ont repris leer volume premier en devenant un peu plus dures.

Les *tumeurs primitives non ulcérées* se sont comportées comme les métastases : elles se sont gonflées et ont ensuite lentement rétrocédé. Une fois il s'est fait un abcès; une autre fois la tumeur s'est ouverte et il en est sorti des masses cancéreuses sans abcès.

Ce sont les *tumeurs ulcérées* qui sont le plus modifiées sous l'action du traitement. Leur fond s'est détergé; la sécrétion a diminué; les bords ont perdu de leur saillie, en même temps, et surtout dans un cas, le fond et les bords sont devenus moins durs.

Dans un cas de lymphome malin, en dehors d'une ulcération gangreneuse qui s'est détergée, on n'a constaté aucune modification favorable.

Un sarcome iliaque est devenu un peu plus volumineux à la suite du traitement.

En résumé, d'après M. Kopfstein, les injections de sérum dit anticancéreux n'ont qu'une action purement locale sur les néoplasies cancéreuses, et les modifications ne se font que là où on a injecté le liquide. Ces modifications sont de nature inflammatoire. Il y a parfois élimination de fragments de la tumeur. Si le développement du tissu fibreux entraîne une certaine diminution des éléments cancéreux, il ne saurait être question de guérison.

En somme, on peut le dire, le problème de la curabilité du cancer et des tumeurs malignes n'est pas encore résolu par la nouvelle méthode.

MÉDECINE

Les cavernes muettes. — Les cavernes muettes sont des cavernes ne se révélant, à l'auscultation, par aucun des signes classiques ou au moins par des signes suffisants (Grancher). M. M. Roy vient de faire paraître à leur sujet un travail intéressant. Une des conditions de cet état silencieux des cavernes paraît être une poussée récente de tubercules qui immobilisent le poumon dans certaines de ses parties; ce sont aussi les adhérences, les épanchements liquides ou gazeux, l'augmentation de volume du poumon par suite de l'éclosion de nouveaux produits tuberculeux, la rigidité du tissu pulmonaire. Il faut encore accorder de l'importance à l'affaiblissement du sujet dont l'inspiration diminuée ne fait pénétrer dans le poumon que fort peu d'air. Au point de vue du pronostic, l'absence des signes cavitaires a une grande valeur. Cette absence chez un sujet qui devrait en avoir ou en avait auparavant indique une issue fatale à brève échéance. En effet, les mêmes poussées de tubercules crus ou accompagnées d'hépatisation, de congestion ou d'œdème qui ont créé en partie cet état particulier, semblent avoir donné le dernier coup de grâce à un organisme misérable hors d'état de résister. Le délai fatal, recherché dans les observations de M. Roy, ne dépasse pas dix jours au maximum.

Les cavernes muettes se rencontrent, en général, chez des sujets âgés, arrivés au dernier degré de la cachexie, et chez lesquels on reste souvent hésitant entre le cancer et la tuberculose.

Dans une première catégorie de faits, on pourra soupçonner les cavernes si, avec une obscurité marquée du murmure vésiculaire dans les régions sous-claviculaires et sus-épineuses, coïncide une respiration plus énergique des bases de l'organe respiratoire, si le malade crache beaucoup et que le produit d'expectoration indique par sa quantité et son aspect des cavités qui se vident de leur contenu. Malheureusement ces phtisiques ne crachent pas toujours, par cette raison qu'ils sont très affaiblis.

Dans une seconde catégorie, sont des malades chez lesquels on peut réveiller momentanément assez de forces pour qu'ils puissent, dans une respiration énergique, faire reparaître les symptômes cavitaires. Mais ce n'est pas toujours possible et il faut souvent faire intervenir des signes accessoires ; ainsi la vue et le toucher peuvent donner des renseignements importants ; l'observateur pourra se rappeler en temps utile que les tuberculeux se couchent très souvent du côté sain opposé aux cavernes ; il constatera parfois, en examinant le thorax, la déformation si caractéristique à laquelle on a donné le nom de dépression sous-claviculaire. Ce signe pathognomonique permet d'affirmer sans autre renseignement fourni par l'auscultation ou la percussion, qu'au niveau de l'enfoncement de la paroi costale existe une altération pulmonaire. Cette déformation est le résultat de l'aplatissement du sommet du poumon qui succède lui-même à l'évacuation des masses caséeuses ramollies. (*Journal de Médecine et de Chirurgie.*)

Complications génito-urinaires de la grippe. — M. le Dr Lamarque a récemment étudié ce genre de complications peu connues. Le poison grippal agit tres souvent sur le rein. Dans les cas les plus simples, il y a simplement une glomérulite peu intense, une albuminurie transitoire. Cette albuminurie légère dure quelques jours, puis disparaît sans laisser de traces et sans modifier la marche de la maladie. Dans d'autres cas, heureusement, beaucoup plus rares, il se produit des néphrites graves, qui dès leur début exposent les grippés aux accidents de l'insuffisance rénale : la mort par urémie peut même être très rapide. Cependant la néphrite grippale guérit dans la plupart des cas, mais elle peut aussi passer à l'état subaigu ou chronique. On peut admettre deux formes de néphrites dans la grippe : la forme hémorragique et la forme albumineuse. Dans le premier cas, l'hématurie est le premier symptôme de la complication ; dans le second on observe un mal de Bright aigu avec albuminurie et œdèmes plus ou moins étendus.

Fiessinger est le premier qui ait décrit la néphrite grippale et, dans son travail sur la grippe infectieuse à Oyonnax, il a admis l'existence d'une glomérulite passagère avec albuminurie, d'une néphrite aiguë hémorragique sans œdème, d'un mal de Bright aigu. Cette division a été suivie, comme nous venons de le voir par M. Lamarque. Les complications rénales de l'influenza ont aussi été étudiées par Leyden, Diard, etc. Diard considère même l'albuminurie comme constante et précoce. Turoche, dans sa thèse sur les néphrites grippales, admet aussi que l'albuminerie est fréquente, mais moins cependant que ne le voit Diard.

L'hématurie grippale peut être due à une simple fluxion. Comby, Le Gendre en ont publié des exemples. Dans l'observation de Le Gendre, on voit un homme être pris, un soir, d'une douleur lombaire très brusque et très violente avec fièvre, brisement des muscles, céphalalgie, etc. Les premières urines émises après cette invasion brutale étaient noires par mélange intime avec du sang ; la coloration alla en diminuant en même temps que la douleur lombaire, mais simultanément se montrait un catarrhe grippal typique ; dès que les urines n'ont plus contenu de sang, elles ont cessé d'être albumineuses.

La vessie peut être le siège d'accidents congestifs décrits, pour la première fois, par Fiessinger et se traduisant par des envies fréquentes d'uriner et des troubles pendant la miction. Cette aptite entraîne parfois l'hématurie et elle peut survenir indépendamment de toute application de vésicatoire. La cystite peut être très rebelle (Comby), mais habituellement elle cesse en même temps que la grippe (Trossat).

Fenwick a assez souvent noté l'atonie de la vessie, surtout chez des sujets dont la vessie avait été très distendue pendant la période d'état.

On a observé des inflammations des calices et des bassinets, de la pyonéphrose, des abcès périnéphrétiques.

D'autres fois, il s'agit d'inflammations de l'urèthre qui simulent l'uréthrite blennorrhagique et l'écoulement cesse alors en même temps que l'attaque de grippe.

Fenwick insiste sur la fréquence relative du catarrhe de la portion prostatique de l'urèthre avec irradiations névralgiques, rendant les voyages difficiles.

Les phénomènes uréthraux s'observent aussi chez la femme.

Gottschalk a vu des hémorragies utérines survenir au premier et au deuxième jour de l'influenza ; elles s'accompagnaient de douleurs lombaires et sacrées et de dysurie. L'utérus était tuméfié, ramolli et très sensible ; aussi Gottschalk admet-il l'existence d'une métrite infectieuse. Les hémorragies duraient de cinq à huit jours. Biemer a observé des faits analogues.

Fraipont n'a vu se produire aucune hémorragie utérine chez des femmes grippées, atteintes de fibrômes et d'endométrite; il n'a pas noté non plus de troubles menstruels. Cependant, notre confrère belge a vu la grippe provoquer les premières règles chez une jeune fille de quatorze ans; les menstrues ont reparu chez une dame qui n'était plus réglée depuis un an et demi.

M. Labadie-Lagrave, dans un travail d'ensemble sur la grippe à la Maternité de Paris en 1889-90 et 1891-92, a analysé les observations de Muller, analogues à celles de Gottschalk, celles de Mijulieff.

On a signalé quelques cas de suppression des règles, de congestion ovarienne (Redon).

L'avortement, l'accouchement prématuré, ont été notés en assez grand nombre de fois dans les dernières épidémies (Debacker, Meyer, Tronat, Lepage, A. Petit, Muller, Gottschalk, Vinay). Généralement les douleurs sont le premier phénomène observé, et elles peuvent apparaître dès le deuxième jour; puis surviennent les hémorragies qui peuvent faire défaut si la grossesse est avancée. Des hémorragies surviennent parfois chez les nouvelles accouchées, mais ce sont là des faits plus rares.

La grippe prédispose à l'infection puerpérale. Les accidents suppuratifs peuvent même survenir pendant la grossesse, et Labadie-Lagrave a observé un cas de conjonctivite purulente chez une femme en état de gestation qui avait été atteinte, pendant son enfance, d'une ophtalmie scrofuleuse.

On a attribué l'avortement, dans la grippe, à la toux, à l'hyperthermie. Ces deux facteurs peuvent intervenir dans quelques cas, mais il est certain que les troubles congestifs directement produits par la grippe jouent un rôle plus important. Comme, d'autre part, la congestion ne peut expliquer les phénomènes suppuratifs et septicémiques, il faut faire intervenir l'infection, qui rend compte à la fois de ces phénomènes, des manifestations hémorragiques et des lésions viscérales, broncho-pneumomonies, néphrites, particulièrement fréquentes dans ces cas. Les hémorragies dépendent d'une endométrite aiguë, comme nous l'avons vu; elles peuvent se produire même chez des femmes qui ont subi l'ablation des trompes et des ovaires; cette endométrite rend aussi compte des avortements et des accouchements prématurés. Quant à l'infection puerpérale, elle dépend du streptocoque, qui a, au niveau de la plaie utérine, une porte d'entrée rendue particulièrement facile par l'affaiblissement de l'organisme.

Vinoy a aussi étudié les rapports de l'influenza avec la puerpéralité. Sur 7 cas de grippe chez des femmes grosses, 4 fois la grossesse continua, 2 fois il y eut un accouchement prématuré, enfin l'accouchement fut provoqué une fois (hydraunios considérable, néphrite interstitielle, bronchite capillaire, dyspnée extrême). Vinoy, chez cette malade, qui succomba le septième jour de l'intervention, n'a pas trouvé d'endométrite. Le même auteur n'a pas vu la maladie affecter d'allure spéciale chez les nourrices, il conseille, en thèse générale, de laisser l'allaitement se continuer s'il n'y a pas de complication grave.

Les lésions du testicule et de ses annexes ne sont pas très rares; il nous suffira de signaler l'orchite, la vaginalite, l'épididymite, qui coïncident ou non avec l'uréthrite.

Alison a noté une impuissance relative consécutivement à la grippe. Il explique, par cette impuissance, la faible natalité relevée à Paris par Biemer la trente-huitième semaine après la période d'état de la grippe 1889-90.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

La néoformation des cellules nerveuses dans le cerveau du singe, consécutive à l'ablation complète des lobes occipitaux. (Note de Alex.-N. Vitzou, de Bucarest, présentée par M. A. Chauveau.)

L'auteur a exécuté sur un singe une double expérience des plus remarquables. Il a pu ainsi donner une preuve de la néoformation des cellules nerveuses dans le cerveau, consécutivement à l'ablation des lobes occipitaux. On admet assez généralement que les centres nerveux ne se régénèrent pas après leur destruction; mais les physiologistes sont loin d'être d'accord sur ce point. L'enlèvement des lobes amène la cécité complète de l'animal, c'est ce qui a été vérifié sur le singe de M. Vitzon. L'ablation avait été pratiquée le 19 février 1893. Or, vers la fin du quatrième mois après l'opération, l'animal donnait des signes de perception visuelle, il apercevait les objets; quelques mois plus tard, il était devenu capable de se conduire. Le 24 avril 1895, c'est-à-dire après un intervalle de deux ans à peu près, les trous de trépan qui avaient servi à pratiquer l'ablation étaient réouverts et M. Vitzon constatait que tout l'espace laissé vide était rempli par une substance dans laquelle il reconnut la présence des cellules nerveuses pyramides et des fibres nerveuses.

La substance nouvelle est donc d'origine nerveuse. Il convient de remarquer qu'elle n'était pas due à une hypertrophie d'un fragment laissé en place, car l'ablation avait été radicale. Selon la remarque de l'expérimentateur, c'est là un fait nouveau qui démontre la possibilité de la régénération quand la nutrition est conservée dans l'organe. Une deuxième opération a été effectuée, c'est-à-dire que la substance de néoformation a été enlevée. Le résultat immédiat a encore été la cécité de l'animal. Après un laps de temps de quatre mois, ce singe donne des signes de réapparition de la vision; dans quelques mois il sera sacrifié et l'examen de son cerveau sera de nouveau exécuté.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 septembre 1895

M. Henrot (de Reims) a soulevé aujourd'hui une question des plus intéressantes au point de vue scientifique et tout à fait d'actualité : *la prophylaxie du paludisme*. On sait combien de victimes la fièvre a déjà faites à Madagascar; il serait extrêmement utile de résoudre les problèmes de la prophylaxie, et M. Henrot pense qu'une discussion sur ce sujet, à l'Académie, fixera certains points encore très obscurs.

Toutefois, il semble, pour M. Henrot, que la principale voie d'introduction dans l'organisme de l'hématozoaire du paludisme est la voie respiratoire. Les soldats envoyés à Madagascar ont fait des marches pénibles à travers des pays infectés, et ils ont, en outre, exécuté les travaux les plus durs pour la construction des routes. Toutes les conditions se trouvaient donc réunies pour que l'infection se fît presque à coup sûr.

En effet, dans le travail, dans l'effort, la respiration est beaucoup plus active qu'au repos, le champ pulmonaire est beaucoup plus largement ouvert, et, d'autre part, on sait combien il est dangereux de toucher au sol des régions infectées.

Mais, n'est-il pas possible, si la voie respiratoire est bien celle par laquelle se fait l'infection, de se protéger contre le paludisme, en filtrant l'air que l'on respire? M. Henrot présente des appareils, sortes de petits masques dans lesquels l'air aspiré est filtré sur une couche de ouate. L'un de ces appareils est en celluloïd et ne pèse pas plus de 15 grammes. Depuis déjà 1874, M. Henrot a employé lui-même des masques analogues quand il avait à pratiquer des autopsies, et il s'en est très bien trouvé.

Il pense donc qu'il serait utile de munir chacun des soldats de Madagascar d'un appareil analogue. Les cas de paludisme diminueraient certainement. Il ne faut pas hésiter à imposer même un tel moyen prophylactique. M. Henrot demande, en outre, que l'Académie mette à son ordre du jour une discussion sur la prophylaxie générale du paludisme; la question de l'âge des soldats que l'on envoie et celles de l'acclimatement devraient être discutées, afin que le Gouvernement, suffisamment éclairé sur tous ces points difficiles, puisse prendre les mesures nécessaires pour modifier l'état de choses actuel et arrêter l'effrayante mortalité que le paludisme cause chez nos soldats à Madagascar.

Dans la communication de M. Henrot, M. Laveran trouve tout d'abord une opinion qui lui paraît absolue. C'est celle de la voie de pénétration de l'hématozoaire du paludisme. On ignore encore actuellement quelle est cette voie. Il est possible qu'il s'introduise par les organes de la respiration, mais cela n'est pas démontré, et il n'est pas démontré non plus que la porte d'entrée ne se trouve pas au niveau du tégument externe ou au niveau du tube digestif. M. Laveran a remarqué que les localités le plus atteintes par le paludisme sont celles qui sont le plus infectées par les moustiques; il est donc possible que l'hématozoaire s'introduise dans l'organisme grâce aux piqûres de ces insectes. Il est possible aussi que les eaux soient le véhicule du germe morbide.

Le masque proposé par M. Henrot n'aurait probablement que fort peu d'efficacité; et, en outre, il serait bien difficile de l'imposer aux soldats pendant les marches ou les travaux qu'ils exécutent par des chaleurs de 30 degrés.

Autrement efficaces sont certaines mesures qu'indique M. Laveran, et grâce auxquelles, pense-t-il, la morbidité par paludisme diminue de beaucoup.

Il faut d'abord éviter les zones dangereuses; on sait très bien, dans chaque pays, que telle ou telle zone est un foyer de paludisme; quelquefois, à quelques centaines de metres plus loin, on peut passer sans danger. Si l'on est obligé de traverser ces zones dangereuses, il faut le faire rapidement et surtout pas pendant la nuit. Il faut absolument éviter de toucher au sol dans ces régions; ainsi que M. Laveran l'a démontré, il y a là un très grand danger; si des travaux de terrassement doivent cependant être exécutés, on devra choisir des indigènes ou des nègres, qui possèdent à l'égard du paludisme une véritable immunité.

On évitera autant que possible aux soldats les fatigues; le surmenage est une cause prédisposante puissante. Dans les expéditions coloniales anglaises, il y a toujours plus de porteurs que de soldats; ceux-ci n'ont à se charger ni de leur sac ni de leurs provisions. Aussi y a-t-il peu de malades.

M. Henrot a parlé d'acclimatation au paludisme. On croyait autrefois que les individus atteints une première fois résistaient mieux aux attaques ultérieures. C'est une erreur; on ne s'accoutume pas au paludisme. Aussi a-t-on eu raison de n'envoyer à Madagascar que des soldats n'ayant pas été touchés à un degré quelconque par l'infection palustre.

L'eau de boisson, dans les pays où règnent les fièvres, doit être filtrée ou bouillie; il faut donner aux soldats des infusions de thé.

Enfin, parmi les moyens prophylactiques, il faut ranger l'emploi de la quinine. M. Laveran pense qu'en administrant à chaque soldat deux ou trois fois par semaine 20 à 30 centigrammes de quinine, on diminuera le nombre des cas de paludisme, et surtout le nombre des cas d'accès pernicieux contre lesquels on reste souvent impuissant.

A la suite de cette réponse de M. Laveran, une intéressante discussion s'élève d'une part sur le mode de pénétration de l'hématozoaire et de l'autre sur l'action préventive de la quinine.

M. Hallopeau et M. Le Roy de Méricourt estiment que la voie respiratoire est certainement celle que suit le micro-organisme. La fièvre palustre, dit M. Hallopeau, n'a pas les allures d'une maladie qui se transmet par l'eau; elle ne se dissémine pas comme la fièvre typhoïde, le choléra. Quant aux moustiques, leur rôle lui paraît absolument nul. M. Le Roy de Méricourt fait remarquer que, à bord des bâtiments en rade, on a énormément de moustiques qui viennent évidemment de la côte; or, le paludisme ne s'y développe pas; ne sont frappés que ceux qui descendent à terre, surtout s'ils y passent la nuit. L'hématozoaire du paludisme pénètre donc par les voies respiratoires, du moins c'est là son principal mode de pénétration. Il faut, en tous cas, veiller à la pureté des eaux de boisson et donner des infusions aux soldats. M. Lancereaux insiste sur ces derniers moyens prophylactiques, car, malgré les arguments fournis par MM. Hallopeau et Le Roy de Méricourt, il estime que le micro-organisme du paludisme s'introduit dans l'organisme par le tube digestif. Ce sont les eaux de boisson qui l'y apportent. Si d'ailleurs, la preuve de l'absorption par les voies digestives n'est pas faite par le paludisme, elle l'est, ainsi que le fait remarquer M. Laveran, pour une autre maladie qui affecte avec lui de grandes analogies, la filariose. On sait aujourd'hui que la filariose se transmet de la façon suivante : les moustiques ayant piqué des hommes malades tombent dans les mares dont l'eau est alors contaminée. A l'appui de la théorie de l'introduction de l'hématozoaire par les voies digestives, M. Laveran invoque l'opinion d'un des auteurs les plus

versé dans ces questions, M. Patrick Manson. D'autre part, M. Nocard fait remarquer que le rôle des moustiques n'est pas à dédaigner. Il existe une maladie qui frappe les bovidés, la « fièvre du Texas », due, elle aussi, à un hématozoaire, et dont la transmission se fait par la piqûre des tics.

Quant à la valeur prophylactique de la quinine, les uns n'y croient pas; tels sont M. Le Roy de Méricourt et M. Lancereaux; « la quinine, dit celui-ci, ne prévient pas plus la fièvre intermittente que le mercure et l'iodure ne préviennent la syphilis ». Les autres, comme M. Worms, tirent de nombreux exemples, et de l'opinion des médecins qui habitent des pays où règne le paludisme, en particulier des médecins de Paris, des arguments en faveur du pouvoir prophylactique de la quinine. M. Worms, il est vrai, ne croit pas possible de dire quel est le mode d'action de cette substance. Pour M. Laveran, au contraire, ce mode d'action est très net. Des quantités très faibles de quinine suffisent à tuer les êtres inférieurs, les infusoires; elle agit donc en tuant l'hématozoaire du paludisme et en l'empêchant de se développer dans un organisme où elle se trouve même en faible quantité.

M. Henrot insiste de nouveau sur l'utilité qu'il y aurait à munir chaque soldat d'un appareil à filtrer l'air. L'Académie reprendra cette intéressante discussion sur la prophylaxie du paludisme.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier. — M. le docteur Guillemain (médecin militaire).

Chevaliers.— MM. les docteurs Donnezan (de Perpignan); Parisot (du Thillot); Sébille (médecin militaire).

Legs Mautter. — Par décret, le doyen de la Faculté de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans le testament, le legs fait par M. Ch.-J. Mautter, de la nue-propriété de l'actif net de sa fortune, dont le revenu converti en rentes 3 %, sera employé, à dater du décès de l'usufruitier, à la fondation d'un prix annuel en faveur d'une femme-médecin, auteur d'un ouvrage sur les maladies des enfants.

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine, le 28 octobre.

Les registres d'inscription seront clos le 19 octobre prochain.

Asile de Château-Landon. — L'inauguration de l'asile de vieillards à Château-Landon (Seine-et-Marne), a eu lieu récemment sous la présidence de M. Leygues, ministre de l'Intérieur, qui a remercié, au nom des malheureux, M. et Mme Ouvré de leur libéralité. Il a loué le Conseil général d'avoir tiré un si bon parti de l'immeuble qui lui a été donné et d'avoir fait de cet antique monument un asile modèle.

Concours dans la médecine navale. — Composition des jurys des concours qui seront ouverts dans les annexes-écoles de médecine navale :

Concours pour l'emploi de professeur de chirurgie militaire et navale à Toulon, le 2 décembre : MM. Merlin, directeur à Toulon, président; Chevalier, médecin principal à Rochefort, et Duval, médecin de première classe à Brest, membres;

Concours pour la chaire de séméiologie médicale à Toulon, le 2 décembre : MM. Merlin, directeur à Toulon, président; Vergos, médecin de première classe à Brest, et Libouroux, médecin de première classe à Rochefort, membres;

Concours pour la chaire de bactériologie à Toulon, le 16 décembre : MM Merlin, président; Piton, médecin de première classe à Brest, Lapeyrère, pharmacien principal à Rochefort, membres.

Monument à Duchenne, de Boulogne. — A la Salpêtrière, on va prochainement inaugurer le monument du Dr Duchenne, œuvre du statuaire Desvergnes et de l'architecte Debrie.

Il est question d'élever un autre monument au Dr Duchenne, dans sa ville natale, à Boulogne.

Médecins conseillers généraux. — Sont nommés conseillers généraux de l'Orne : M. le Dr Leroyer, à Carsurge; M. le Dr Vauquelin, à Courtonnes; M. le Dr Léon Labbé, à Merlerault; M. le Dr Barabé, à Domfront.

Transport des malades par la voie ferrée. — La Compagnie générale des Omnibus, de concert avec la direction du service de santé du ministère de la Guerre, organise une ligne ferrée dans l'intérieur de l'hôpital militaire de Vincennes, branchée sur la ligne de Vincennes-Louvre.

Des voitures à traction de chevaux, sans impériale et présentant à l'intérieur des dispositions analogues à celles des voitures des ambulances urbaines, seront à la disposition de toutes les casernes de la rive droite, pour les malades qui devront être transportés à Vincennes; une communication téléphonique indiquera le lieu où devra se rendre la voiture requise.

Le matin et le soir, une voiture ou plusieurs, si besoin est, seront attelées pour ramener à Vincennes les malades.

L'inauguration aura lieu probablement à la fin du mois.

Pertes probables dans la prochaine guerre européenne. — Il est généralement admis que la prochaine guerre sera beaucoup plus meurtrière que celles qui l'ont précédée. Mais, si l'on s'en rapporte aux travaux que vient de publier sur la question un économiste russe, M. Bloch, il faut convenir que ce sera réellement une boucherie sans nom.

M. Bloch établit, d'après les données les plus récentes de la science militaire, que 60 à 75 % des combattants paieraient de leur vie les frais des batailles futures.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Mort de M. Pasteur.
II. Feuilleton.
III. Hygiène et prophylaxie des complications de la rougeole et en particulier des complications broncho-pulmonaires.
IV. Revue de la Presse : Médecine.
V. Revue de neurologie.
VI. Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie.
VII. La mortalité aux Colonies.
VIII. Les livres nouveaux.
IX. Échos et nouvelles.

MORT DE M. PASTEUR

La mort de M. Pasteur a causé, dans le monde scientifique tout entier, une émotion d'autant plus douloureuse qu'elle n'était pas attendue. Bien que sa santé déclinât depuis quelques années, que les progrès de l'âge devinssent de plus en plus sensibles, on s'était habitué à le voir prolonger ainsi sa glorieuse carrière et le terme n'en paraissait pas si prochain.

Il s'était retiré à Villeneuve-l'Étang, comme il le faisait d'habitude, à l'époque des grandes chaleurs; il y habitait, dans la partie du parc que l'État avait mise à sa disposition pour ses expériences, un modeste appartement situé au-dessus des écuries occupées par les chevaux qui fournissent aux médecins le sérum antidiphtérique. C'est là qu'il a été repris des accidents urémiques qu'on avait pu conjurer l'hiver dernier. Cette fois, ils se sont produits avec une intensité qui a bientôt enlevé toute espérance, et samedi dernier, il s'est éteint au milieu de sa famille, de ses amis et de ses élèves, n'ayant qu'un regret, c'est que son fils, M. Jean-Baptiste Pasteur, ne fût pas près de lui à ses derniers moments. Retenu par ses fonctions de chargé d'affaires de France près la Cour d'Espagne à Saint-Sébastien, il n'a pu, quelque diligence qu'il ait faite, arriver assez à temps pour lui fermer les yeux.

M. Pasteur avait été obligé de renoncer aux travaux de laboratoire. Frappé d'apoplexie au mois d'octobre 1868, il était resté hémiplégique du côté gauche; mais la paralysie n'avait atteint que les facultés motrices, l'intelligence avait survécu tout entière et son génie inventif n'avait jamais brillé d'un plus vif éclat. La plupart de ses grandes découvertes sont postérieures à cette date néfaste. En dépit d'une si rude atteinte, ce cerveau d'élite a, pendant vingt ans, résisté à toutes les attaques. Labeurs acharnés, luttes ardentes, succès enivrants et triomphe définitif, il avait tout supporté sans faiblir, lorqu'il fut brusquement atteint d'aphonie, et bientôt l'impuissance du travail personnel vint se joindre à la difficulté d'exprimer ses idées et de prendre la parole dans les Sociétés savantes où ses communications avaient été accueillies, jusque-là, avec enthousiasme.

La science n'avait donc plus à attendre de lui des découvertes nouvelles. Son œuvre était d'ailleurs accomplie; il avait si largement tracé sa voie, que ses élèves y étaient entrés sans effort; mais sa présence les encourageait et ses conseils leur servaient de guide. Son esprit était toujours avec eux. Il était l'âme de cette sorte de monastère scientifique qu'il avait fondé, et dans lequel de jeunes hommes vivent cloîtrés dans l'étude et dans les arides travaux du laboratoire. Le maître leur a

FEUILLETON

Débuts d'enthousiasme.

A Monsieur le Docteur Eug. Audic.

La mort de Pasteur est venue assombrir d'une profonde tristesse cette fin de vacances. Au milieu des lourdes préoccupations de l'heure présente, parmi les inquiétudes graves et multipliées qui oppressent les esprits, elle est apparue comme un deuil plus grand que les autres deuils, comme une perte plus difficile à réparer que les autres pertes. On en a été d'autant plus surpris qu'on s'y attendait moins; car c'est l'admirable privilege de certains hommes, qu'une éternelle jeunesse d'esprit, une inaltérable vigueur d'intelligence fasse oublier le nombre des années que l'âge a accumulées sur leur tête, et qu'on les croie toujours dans la maturité de leurs forces physiques parce qu'on les sait toujours dans la pleine et éclatante maturité de leur talent.

Il ne conviendrait point de faire à cette place l'éloge du plus illustre de nos morts. Des plumes autrement autorisées et compétentes que la nôtre se feront un pieux devoir, en retraçant les étonnantes conquêtes de notre grand compatriote, de montrer quelle catastrophe vient de frapper la France et la science universelle dans la personne de celui dont le patriotisme égala le génie.

Mon admiration pour lui se rattache à un souvenir de jeunesse curieux par la disproportion apparente de la cause et de l'effet qu'elle produisit. Depuis ce moment, en raison peut-être de la vivacité et de la persistance des impressions reçues à cet âge, l'enthousiasme de plus en plus grand et de plus en plus sérieux et réfléchi que ses travaux ont excité en moi, ne s'est jamais complètement affranchi ni dégagé des circonstances mêmes où je l'avais d'abord éprouvé.

C'était à l'époque où la tribune de l'Académie de Médecine retentissait de ces mémorables discussions sur le charbon, dont le souvenir est présent à toutes les mémoires.

Etudiant en médecine, j'étais intimement lié avec un ca-

inspiré, avec l'ardeur des recherches et la soif des découvertes, le culte exclusif de la science sans arrière-pensée de profit ni de gloire et l'amour passionné du pays. Tous sont également animés de ce désintéressement chevaleresque; mais l'un d'eux en a donné récemment une preuve éclatante, dont pas un de nous n'a perdu le souvenir.

Si la mort de M. Pasteur est un malheur national, pour nous, médecins, c'est un deuil de famille. Ce savant, qui n'était pas des nôtres, a plus fait pour l'art de guérir que tous ceux qui sont sortis de nos rangs. Il lui a donné les bases qui lui manquaient, une hygiène et une chirurgie nouvelles sont sorties de ses doctrines, et le nombre des existences qu'elles ont sauvées se chiffre déjà par millions.

Ce n'est pas le moment de faire l'exposé de ses découvertes; ce serait d'ailleurs une redite, car j'en ai fait l'historique dans ce même journal (1), en rendant compte de l'inoubliable journée du 27 décembre 1892, de cette fête que lui donna la France, lors de son 70e anniversaire, et dans laquelle nous vîmes les savants du monde entier défiler sous ses yeux, en déposant devant lui leurs présents et leurs hommages, dans ce grand amphithéâtre de la Sorbonne, où toutes les illustrations du pays se trouvaient réunies et qui rappelait, en ce moment, les grandes pompes triomphales de l'antiquité.

M. Pasteur est mort plein de jours; il a eu le bonheur de voir, de son vivant, ses découvertes acclamées par le monde entier. Les luttes du passé, les obstacles vaincus étaient sortis de sa mémoire, et nous, ses contemporains, nous qu'il honorait de son amitié, nous regrettons amèrement sa perte, mais nous ne pouvons pas le plaindre.

JULES ROCHARD.

(1) « Le Jubilé de M. Pasteur. » (*Union Médicale*, 3 janv. 1893.)

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

DES

COMPLICATIONS DE LA ROUGEOLE

ET EN PARTICULIER DES

Complications broncho-pulmonaires

DES DANGERS DE L'ENCOMBREMENT DANS LES SALLES D'HOSPITALISATION DES ROUGEOLEUX

La rougeole est considérée à tort — à l'hôpital du moins — comme une maladie sans importance et sans gravité. C'est une erreur et un danger. Une erreur, parce que les statistiques sont là pour donner une preuve de la mortalité, souvent élevée, des rougeoleux; un danger, parce que cette conception fausse laisse les administrations chargées de l'hospitalisation de ces malades dans une quiétude fâcheuse en ce qui concerne l'agencement des salles qui leur sont consacrées et le nombre des malades qu'on y admet.

De grands efforts ont été tentés par les médecins chargés des services d'isolement, mais si des pratiques rigoureuses d'antisepsie ont pu diminuer le chiffre des décès, il n'en est pas moins vrai que celui-ci est encore trop élevé, puisque la mortalité de la rougeole atteint encore 40 % dans certains hôpitaux (1).

Les causes de cette mortalité sont évidemment fort complexes; elles tiennent certainement, pour une bonne part, à la nature des malades qui viennent réclamer l'hospitalisation : mal nourris, malpropres, vivant dans des logements insalubres, etc.; ils arri-

(1) Voir *Traité de médecine et de thérapeutique :* « La Rougeole », par M. le professeur Grancher, et le volume « La Rougeole, » bibliothèque Charcot-Debove, par H. Barbier.

---

marade à peine plus âgé que moi si l'on s'en rapportait à nos actes de naissance, seulement beaucoup plus vieux si l'on comparait à l'insouciance et à la légèreté du flâneur que j'étais la gravité déjà mûre de mon ami. Il avait franchi, d'une marche égale et sans arrêt, les épreuves du doctorat pendant que je m'arrêtais sans profit à m'effrayer de leurs difficultés, dont je me grossissais l'importance, comme pour mieux m'encourager à reculer le moment de les subir. Il n'est que la paresse pour se forger de si victorieuses excuses.

De cette dissemblance de caractères était née entre nous une de ces amitiés que le contraste consolide, faite chez tous deux d'estime et de vive sympathie, mais se nuançant, chez moi, d'une sorte d'affectueux respect, tandis qu'elle s'attendrissait, chez lui, d'un peu de fraternelle protection et d'un vrai dévouement. Si ces lignes lui tombent sous les yeux, sa modestie ne m'en voudra pas d'en rappeler ici une preuve rare.

Pour me soutenir et m'aider dans la préparation d'un concours où il craignait que j'apportasse un zèle insuffisant, il me laissa croire qu'il devait s'y présenter lui-même et s'imposa de le travailler d'arrache-pied avec moi. Je ne connus l'amicale supercherie que le jour où s'ouvrirent les épreuves. Mais si je ne pus me défendre de profiter d'une telle générosité, j'en ai du moins conservé un sentiment de gratitude que personne, à coup sûr, n'estimera exagéré.

Docteur longtemps avant moi, mon ami s'était installé dans le plus joli comme dans le plus perdu des pays.

Breton de cœur et d'âme, de race et de naissance, il avait choisi pour théâtre de ses premières armes dans la pratique médicale, la petite ville de Faouët, au pied de laquelle l'*Ellé* encore sauvage, argente de l'écume de ses eaux, les pointes de granit parmi lesquelles sa course se précipite. Lorsque nous nous étions quittés, il m'avait fait promettre d'aller, aussitôt que je pourrais, le visiter dans sa solitude.

Point de chemin de fer, pas même de voitures publiques aucune, du moins qui fût praticable.

Je fis à pied, par la plus belle journée d'hiver qu'on pût voir (cet hiver de Bretagne dont le moindre rayon de soleil fait vite un printemps), le chemin ravissant qui, à

vent souvent à l'hôpital tout infectés. Mais il en est d'autres qui ne sont pas dans ces conditions et qui, cependant, ne tardent pas à s'infecter à leur tour. A quoi attribuer cette fréquence des contagions post-morbilleuses? A deux causes principales : 1° à l'*encombrement des salles* lors des poussées épidémiques; 2° à la pratique de ce qu'on peut appeler l'*isolement indifférent*, c'est-à-dire au mélange, dans une même salle, d'enfants infectés et d'enfants qui ne le sont pas, mais qui sont, du fait de leur rougeole, en état de réceptivité parfaite d'infection

Dans ces circonstances, ce sont surtout les enfants autour et au-dessous de trois ans qui fournissent le plus de victimes, principalement du fait de la broncho-pneumonie, de la diarrhée, de diverses localisations septiques; la diphtérie semble frapper indifféremment tous les âges. Il est bon d'ajouter que ces faits s'appliquent aux rougeoles observées dans un temps où il n'existe aucune épidémie concommittante de pneumonie ou de broncho-pneumonie, de grippe, etc., mais dont les complications de ce genre semblent bien liées à une infection nosocomiale autochtone, due à l'encombrement, à l'infection des salles, à la contagion de malade à malade.

Les complications de ce genre ne se développent pas dès le début de l'encombrement, du moins en séries, on ne les voit guère se montrer qu'au bout de plusieurs semaines. Elles éclosent à la suite de l'hospitalisation d'un malade contagionné lors de son admission, d'un enfant atteint d'impétigo ou d'autres manifestations septiques; d'autres fois, elles semblent éclore spontanément. Les cas se montrent alors plus ou moins nombreux, en séries journalières, ou sous forme de petits foyers épidémiques qui frappent, en un ou deux jours, trois, quatre malades au plus, voisins de lit ou éloignés. La morbidité peut être ainsi considérable et frapper, à différents degrés, jusqu'à un tiers et plus du nombre des hospitalisés.

Une fois les salles infectées, on n'a d'autre ressource que la fermeture provisoire du service et la désinfection totale, car les soins antiseptiques individuels les plus sévères ne suffisent plus.

Au commencement du mois d'août 1895, et à la suite d'une poussée épidémique de rougeole plus intense que d'habitude à cette époque de l'année, les salles d'isolement des rougeoleux, à l'hopital des Enfants malades, furent encombrées d'une façon anormale. On hospitalisa jusqu'à *soixante-trois* enfants dans des locaux — que je ne décris pas — et où, normalement, il n'y a place que pour quarante lits au plus. Aussi, au bout d'un certain temps, des cas de diarrhée, de broncho-pneumonie se développèrent-ils; ils furent assez nombreux et assez graves pour que la fermeture provisoire du service fût demandée et obtenue. La désinfection fut retardée jusqu'à la guérison ou la perte complète des malades existant.

Il existait au 1er août 53 malades. (La veille, l'interne du service, M. Dupuy-Dutemps, avait fait sortir 10 enfants), ci..... 53

Il y eut, jusqu'au jour de la fermeture, 23 entrées..... 23

et 16 cas venant des services généraux..... 16

92

Du 1er au 6 août, époque à laquelle les premières complications apparurent, on fit 38 sortants, restaient donc, en réalité : 92 — 38 = 54 enfants au moment de l'explosion des complications. Or, sur ces 54 enfants, dont beaucoup entrés en juillet étaient en pleine convalescence, il y eut près de 20 compliqués. Ceux-ci atteints de broncho-pneumonie, de diarrhée

---

travers sept lieues de vallée, presque toujours au bord de la rivière, va de Quimperlé au Faouët.

Je m'étais un peu attardé en route à voir ces cent merveilles de l'art ou de la nature dont le pays est comme semé. J'avais fait, entre autres, une assez longue station en une exquise petite chapelle, abritée sous un bouquet de vieux hêtres à deux cents pas de la route, et dont le jubé très ancien en bois sculpté est un vrai miracle de patience d'artiste en même temps qu'un chef-d'œuvre d'habileté. Parmi les scènes curieuses dont ses nombreux panneaux sont fouillés, il y a celle d'un sermon prêché par un renard à ses poules, qui est une des choses les plus réussies que je connaisse.

Malgré mes retards et bien qu'il fit déjà nuit close, je n'eus pas le regret de m'être fait attendre. Sur la grande place du bourg, dans la silhouette d'un cavalier qu'un robuste bidet du pays ramenait chez lui, d'un pas tranquille, je reconnus mon ami que quelque malade avait retenu, comme moi le jubé de Saint-Michel. Nous fûmes ensemble à sa porte.

Dans la salle à manger du rez-de-chaussée, réchauffée d'un bon feu clair devant lequel la table était toute servie, l'excellente mère de mon hôte nous attendait, joyeuse du plaisir que ma venue causait à son fils. Quand le repas, exquis par lui-même et par l'intime gaité qui y présida, fut terminé, nous nous retirâmes, mon ami et moi dans son cabinet de consultation. Là, en homme sérieux qu'il était, il mit tout de suite en ordre, sans que que la conversation en perdit rien, ses affaires de la journée.

Je contemplais, avec l'étonnement mêlé de quelque effroi d'un homme qui, à la veille d'embrasser une profession, en découvre tout d'un coup, sans les avoir encore soupçonnés, les côtés désagréables, ennuyeux, presque mesquins, qui en aperçoit la prose banale sous la poésie de convention; je contemplais, dis-je, les lourds et volumineux registres sillonnés de colonnes à en-têtes rébarbatives où, à côté du nom des clients qu'il avait visités et de petits chiffres, précaire espoir d'une rémunération précaire, il inscrivait consciensement l'observation résumée de chaque cas, les températures prises, les diagnostics portés, les prescriptions faites.

Enfin, les registres furent refermés et, sur la table de

ou des deux à la fois, avec des conjonctivites, des rhinites, des otites, des lymphangites de la face, etc., furent isolés tant bien que mal dans une petite salle en retour, séparée de l'autre par des paravents. Les précautions d'usage pour le personnel et les objets utiles aux malades furent prises.

Il y eut 10 décès et ces décès eurent lieu principalement du 12 au 17 août, se décomposant de la façon suivante :

12 août	.....	2
13 —	.....	1
14 —	.....	1
15 —	.....	1
17 —	.....	3
		8

Les deux autres eurent lieu le 2 août et le 24. De plus, deux enfants furent évacués sur la diphtérie. La non-admission de nouveaux malades à partir du 15 août fit cesser l'épidémie. La salle fut désinfectée, réouverte en septembre et, depuis, sur 27 enfants, nous n'avons pas eu un seul décès rentrant dans la catégorie ci-dessus. Les 3 malades qui succombèrent étant infectés à leur entrée ou atteints de rougeole maligne.

L'un, entré le 30 août, succomba, le 3 septembre, à une rougeole suffocante maligne.

Deux autres succombèrent quelques heures après leur entrée : l'un le 2 septembre, l'autre le 7.

En somme, sur cinquante-neuf malades présents à partir du 6 août et dans ce mois, il y eut un bon tiers de compliqués, et la moitié de ceux-ci succombèrent.

On voit, ce que nous disions au début, que l'hospitalisation des rougeoleux n'est pas une question à résoudre indifféremment, et il y a longtemps, d'ailleurs, que les médecins d'enfants ont réclamé contre un système aussi dangereux pour les hospitalisés.

II

Il y a donc lieu d'étudier les règles qui concernent la prophylaxie de ces complications, non seulement chez les hospitalisés, mais encore chez les malades isolés soignés en ville en des locaux bien aménagés.

1. — Les règles de prophylaxie individuelle, applicables aux malades isolés, concernent :

Le malade lui-même,

Les conditions hygiéniques qui l'entourent,

Les personnes chargées de lui donner des soins ou qui lui rendent visite.

Nous savons, d'abord, que chaque malade isolé porte souvent en lui-même, dans sa bouche ou sur ses muqueuses, les micro-ogarnismes capables de provoquer le développement de la broncho-pneumonie. C'est donc avant tout à l'*antisepsie médicale*, sur laquelle M. le professeur Grancher a tant insisté avec forte raison, qu'il convient d'avoir recours pour empêcher la pullulation de ces microbes.

Ces préceptes ont été également appliqués à l'hôpital des Enfants assistés, par M. Hutinel, et en général par tous les médecins d'enfants.

Les lotions souvent répétées, les lavages du nez et des cavités bucco-pharyngées avec des solutions antiseptiques, ont été préconisés et mis en pratique par ces différents médecins. On peut employer en lavages les solutions boriquées à 4 %, les solutions salicylées (1 gramme d'acide salicylique pour 1,000), les solutions phéniquées faibles, la résorcine, le phénosalyl, etc. Quand l'indication s'en pose, on y joindra des attouchements de la gorge avec des collutoires antiseptiques : la gly-

---

travail qu'ils avaient jusque-là recouverte tout entière, apparurent quelques brochures très minces, à couverture verte imprimée, ornée à son beau milieu d'une superbe effigie d'Esculape. C'étaient les *Bulletins* de l'Académie de Médecine.

— Hé quoi, cher ami, tu trouves encore le temps, au milieu d'occupations si absorbantes et si minutieusement remplies, de t'atteler à cette lecture qui doit être si pesante, au lieu de te contenter du court mais suffisant compte rendu que doit t'en donner ton journal?

Lui, avec un bon rire tout indulgent :

— Pesante lecture? Tu n'en as donc jamais feuilleté un numéro, paresseux? C'est parfois très intéressant, mon bonhomme, et ça l'est tellement que je ne crois pas manquer aux lois de l'hospitalité, lesquelles veulent qu'on assure, non seulement le bien-être, mais même le plaisir de l'hôte qui honore votre toit de sa présence, en parcourant ensemble quelques-uns de ces bulletins.

Nous voilà donc plongés, toutes pipes allumées, dans la lecture qu'il faisait à haute voix, pendant que je suivais le texte des yeux, de ces admirables discussions où les orateurs des partis opposés déployaient un égal talent dans des discours où la rigueur de la méthode scientifique, la précision des faits, la valeur des arguments et des déductions, s'alliaient à une forme littéraire irréprochable, toujours élégante, parfois et souvent éloquente.

J'étais sous le charme, captivé à la fois par l'intérêt de la lutte et par l'ardeur des champions. Dès les premières pages, je m'étais déclaré en faveur de Pasteur. Ses raisonnements étaient si lumineux, sa parole, si simple, mais si sûre, avait une telle autorité, ses raisonnements étaient si serrés, si impeccables, que j'y prenais un plaisir extrême.

L'une des séances, je m'en souviens, se terminait par un défi que Pasteur portait à ses adversaires. « Il leur serait impossible, affirmait-il, de donner le charbon à une poule ». Alors, bouillant d'impatience, je ne voulais pas attendre que mon ami eût ouvert le bulletin suivant.

— Voyons, dis-moi de suite si c'est lui qui a eu raison? tu ne continueras à lire qu'après.

— Certainement, c'est lui qui eut raison. Mais tu vas voir que ça va devenir encore bien plus fort.

En effet, lors qu'il eut été bien constaté, par le rapport

cérine salolée à 1/30e ou à 1/50e, peut rendre des services.

Les solutions seront de préférence employées chaudes, répétées une ou plusieurs fois par jour, selon les cas.

A ces lavages, qui entraînent les impuretés de la surface, il est bon de joindre le brossage des dents, et, lorsque la langue est très sale et chargée d'un enduit épais, le nettoyage à fond de cet organe avec un tampon de ouate imbibée d'un collutoire antiseptique quelconque.

Ces pratiques, applicables à tous les cas, seront observées naturellement, selon les indications, avec une rigueur variable. L'antisepsie sera établie d'autant plus sévèrement que les muqueuses accessibles à la vue seront elles-mêmes plus malades, c'est-à-dire dans les cas de coryza intense, de stomatite, d'angine.

La concentration des substances antiseptiques variera selon les mêmes indications.

A un autre point de vue, M. Sevestre a montré les rapports bactériologiques qui uniraient certaines formes de broncho-pneumonie avec les phénomènes septiques intestinaux qui surviennent chez les enfants. Les complications pulmonaires sont sous la dépendance soit du *bacterium coli*, lui-même, soit d'autres microbes septiques, dont l'entrée en scène est secondaire à la diarrhée, quelle qu'en soit d'ailleurs le mécanisme (1).

L'existence donc de la diarrhée chez les rougeoleux nécessite un traitement préventif de la broncho-pneumonie. Ce traitement sera celui qui s'applique à la diarrhée, c'est-à-dire aura pour base l'administration des antiseptiques intestinaux : tels sont le calomel, la naphtaline préconisée par M. Sevestre (Société médicale des Hôpitaux, 1887), le naphtol, le benzonaphtol, etc.

L'existence, pendant le cours de la rougeole, d'un catarrhe intense sur les muqueuses respiratoires ou sur celles qui communiquent avec elles, rend plus nécessaires, avons-nous vu plus haut, les pratiques d'antisepsie; il en est de même lorsque la rougeole s'est développée chez des enfants atteints, antérieurement à la rougeole, d'affections chroniques de ces muqueuses, ou même de muqueuses plus éloignées. C'est pour combattre ces chances d'auto-infection qu'il est indispensable également de pratiquer l'antisepsie de la peau chez les sujets — enfants ou adultes — qui ne reçoivent pas des soins de propreté habituels et suffisants, surtout lorsque la peau est le siège d'excoriations ou d'éruptions suppurantes ou non, quelles qu'en soient l'étendue et la généralisation. Dans ce cadre rentrent les abcès superficiels, le prurigo, les eczémas, les ulcérations, l'impétigo, et tout ce qu'on range habituellement dans les *gourmes*, en pathologie infantile. Les bains, les lotions antiseptiques générales sont absolument indiqués. On les répétera au besoin pendant le cours de la maladie, ainsi que le fait, en particulier, M. Hutinel dans son service (1). Il pourra être nécessaire également de couper ras les cheveux du malade.

Nous venons de passer en revue les conditions d'hygiène et de prophylaxie applicables au malade; celles qui régissent les conditions de vie qui l'entourent et les personnes qui lui donnent des soins ou qui en approchent, sans avoir l'importance que nous allons leur attribuer chez les hospitalisés, méritent cependant une mention ici.

(1) Voyez Gastou : *Broncho-pneumonie d'origine intestinale.* (*Revue des Maladies de l'enfance.* Mai 1892.)

(1) Thèse de Gannelon, p. 92-93.

---

de la Commission académique spécialement désignée pour cela, qu'on n'avait pu, d'aucune manière, inoculer le charbon à des poules, Pasteur affirma que les gallinacées n'étaient cependant pas essentiellement réfractaires à l'infection charbonneuse, et il s'engagea à présenter à l'Académie une poule à laquelle il aurait donné cette maladie. Et il présenta, comme il l'avait promis, la poule qu'il avait su mettre en état de réceptivité en la refroidissant par l'immobilisation et l'immersion des pattes.

Je n'avais point senti passer les heures, empoigné que j'avais été par les péripéties de ce long tournoi scientifique; il était pourtant minuit bien passé.

— Tu penses bien, fit mon ami, en rangeant les numéros du Bulletin qu'il avait mis au pillage pour moi, qu'au Faouët on n'a pas l'habitude de réveillonner. D'ailleurs, nous ne sommes buveurs ni l'un ni l'autre, et ma mère est couchée depuis longtemps déjà; mais, si ta longue route ne t'a pas fatigué, puisque tu aimes ce pays-ci, je vais te mener voir une fort belle chose.

Nous sortimes. Il faisait une admirable nuit lumineuse et pure. Un froid sec, que rendait très supportable l'immobilité absolue de l'air, mettait aux branches des arbres, aux touffes de bruyère et d'ajoncs, des paillettes de givre qui étincelaient sous la lune. Nous arrivâmes bientôt jusqu'au bord du ravin aux pentes abruptes, au fond duquel on entendait, dans le grand calme de tout le reste, bondir l'*Ellé*. Là, de grands escaliers taillés dans le granit et bordés d'une large balustrade de pierre ajourée, conduisaient à une plate-forme située à mi-hauteur de la pente, et sur cette plate-forme il y avait un petit bijou de chapelle (elles poussent sur ce sol comme les bruyères et les ajoncs eux-mêmes), un bijou de pierre et de mousse, hérissé de clochetons, enveloppé d'arcs-boutants, découpé, festonné avec la plus merveilleuse fantaisie, et dont toutes les dentelures, les moindres reliefs étaient délicatement accentués par l'alternance des lumières crues et des ombres dures.

Sur le versant opposé, les vapeurs qui montaient de la rivière se condensaient en brouillards translucides, pareils à des formes de rêves, qui glissaient lentement, s'accrochant aux rochers, effilochant aux branches des pins et des chênes les plis de leurs robes d'argent.

Il faut éviter de soigner les rougeoleux dans des locaux malsains, où la lumière et l'air sont insuffisants, habités par un trop grand nombre de sujets, surtout si la pièce, comme il arrive souvent, sert encore à une petite industrie, la plupart du temps insalubre (dépôt de chiffons, etc.) Dans ce cas, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'hôpital, où l'on peut espérer une antisepsie relative, est encore préférable. Si les conditions de vie ne peuvent être modifiées, du moins devra-t-on, dans les limites du possible, faire pratiquer des lavages antiseptiques fréquents (au sublimé) du parquet et des murs, et exiger la désinfection rigoureuse des linges qui sont en contact avec le malade.

Ces pratiques sont d'ailleurs plus faciles à formuler qu'à obtenir.

Elles sont néanmoins bien utiles dans ces conditions, surtout si, antérieurement à la rougeole, il a séjourné dans le logement des malades atteints de maladies infectieuses, telles que l'angine, la bronchite, la broncho-pneumonie, etc., ou si dans l'entourage du malade il existe d'autres enfants ayant, en dehors de toute rougeole, du coryza, des ophtalmies, des suppurations, des angines, etc. L'éloignement de ceux-ci est nécessaire.

Les personnes qui sont amenées par leur profession ou autrement, à aborder le malade ou à séjourner près de lui, devront, elles aussi, être indemnes de toute affection contagieuse; bien plus, elles ne devront pas exposer le morbilleux aux dangers d'une contamination indirecte. Ceci s'applique surtout au médecin lui-même; et qui, dans sa clientèle, devra éviter d'aller visiter ses morbilleux, après d'autres personnes atteintes des affections septiques citées plus haut. Ces précautions, qui peuvent paraître assez puériles en temps ordinaire, acquièrent au contraire une grande importance lorsqu'il existe, concurremment à la rougeole en ville ou à la campagne, une fréquence inusitée de maladies septiques, de l'arbre respiratoire ou non, dans le cours des rougeoles observées, ou en dehors de celles-ci.

Dans ces cas, l'observation de ces règles est une loi aussi rigoureuse pour le médecin, que celle qui lui est imposée dans les épidémies d'infection puerpérale, par exemple, vis-à-vis les femmes en couches.

2. — Nous arrivons maintenant aux règles de prophylaxie qu'il convient de tracer et d'appliquer dans les hôpitaux ou infirmeries dans lesquels les rougeoleux sont soignés : soit dans les salles communes, soit dans les services spéciaux.

Il est bien entendu que les règles de la prophylaxie individuelle, applicable à chaque malade, sont les mêmes ici que plus haut. Leur importance est même plus grande dans ces circonstances.

Les rougeoleux ne sont plus guère soignés à Paris et dans les grandes villes du moins, dans les salles communes aux autres maladies, mais dans des salles spéciales où ils sont isolés. Ici les dangers viennent de l'encombrement de ces salles par un trop grand nombre de malades du voisinage des autres malades atteints d'affections septiques des muqueuses broncho-pulmonaires ou autres, ou enfin de la peau; du transport des germes par les vêtements, par les linges, par les jouets, par les ustensiles de cuisine ou de toilette, ou par le personnel chargé de donner les soins, et qui est le même pour tous les malades.

Le morbilleux doit donc être garanti : *contre les contagieux*, par l'éloignement de ceux-ci dans une autre extrémité de la salle, en évitant les excès de balayage *à sec*, qui transportent les poussières, et en lui substituant le balayage au moyen d'une

---

Et c'était toute la poésie, toute la légende de cette mystérieuse contrée qui se faisait ainsi vivante et presque palpable pour moi, qui me livrait ses secrets les plus intimes, qui se dépouillait pour moi de tous ses voiles, comme une amante récompense par la splendeur de ses charmes dévoilés, les yeux de l'amant dont elle se sent adorée.

Nous étions loin de Pasteur et du charbon, et des poules refroidies. Mais je les trouvai tous dans mes songes de la nuit, et mon premier soin, à la fin de ce court congé, fut de m'abonner aux *Bulletins de l'Académie*, dont les dix-sept derniers gros volumes s'alignent sur un rayon de ma bibliothèque. C'est par eux que j'ai continué d'apprendre à l'admirer, à aimer, tels des gens connus, ceux qui se faisaient les champions de sa cause et la défendaient en son absence, comme faisait Bouley, avec une ardeur de prosélyte. Et, pourquoi ne pas le dire, à me sentir ému de quelque animosité contre ceux qui se faisaient, au grand dommage de leur propre gloire, ses détracteurs acharnés. C'est dans ces gros billots informes que j'eus un jour la tristesse de lire l'apostrophe, légitimement sévère, qu'il leur lança avant de s'éloigner d'une tribune où il avait eu de si beaux triomphes : « Le plus modeste écolier est un maître quand il enseigne quelque chose à d'autres hommes. Et je me rends cette justice de n'être jamais monté à cette tribune que pour vous instruire ». Voilà comment ces petites brochures, dont je lus les premières lignes au fond du Morbihan, il y a dix-huit ans, me conservent les traces les plus précieuses et de la grandeur du talent et de la noblesse de caractère de celui que nous pleurons.

Hommage à Lavoisier. — La Société des Sciences médicales de Gannat doit se réunir le 10 octobre, à la Carrière, près d'Aigueperse, pour y célébrer le centenaire de la mort de Lavoisier. Une séance sera tenue dans la bibliothèque du château de M. de Chazelles, descendant de la famille Lavoisier et qui possède dans cette bibliothèque une précieuse série de documents et d'instruments ayant appartenu à Lavoisier. La Société invite les membres des principales Sociétés savantes à se joindre à elle.

(Médecine moderne.)

---

flanelle humide passée doucement sur les murs, sur le parquet et sur les planches de chaque lit; *contre la contagion indirecte par le personnel*, par l'attribution d'infirmiers ou d'infirmières qui leur soient exclusivement affectés simples; ne s'occupant que des cas non compliqués; soumis eux-mêmes à un règlement d'antisepsie concernant les mains, les vêtements (blouses en toile, etc.), et n'ayant aucun rapport avec les autres infirmières de la salle; *contre la contagion par les vêtements, linge, etc.*, par l'attribution aux morbilleux de linges ou objets propres à chacun d'eux et ne servant qu'à eux.

L'appareil employé dans son service par M. Grancher, et dont nous avons parlé dans le volume consacré à *la Rougeole* (pages 174 et suivantes), peut rendre dans ces circonstances de grands services, à condition que le personnel suive strictement les indications qu'on lui donne.

La défense des morbilleux contre la contagion venue de la salle ne doit pas faire perdre de vue que le morbilleux peut, lui aussi, être contagionnant, s'il entre dans la salle en évolution morbilleuse et broncho-pneumonique simultanée. M. Grancher en a observé un bel exemple chez un enfant voisin d'un rougeoleux broncho-pneumonique et qui prit sans rime ni raison lui-même dans son lit, une broncho-pneumonie. Or, l'isolement artificiel dont nous venons de parler réalise également la prophylaxie des voisins; il est à double effet. Il faut y ajouter les précautions suivantes : enlever les vêtements de l'enfant avant son entrée dans la salle, le baigner, le lotionner, lui couper les cheveux, lui laver la tête, et ne l'introduire parmi les autres qu'avec des vêtements neufs.

3. — Au moment où par la marche de notre étude, nous arrivons à parler de la prophylaxie chez les morbilleux isolés des autres malades de l'hôpital, il semblerait que notre chapitre dut tourner court. Or il n'en est rien.

Lorsqu'on applique aux rougeoleux, dans les hôpitaux, ce que j'appellerai l'*isolement indifférent*, c'est-à-dire celui qui consiste à réunir pêle-mêle, dans une salle, le plus souvent mal disposée pour cela, les rougeoles compliquées, avec celles qui ne le sont pas, les cas graves avec les cas bénins, *on aggrave la mortalité générale de la maladie, parce qu'on augmente la chance et le nombre des complications* — broncho-pulmonaires dans le cas particulier.

On expose des malades dont les organes respiratoires sont en état de réceptivité maximum vis-à-vis les germes septiques, *et qui n'ont rien*, au voisinage et au contact immédiat d'autres malades, qui sont atteints de lésions inflammatoires broncho-pulmonaires, dont la contagiosité n'est plus douteuse.

Resserrant notre sujet, nous pouvons donc dire que la prophylaxie de la broncho-pneumonie est surtout à faire dans les pavillons d'isolement — isolement indifférent.

Deux conditions peuvent se présenter dans la pratique :

1° Les morbilleux sont isolés dans une salle unique.

C'est ce qui se passe dans certains hôpitaux, à l'hôpital des Enfants malades en particulier, où le nombre des hospitalisés peut dépasser cinquante et plus dans la même salle.

2° On dispose de plusieurs pavillons à lits peu nombreux.

Nous allons d'abord étudier les conditions qui se présentent dans ces deux cas, et nous formulerons ensuite à quels desiderata l'*isolement par sélection* doit s'arrêter.

1° L'isolement dans une salle commune constitue évidemment la plus mauvaise condition de toutes. On peut résumer ainsi les précautions à prendre dans ce cas et qui assurent une prophlaxie relative.

a. Division des enfants malades, non en garçons et filles, mais en malades compliqués ou non;

b. Réunion des compliqués dans une partie de la salle;

c. Défense aux malades de deux sections de communiquer entre eux;

d. Personnel spécial pour les compliqués, sans communication avec celui de l'autre section;

e. Aucune communauté de linges, de jouets, d'ustensiles de cuisine ou de pansement, ou de toilette, etc., entre les deux sections;

f. Revêtir une blouse lorsque la nécessité du service force à pénétrer dans la section des compliqués; la quitter à la sortie, se laver les mains et la figure au sublimé;

g. Interdire le balayage et l'époussetage à sec.

2° Ces règles, qui théoriquement peuvent assurer une prophylaxie sérieuse, sont trop compliquées et peut-être trop subtiles, pour être observées strictement par le personnel. C'est donc à un autre mode d'isolement que l'hygiéniste doit tendre, c'est-à-dire, à défaut de l'isolement individuel impossible à réaliser administrativement, à l'isolement par petits pavillons ou par petites salles de trois à six lits au plus, ayant chacun son personnel et son matériel. En dehors du nombre moins grand de malades exposés à la contagion, ces pavillons ont l'avantage de pouvoir être évacués rapidement et désinfectés à l'occasion.

Les précautions accessoires comprennent la désinfection des linges, de la literie, des lits; l'incinération des jouets quand le malade a succombé.

3° Mais quelque avantage que présentent ces pavillons à lits peu nombreux, il n'en reste pas moins un fait, c'est que l'*isolement indifférent* est mauvais et qu'il faut arriver à l'*isolement par sélection*.

C'est ce que fait M. Hutinel à l'hôpital des Enfants assistés (thèse de Gannelon, p. 92).

Disposant de deux pavillons pour les rougeoleux, il en a attribué un aux rougeoles simples, un autre aux rougeoles compliquées de broncho-pneumonie. De plus, il commence sa visite journalière par les premiers, évitant ainsi dans la mesure du possible les transports de germes d'un pavillon dans l'autre.

Quand l'enfant est guéri, il prend un bain de sublimé et au savon, il est ensuite revêtu de linge blanc, puis porté dans une couverture, soit dans le service des convalescents, soit dans celui des enfants sains; la couverture est ensuite reportée au service d'isolement (Gannelon, p. 93).

Si l'on tient compte de l'âge des malades dans les résultats obtenus, on remarque que la diminution de la mortalité porte surtout sur les enfants de deux à quatre ans, c'est-à-dire sur ceux qui ont l'âge où la rougeole est le plus fréquente, tandis qu'à partir de cinq ans ou chez les nouveau-nés, l'influence a été presque nulle (Gannelon, l. c.).

En somme, depuis le 1er janvier 1886 jusqu'au 1er janvier 1892, sur 1,633 morbilleux, il y a eu 388 décès pour broncho-pneumonie, soit seulement 23,75 °/₀ (Gannelon, p. 106).

Ce que nous venons de dire renferme, sans que nous ayons besoin d'y insister plus longtemps, les desiderata que l'hygiène demande pour l'isolement des rougeoleux. Ce sont :

1° Un isolement par petits pavillons de quatre à six lits;

2° L'aération journalière, l'évacuation et la désinfection répétées plusieurs fois par an de ces pavillons;

3° Un isolement par sélection comprenant :

a. Un pavillon de rougeoles simples ;

b. Un pavillon de rougeoles avec broncho-pneumonie ;

c. Un pavillon de convalescents pour les premières et un autre pour les secondes ;

d. A ces services il convient d'ajouter un pavillon dont l'utilité sera peut-être plus grande pour la diphtérie, mais qui n'en a pas moins sa raison pratique pour la rougeole broncho-pneumonie, je veux dire un pavillon de douteux pour les malades à diagnostic pulmonaire encore incertains.

Les personnes qui, par raison de service ou pour tout autre motif, passent de l'un de ces pavillons dans l'autre, doivent naturellement se soumettre aux règles d'antisepsie que nous avons déjà tracées plusieurs fois et sur lesquelles nous ne reviendrons plus.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Sur le rhumatisme. — Le rhumatisme articulaire aigu est très rare chez l'enfant au-dessous de deux ans, bien que Peacock et Schœffer aient cité chacun un cas de rhumatisme articulaire aigu chez des nouveau-nés mis au monde par des femmes atteintes de cette maladie. C'est à peine s'il en existe dans la science deux ou trois cas authentiques, dus à Basch, Tracon, Bué de Lille. Dans les autres cas publiés, il s'agissait d'ostéo-myélites, d'affections syphilitiques des épiphyses, d'arthrites pyohémiques.

Joukovsky a recueilli, tout dernièrement, une observation nouvelle qui semble à l'abri de la discussion. Sa malade, âgée de deux mois, était bien développée et bien portante, mais sa mère avait présenté plusieurs attaques de rhumatisme; à la suite d'une exposition au froid, l'enfant fut prise de douleurs articulaires extrêmement vives, s'exaspérant au moindre mouvement et accompagnées de fièvre (39°6'). Les articulations du cou-de-pied furent atteintes les premières, puis ensuite celles des orteils. L'administration du salicylate de soude entraîna une amélioration rapide. Mais après quelques jours, il y eut recrudescence de la fièvre et des phénomènes généraux, et le genou, le poignet gauche, l'épaule droite se prirent à leur tour. Le salicylate réussit de nouveau et, au bout d'un mois, la petite malade était guérie.

L'influence étiologique de l'hérédité et celle du froid humide sont des plus nettes dans ce cas. (*Meditsina*, 1895, n° 8.)

Dans la seconde enfance, le rhumatisme articulaire aigu est presque aussi fréquent que chez l'adulte, mais la maladie revêt, à cet âge, des caractères spéciaux bien mis en évidence par Grancher, par Lannelongue, et sur lesquels Marfan insistait récemment (*Journal des Praticiens*, 1895, I, 13). La polyarthrite est rarement généralisée, elle est moins intense, les douleurs sont moins vives, l'épanchement peu abondant. Souvent, ce sont plutôt les synoviales tendineuses qui entourent l'articulation qui sont prises que la jointure elle-même. La fièvre est modérée et peut ne durer que peu de temps, la maladie tout entière ne se prolongeant pas, habituellement, plus d'une quinzaine de jours.

Il arrive fréquemment que l'enfant présente du rhumatisme cervical, qu'il y ait localisation dans les articulations des vertèbres cervicales.

Cette localisation, excessivement rare chez l'adulte, se révèle par l'immobilité de la tête qui, souvent, prend la position bien connue qu'elle occupe

lorsqu'il y a torticolis sterno-mastoïdien. La pression, au niveau des vertèbres cervicales, surtout des cervicales supérieures, provoque une douleur très vive ; elle est indolore sur les muscles, qui sont cependant un peu contracturés. Cette contracture disparaît en totalité ou en partie quand le malade est dans le décubitus dorsal et que la tête et le cou sont bien appuyés.

L'arthrite cervicale peut être la première localisation de l'attaque de rhumatisme articulaire aigu, elle peut même en être la seule et s'accompagner cependant d'endocardite ou d'endopéricardite.

Il faut intervenir énergiquement contre l'arthrite cervicale, car elle peut se terminer par ankylose; il y a alors immobilisation de la tête et du cou dans une position vicieuse. Il se produit des déformations secondaires; les épaules sont à des niveaux différents, la colonne vertébrale présente des scolioses. Du reste, la déviation peut dépendre d'une contracture musculaire persistante et accompagnée de rétraction fibreuse. Il peut même devenir difficile de faire la part des muscles et celle des articulations dans l'immobilité de la tête; on est alors forcé de recourir à l'anesthésie chloroformique. Si, une fois l'enfant endormi, il est facile de tourner la tête dans tous les sens, c'est que les muscles sont la principale cause de la déviation.

L'arthrite cervicale peut se compliquer de pachyméningite cervicale. La moelle elle-même peut être atteinte. C'est ainsi que, dans une observation recueillie par Marfan, on voit une fillette de douze ans, avoir, à la suite d'une arthrite cervicale avec ankylose, de l'atrophie musculaire complète du membre supérieur et du membre inférieur du côté gauche, sans paralysie, mais avec un certain degré de contracture. L'atrophie s'étendit au côté droit et y atteignit, en quelques jours, un degré fort élevé; on admit alors l'existence de lésions analogues à celles de la sclérose latérale amyotrophique de Charcot (lésion du faisceau pyramidal et des cornes antérieures). Le traitement fut dirigé contre l'arthrite cervicale et la guérison de cette dernière entraîna la disparition de l'atrophie musculaire. L'enfant guérit complètement.

Le diagnostic du rhumatisme infantile est loin d'être toujours facile. Comme le fait remarquer Marfan, il peut être si léger qu'il passe inaperçu et que s'il produit une endocardite, cette dernière, si on ne fait pas un interrogatoire minutieux, semble primitive.

Il faudra naturellement différencier le rhumatisme aigu des pseudo-rhumatismes. L'arthrite blennorrhagique survient assez fréquemment à la suite d'une conjonctivite ou d'une vulvo-vaginite spécifique. Les arthropathies puerpéro-rhumatoïdes s'accompagnent de l'éruption pétéchiale et de douleurs gastro-intestinales. Dans les douleurs de croissance, il est facile de localiser les souffrances au voisinage des épiphyses, et elles ne se produisent que si la taille de l'enfant s'est accrue avec une grande rapidité. Enfin, dans l'ostéomyélite, la fièvre est intense dès le début.

Le diagnostic de l'arthrite cervicale avec le mal de Pott sous-occipital et le torticolis est loin d'être toujours facile. Dans le premier, le début est lent et insidieux ; il n'y a pas de douleurs dans les autres jointures, pas de détermination cardiaque ; les mouvements de la tête sont moins complètement supprimés que dans l'arthrite; enfin il se produit des abcès froids rétro-pharyngiens. Y a-t-il réellement lieu de faire le diagnostic avec le torticolis? Marfan ne le croit pas, car, dans ce dernier, même dans tous les cas qui semblent les plus nets, on trouve toujours, si l'on explore attentivement la région au début de l'affection, que les vertèbres cervicales sont douloureuses; le spasme musculaire est donc secondaire à une affection articulaire. La contracture des muscles peut prendre un rôle prépondérant dans la production de la déformation, mais il n'y a pas de myosite rhumatismale primitive, ou, du moins, celle-ci est fort rare. (A. Robin et Londe.)

Chez l'enfant, les déterminations cardiaques du rhumatisme sont très fréquentes, même quand la polyarthrite est très légère, même quand elle se borne à quelques douleurs articulaires dont l'enfant se plaint à peine en jouant. Chez eux aussi, l'anémie consécutive à l'attaque est intense et persistante, et les petits malades restent longtemps très pâles. Enfin, ce n'est que dans l'enfance que la chorée peut venir compliquer le rhumatisme.

On ne penserait guère qu'il peut y avoir lieu de faire le diagnostic du rhumatisme articulaire aigu avec l'hystérie. Un confrère belge, M. Le Marivel, a cependant eu à faire la distinction. Une jeune fille de dix-sept ans, hystérique, placée dans un pensionnat, reçoit de sa mère une lettre dans laquelle on lui décrit par le menu les souffrances d'un parent atteint d'une polyarthrite aiguë très grave. Le lendemain, il y a de la contracture dans le cou et le bras droit, en même temps que des douleurs extrêmement vives dans les parties raidies. Successivement, pendant quinze jours, les différentes articulations sont frappées, et il se produit aussi des douleurs internes au niveau de l'abdomen, de la poitrine, du nez, des yeux. Les sueurs sont intenses et l'immobilité absolue. Mais il n'y a pas de fièvre, les articulations ne sont ni rouges ni gonflées, et l'appétit reste bon.

La guérison se produit à la suite de l'administration d'une potion à l'iodure de potassium ; on avait annoncé à la malade que tout cesserait au moment de l'apparition du coryza.

Une amie de la première jeune fille, nerveuse, mais non hystérique, s'alita deux jours après elle et présenta identiquement les mêmes symptômes. Les malades étaient séparées, mais leurs compagnes, qui allaient les voir, les renseignaient l'une et l'autre, de telle sorte que quand la première présentait une crise douloureuse, la seconde était bientôt atteinte à son tour d'une recrudescence de ses souffrances.

Le rhumatisme articulaire aigu est lui-même parfois assez différent dans son expression symptomatique de ce que l'on est habitué à constater. A. Robin et Leredde l'ont vu se compliquer d'un état typhoïde tel que la confusion avec la dothiénentérie devient possible. On trouve tous les signes de cette dernière : délire, état comateux, sècheresse de la langue, diarrhée ocreuse, à l'éruption des taches rosées et du ballonnement du ventre. L'examen de l'urine requiert une grande importance. Dans le rhumatisme, elle est rouge urobilique, laisse déposer des sédiments rosoïques, ne renferme de l'albumine que d'une façon inconstante et contient une quantité à peu près normale d'acide phosphorique. Cette quantité est très abaissée dans la dothiénentérie ; de plus, on trouve toujours de l'albumine dans l'urine des typhiques pendant les périodes d'augment et d'état, et la couleur est celle de bouillon de bœuf. Le salicylate de soude, à la dose de 3 à 4 grammes par vingt-quatre heures, agit rapidement dans le rhumatisme.

REVUE DE NEUROLOGIE

Un nouveau type d'hémiplégie alterne, par Anna Goukovsky, d'Odessa. *(Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* n° 3, 1895, p. 178.)

Aux types déjà connus d'hémiplégie alterne (Millard-Gübler, Weber), il faut ajouter celui qui est représenté par une paralysie de l'hypoglosse d'un côté, jointe à une hémipégie du côté opposé. L'observation qui fait le sujet de ce travail en est un exemple.

Homme de soixante ans tombe paralysé à la suite d'un ictus, sans perte de connaissance. On constate : hémiplégie droite complète, sans paralysie faciale ni aphasie ; paralysie complète avec déviation à gauche de la langue ; atrophie de toute la moitié gauche.

Donc, la lésion n'est ni centrale ni pédonculaire ; elle ne saurait exister qu'au point où le facial est dissocié des faisceaux moteurs des membres. De plus, l'atrophie de la langue indique forcément que la lésion siège au niveau du noyau de l'hypoglosse ou au-dessus, dans la région bulbaire par conséquent. Le professeur Revillod diagnostique sur ces données une lésion occupant le sillon qui sépare l'olive de la pyramide du côté gauche, avant l'entrecroisement, c'est-à-dire à la partie supérieure de la pyramide. Il s'agit, selon toute probabilité, d'un foyer de ramolissement limité. Mort onze jours plus tard.

L'autopsie confirme le diagnostic : en effet, la moitié gauche du bulbe affaissée montre à la coupe un ramollissement de la moitié supérieure de la pyramide gauche. Les racines de l'hypoglosse gauche étaient atrophiées, ainsi que le tronc même du nerf poursuivi jusque dans la langue.

Endartérite chronique oblitérante de la base.

A noter la dégénérescence descendante du faisceau pyramidal existant déjà jusqu'au renflement lombaire, onze jours après l'ictus apoplectique.

Du rapport de l'eczéma chronique avec l'anesthésie de la peau, par le professeur Stoukovenkoff, (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* n° 3, 1895, p. 164.)

Après quelques réflexions générales sur la connexion intime qui existe entre les fonctions trophiques et les fonctions de sensibilité, l'auteur rapporte douze observations résumées où la coïncidence de l'eczéma et de différents modes d'anesthésie est mentionnée. Dans le plus grand nombre des cas, l'anasthésie occupe les régions atteintes d'eczéma ; parfois aussi elle s'étend également aux régions saines, et réciproquement. L'anesthésie qui accompagne l'éruption se rapproche surtout de celle de l'hystérie ; dans plusieurs cas le diagnostic d'hystérie s'impose. L'auteur conclut que l'hystérie entraînant la perte de la sensibilité prépare à la production de l'eczéma un terrain favorable. Les irritations extérieures interviennent à titre d'agents provocateurs ; mais elles n'ont qu'une importance secondaire.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er octobre 1895

M. Bergeron a rendu compte, à l'Académie, de la visite qu'il a faite à Garches, où il était allé exprimer à Mme Pasteur la part que prend l'Académie au deuil qui frappe le pays.

M. Bergeron a ensuite annoncé que M. le baron Larrey est dans un état de santé alarmant.

Puis, la séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance de la Société de Chirurgie a été levée en signe de deuil.

LA MORTALITÉ AUX COLONIES

M. Lagneau, dont on connaît la compétence dans ces questions, a fait une conférence que la *France militaire* a reproduit dans ses numéros du 16 et du 17 juin, et dont nous extrayons les passages suivants, à cause de l'intérêt que leur donne leur actualité :

« A l'encontre de la France, l'Angleterre, l'Allemagne et l'Autriche publient des statistiques sanitaires sur leurs troupes de mer, et donnent des statistiques très intéressantes sur la mortalité des marins et soldats aux colonies.

« Cette constatation officielle, en permettant d'apprécier les différences énormes qu'elles présentent dans les diverses contrées, met à même d'appliquer constamment les mesures d'hygiène les plus propres à restreindre les dangers auxquels exposent les changements de climats. Elle fournit un guide sanitaire pour les expéditions dans les pays les plus insalubres, et les médecins et militaires ont remarqué la faible mortaltié des soldats anglais ayant pris part aux expéditions contre les Abyssins du négus Théodoros, contre les Achantis de la Côte-d'Or.

« En France, la statistique médicale de l'armée de terre donne d'utiles indications sur la morbidité et la mortalité de nos militaires à l'intérieur, en Algérie et en Tunisie. Mais aucune statistique officielle n'est publiée pour l'armée de mer qui, cependant, est bien autrement éprouvée par la diversité des climats, et l'on ne peut avoir des renseignements que par la publication de quelques monographies médicales.

« Malheureusement la question est très complexe. Pour apprécier exactement la nocuité de la profession militaire, il faudrait pouvoir tenir compte de la morbidité et de la mortalité, non seulement durant la présence des soldats à l'armée, mais aussi après le renvoi dans leurs foyers par suite de maladies contractées en service. A défaut de chiffres exacts et complets, il faut se contenter d'apprécier approximativement avec ceux que nous avons.

« D'après les calculs les plus exacts, la mortalité des militaires français, sur 1,000 hommes d'effectif, est la suivante :

	Pour 1,000
En France, à l'intérieur, de.....	7
En Algérie.....	11,16
En Tunisie.....	12,2
En Nouvelle-Calédonie	8,3
A la Martinique et à la Guadeloupe.	50
A la Guyanne.....	237
Au Tonkin.....	77
En Cochinchine.....	21
A la Réunion.....	29
A Madagascar (1880)	75
Au Sénégal.....	74

« Madagascar, qui nous occupe en ce moment, est d'une remarquable insalubrité. « Quel corps d'armée, a dit « M. Planchut, ne formerait-on pas avec les soldats et ma« rins qui, lentement, un par un, y sont terrassés par les « fièvres ! » M. le Dr Guiol, qui est resté quatre ans à Nossi-Bé, où trente-neuf médecins en chef ont dû se succéder en quarante ans, a constaté que la mortalité annuelle est d'environ 89 sur 1,000 civils et de 75 sur 1,000 militaires, proportions considérables si l'on tient compte que beaucoup de malades vont mourir à Maurice ou à la Réunion.

« La fièvre palustre, dit M. Corre, est formidable sur le « territoire de Madagascar; il n'en faut pas juger par les « chiffres des décès recueillis sur place, car un grand « nombre de malheureux succombent pendant les traver« sées de rapatriement, à la Réunion ou en France. »

« Madagascar, dit M. Rochard, est d'une insalubrité « égale à celle du Sénégal. » Ce n'est pas peu dire.

« Les militaires les plus éprouvés par l'habitat colonial sont ceux de l'infanterie de marine. Prenant part à toutes les expéditions en pays inconnus, occupant d'une manière plus ou moins durable les postes les plus insalubres, ces militaires trop souvent y contractent des maladies dont ils meurent soit avant, soit après leur retour en France. Selon M. le Dr Lutaud, sur 1,000 soldats d'infanterie de marine, il en meurt 18,9 en France, 31,2 à la Martinique, 34.5 à la Guadeloupe, 140,6 au Sénégal, 28,5 à la Réunion, 28,1 en Nouvelle-Calédonie, 97 en Cochinchine.

« La mortalité moyenne de ces soldats serait de 70,0 sur 1,000; celle des officiers de 90 sur 1,000.

« En nous créant des colonies nous accroissons notre importance politique et nos relations commerciales, et nous augmentons l'émigration Il en résulte une augmentation de la richesse et de la natalité.

« Mais, bannissant l'optimisme trop longtemps officiel, sachons publier ouvertement, sincèrement les documents statistiques relatifs à la morbidité et à la mortalité de nos marins, de nos troupes coloniales. Dans toute relation de campagne lointaine, d'occupation de pays conquis, après l'indication de l'effectif, doit figurer non seulement la proportion des malades et des convalescents rapatriés, mais surtout le rapport des déces aux hommes présents, la mortalité moyenne totale soit au loin, soit au retour, par le fait des maladies coloniales.

« A côté des victoires, des expéditions, des conquêtes, des acquisitions de territoires, doivent figurer les dépenses, les sacrifices, les victimes qu'elles nous coûtent. La nation, qui fournit des hommes, les Parlements qui décident de la paix ou de la guerre, les gouvernants qui ordonnent la prise de possession de telle ou telle contrée, les généraux ou amiraux qui dirigent les colonnes, sont intéressés à connaître la dîme mortuaire de chaque guerre, de chaque campagne, de chaque occupation territoriale.

« Car dans notre pays, plus riche que populeux, il importe d'être économe de vies humaines. »

LES LIVRES NOUVEAUX

Climatologie médicale de la République Argentine et des principales villes d'Amérique, par le Dr Samuel Gache, de Buenos-Ayres.

L'auteur a publié sur ce sujet un gros livre de 917 pages, qui vient donner une idée juste et consciencieuse de ce qu'est la République Argentine; c'est donc un livre nouveau, et à cet égard nous ne saurions trop féliciter le docteur Gache de la persévérance et de l habileté dont il a fait preuve en menant à bout la tâche si hardie qu'il s'était imposée.

L'ouvrage comporte quarante chapitres. Le premier est consacré à une étude d'ensemble sur l'aspect général de la République Argentine. L'article 7 étudie successivement la situation, les limites, l'étendue et la division territoriale du pays, la densité de la population, l'importance de l'immigration, la topographie et la géologie, l'orographie, l'hydrographie, la fertilité de la terre, l'élevage du bétail, les richesses minérales (sables aurifères du Chubut et de la Terre de Feu, le pétrole de Juguy, de Mendoza, du Chaco, la houille de San Raphaël, les marbres de San Luis, etc.).

Le second chapitre traite en caractères ethniques de la population, des origines de la population argentine et des différentes races qui ont peuplé ce pays jusqu'aux modifications modernes apportées par l'immigration.

Après avoir étudié, dans le chapitre III, les causes de la décadence de la race indienne et de sa disparition (variole, alcoolisme, tuberculose), et dans le quatrième chapitre le climat de la République Argentine, il consacre un long chapitre à la géographie médicale du pays et établit une comparaison de la pathologie médicale de ce pays avec la pathologie médicale de toute l'Amérique.

Le chapitre VI est consacré à l'alimentation dans la République Argentine ; le chapitre VII traite de la moyenne de la vie, de la longévité et de la mort subite dans la République Argentine. Les cinq chapitres suivants sont consacrés aux conditions climatologiques, hygiéniques de Buenos-Ayres et de sa province; toutes les villes importantes y sont étudiées, et le chercheur trouvera à cet endroit un nombre considérable de renseignements curieux et intéressants. Les chapitres suivants (XIVe à XXVIIe) sont consacrés à l'étude de la climatologie et de la pathologie des provinces de Santa-Fé, d'Entre-Rios, de Corrientès, de Cordoba, de San Luis, de Mendoza, de San Juan, de la Rioja, de Casamarca, de Santiago del Estero, de Tucuman, de Salta, de Jugny. Les chapitres XXVIII, XIX, XXX traitent du paludisme, du goitre exophtalmique et de l'alcoolisme dans la République Argentine.

L'ouvrage se termine par des considérations sur les stations climatériques et thermales de la République Argentine. Chaque localité y est étudiée avec soin et les avantages de chaque station signalée pour chaque affection susceptible d'être améliorée par ce traitement signalé avec un souci méticuleux. Le lecteur sera renseigné à ce sujet pour ce qui concernait les républiques de l'Uruguay, du Paraguay, des États-Unis, du Brésil, du Chili, de la Bolivie, du Pérou, de la Colombie, des États-Unis du Nord Amérique et du Mexique. Il trouve même d'excellents renseignements sur l'hygiène.

L'importance de ce travail le recommande aux lecteurs étrangers, soucieux de se faire une idée exacte sur ces régions si mal connues jusqu'ici. C'est l'ouvrage traitant de ces différentes questions qui a été le mieux compris, le plus travaillé et qui sera justement apprécié.

MACÉ.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Médecine navale. — Le Conseil de perfectionnement de l'Ecole principale du service de santé de la marine de Bordeaux et des trois écoles annexes de médecine navale se réunira à Paris, au ministère de la Marine, le 10 octobre, à neuf heures du matin.

Ce Conseil sera composé de MM. le contre-amiral Roustan, directeur du personnel, président; le directeur Cunéo, président du conseil supérieur de santé; le directeur Auffret, chargé de l'inspection technique de l'Ecole de Bordeaux; le sous-directeur Labrosse, chargé du bureau des corps entretenus; le médecin en chef Bourru, directeur de l'Ecole de Bordeaux; le médecin en chef Talairach, membre du conseil supérieur de santé; le médecin principal Fontan, professeur à Toulon, membre; un commis rédacteur de la direction du personnel, secrétaire.

Exercices du service de santé en campagne. — Les exercices spéciaux du service de santé en campagne auront lieu dans le gouvernement militaire de Paris du 7 au 11 octobre prochain. Les médecins de réserve et de territoriale sont invités à y assister (tenue de campagne). Les exercices sur le terrain (fonctionnement des postes de secours et des ambulances; formation des hôpitaux de campagne et d'un train d'évacuation), auront lieu à l'Hay, Bourg-la-Reine, Viesnes-les-Rungis.

La liberté de l'empoisonnement. — Sur la demande du préfet de Police, M. le ministre de l'Intérieur a examiné un produit appelé *le Tueur de microbes* et vendu en plein boulevard, comme spécifique de la bronchite, du cancer, de la diphtérie. etc. De l'analyse, il résulte que ce produit est à base d'acide sulfurique, à la dose de 3 grammes par flacon.

Le procès-verbal et le rapport du ministre ont été envoyés par le préfet de Police au procureur de la République et l'affaire a *été classée sans suite* par le Parquet, de telle sorte que les industriels — deux étrangers — continuent en toute liberté leur coupable commerce.

Le Conseil d'hygiène, saisi de cet incident, a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« Le Conseil d'hygiène, considérant que le produit appelé *le Tueur de microbes* est un liquide toxique, destiné à l'usage interne, dont les effets peuvent déterminer des accidents mortels, émet le vœu que la vente de ce produit soit interdite d'urgence en France. »

Espérons que ce vœu ne sera pas *classé sans suite.*

(*Mercredi médical.*)

Effets éloignés de l'ablation des ovaires sur l'appétit sexuel. — Le Dr Lapthorn Smith (de Montréal) rapporte la curieuse observation suivante. Une femme de vingt-cinq ans vint le consulter pour un écoulement vaginal qui, après examen, fut reconnu de nature blennorragique. Or, cette femme avait eu les deux ovaires et les trompes enlevés, il y a sept ans, par un chirurgien, pour une double affection inflammatoire de ces organes. La menstruation avait été progressivement supprimée, et depuis six ans elle était complètement disparue. Le mois dernier, elle rencontra un ancien ami et eut un rapport avec lui. Il parait que durant l'acte sexuel, elle n'éprouva jamais un plaisir aussi intense; et, d'après elle, l'extirpation des ovaires n'altère en aucune façon les sentiments de la femme envers le sexe opposé.

Cette opinion, ajoute notre confrère, n'est pas la croyance généralement adoptée; cependant il est bon de rapporter ce cas à côté de beaucoup d'autres où l'extirpation des ovaires, non seulement n'a pas suivi la perte du besoin sexuel, mais semble même l'avoir augmenté. (*Medical record*, 24 août 1895.)

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 41. L'UNION MÉDICALE 12 Octobre 1895.

SOMMAIRE

I. Mort de M. le baron Larrey.
II. De la conduite à tenir dans les présentations du siège décomplété (mode des fesses).
III. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
IV. Revue critique chirurgicale.
V. Revue de la Presse : Médecine.
VI. Revue obstétricale.
VII. Revue de neurologie.
VIII. Académie de Médecine.
IX. Héroïsme des médecins militaires de l'armée espagnole.
X. Faculté de Médecine.
XI. Échos et nouvelles.

MORT DU BARON LARREY

Chaque semaine apporte avec elle son deuil. Samedi, c'est à la mémoire de M. Pasteur que nous rendions hommage, aujourd'hui c'est à M. Larrey qu'il faut dire un dernier adieu. Il s'est éteint mardi dernier, à Bièvre, dans la retraite modeste qu'il s'y était préparée depuis quelques années déjà.

Le baron Larrey était le doyen de l'Académie de Médecine, à laquelle il appartenait depuis 1850, et l'un des membres les plus anciens de l'Académie des Sciences, qui lui avait ouvert ses portes en 1867. Il venait d'achever sa quatre-vingt-septième année ; mais l'âge avait toujours paru l'épargner, et nous admirions tous cette verte vieillesse exempte d'infirmités comme de maladies, cette activité de tous les instants, qui lui permettait de concilier ses obligations avec ses goûts, d'assister avec une exactitude militaire à toutes les cérémonies publiques, à toutes les séances des nombreuses sociétés savantes dont il faisait partie, et de fréquenter le soir les salons ou les théâtres. Il n'y a pas plus d'un an que ses forces ont commencé à décliner ; mais alors la chute a été rapide ; l'âge a repris ses droits, et la mort est venue terminer son œuvre après quelques semaines de douleurs et d'angoisses.

La carrière du baron Larrey a été heureuse et brillante. Commencée sous l'égide de son père alors à l'apogée de sa gloire, elle s'est continuée, sans entraves, grâce à son travail et à son mérite personnel. Entré à dix-huit ans à l'École de Strasbourg, il vint continuer ses études à Paris, fut reçu docteur à l'âge de vingt-quatre ans et admis comme aide-major dans le service de santé militaire. C'est en cette qualité qu'il fit sa première campagne et assista, en 1832, au siège d'Anvers. Trois ans après, il soutint avec succès les épreuves pour l'agrégation de chirurgie, et, en 1841, il fut nommé, au concours, professeur de pathologie chirurgicale à l'École du Val-de-Grâce. Il y poursuivit sa carrière jusqu'au grade de médecin-inspecteur, auquel il fut promu en 1858. Il fit en cette qualité la campagne d'Italie ; il était à côté de l'empereur à Solférino, et son cheval y fut atteint d'une balle dans la région du cou. Lorsque éclata la guerre franco-allemande, le baron Larrey fut chargé de diriger le service de santé de l'armée du Rhin. Bloqué dans Montmédy, il réussit à s'en échapper et à rentrer dans Paris où, pendant tout le siège, il remplit les fonctions de médecin en chef de l'armée investie.

Ce fut sa dernière campagne. Admis à la retraite en 1871 et nommé grand-officier de la Légion d'honneur, il entra, quelques années plus tard, dans la carrière politique, fut nommé député des Hautes-Alpes en 1877, et siégea, pendant deux législatures, sur les bancs de l'Appel au peuple.

Dans le cours de sa brillante carrière, le baron Larrey n'a connu ni les luttes ardentes qui aigrissent les caractères, ni les rivalités haineuses qui laissent dans les cœurs de douloureuses rancunes. La gloire de son père avait aplani le chemin devant lui ; aussi professait-il un culte religieux pour sa mémoire et pour celle des compagnons d'armes dont J.-D. Larrey avait partagé les triomphes et les revers. La pensée qui a dominé toute sa vie et qui a dicté tous ses travaux, c'est la volonté ferme de se montrer digne de son père, et, ne pouvant l'égaler, de ne pas démériter de lui.

Dans son petit appartement de la rue de Lille, il avait créé un musée dans lequel il conservait pieusement tous les objets qui avaient appartenu à son père, et qui l'avaient accompagné sur toutes les routes du monde, depuis les Pyramides jusqu'à Waterloo. Il n'y admettait que les fidèles qui avaient conservé comme lui l'admiration des hommes de cette époque et le culte de ces grands souvenirs. J'étais du nombre, et lorsque je lui fis hommage de mon *Histoire de la Chirurgie française*, pour me remercier de l'admiration enthousiaste avec laquelle j'avais tracé la biographie de son père, il me fit don du thermomètre historique que le chirurgien en chef de la Grande-Armée portait à sa boutonnière pendant la retraite de Russie. C'est de ce moment que datait notre intimité.

Le baron Larrey n'a jamais eu d'ennemis. Sa bonté, son extrême obligeance, son affabilité et sa courtoisie le faisaient aimer de tout le monde. Sa physionomie gracieuse, souriante et digne, inspirait

un affectueux respect. A l'Académie de Médecine, dont il ne manquait jamais une séance, il s'était fait le défenseur des prérogatives et des traditions de la savante Compagnie et, lorsqu'elle lui semblait s'écarter de sa route, il ne manquait pas de prendre la parole pour la rappeler au respect de ses règlements.

Le baron Larrey n'a laissé qu'un seul travail de longue haleine, et ce n'est pas un livre de médecine. C'est l'histoire en deux volumes de la *Mère du grand Empereur*, de Madame Mère, pour l'appeler par son nom. Il lui avait été présenté par son père en 1834. Il avait conservé de cette visite un souvenir ineffaçable et comme religieux. Il a consacré les vingt dernières années de sa vie à retracer cette existence un peu effacée, qui a passé sans s'y mêler à travers les péripéties dramatiques de l'existence de son fils, et qui est morte isolée, sans avoir profité de ses triomphes, sans avoir partagé ses illusions ni participé à ses fautes.

Le baron Larrey est mort comme il avait vécu. Il laisse, parmi tous ceux qui l'ont connu, le souvenir d'une belle intelligence et d'un noble caractère. Pour nous, ses amis, c'est un chagrin profond. Ce sera une douleur réelle de ne plus le voir au milieu de nous avec son sourire doux et affable, et sa place restera longtemps vide au sein des société savantes où il a siégé pendant tant d'années avec un zèle et une distinction qui ne se sont jamais démentis.

JULES ROCHARD.

DE LA CONDUITE A TENIR
DANS LES
PRÉSENTATIONS DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉ
(MODE DES FESSES)

Toutes les statistiques s'accordent pour dire que le pronostic de la présentation du siège est moins favorable que celle du sommet. Mais, parmi les présentations du siège, la variété de siège décomplété (mode des fesses), est, sans contredit, la plus grave, pour la mère et pour l'enfant.

En effet, pour ces cas, comme l'a bien montré M. Tarnier, les membres inférieurs, repliés le long du tronc du fœtus, empêchent les inflexions du tronc, qui sont indispensables pour l'accommodation du fœtus à la filière pelvienne. De plus, lorsque le fœtus souffre, si l'on veut intervenir rapidement, on n'a pas de prise sur le pied comme dans les cas de siège complet. Aussi tous les accoucheurs ont-ils cherché quelle était la meilleure conduite à tenir pour terminer rapidement l'accouchement. C'est ce qui explique le grand nombre d'instruments et de manœuvres qui ont été imaginés dans ce but.

Tout d'abord, on comprend facilement que les accoucheurs aient cherché à transformer la présentation du siège décomplété (mode des fesses), en siège complet, en abaissant un pied. Cette idée, du reste, n'est pas nouvelle; Mauriceau, entre autres, insistait sur ce mode de traitement; mais dans ces cas il terminait l'accouchement immédiatement : c'est ce qu'on appelle aujourd'hui l'abaissement curatif du pied.

Ahlfeld eut, le premier, l'idée de laisser l'accouchement se terminer spontanément, une fois le pied abaissé dans le vagin : c'est l'abaissement prophylactique du pied.

A côté de cette manœuvre qui paraît la plus logique, il y en a un certain nombre d'autres qui exigent l'emploi d'instruments.

En effet, nous croyons qu'il n'existe pas une manœuvre unique qui permette d'extraire l'enfant sans danger pour lui, mais qu'il faut agir différemment suivant les cas.

On peut se trouver en présence d'une femme arrivant au début du travail avec un siège au détroit supérieur. — On peut, au contraire, avoir affaire à à une femme ayant un travail déjà avancé et un siège profondément engagé. Entre ces deux cas extrêmes, il pourra s'en présenter un certain nombre d'intermédiaires.

I
SIÈGE AU-DESSUS DU DÉTROIT SUPÉRIEUR

C'est dans ce cas, croyons-nous, qu'on doit pratiquer l'abaissement du pied.

Cette manœuvre, d'après M. Pinard, comprendrait quatre temps :

Premier temps. — Introduction et placement de la main.

Deuxième temps. — Abduction artificielle de la cuisse.

Troisième temps. — Recherche et saisie du pied.

Quatrième temps. — Abaissement du pied et déflexion du membre inférieur.

Tout d'abord on doit se demander à quel moment il faut intervenir. Certains accoucheurs ne veulent intervenir qu'à la dilatation complète pour pouvoir terminer rapidement l'accouchement si l'enfant souffre.

D'autres introduisent la main dans l'utérus dès que la dilatation est suffisante; la dilatation se complète alors sous l'influence de la pression exercée par la fesse qui s'engage.

Premier temps. — La femme étant placée dans la position obstétricale, on introduit la main droite dans les S. I. D. et la main gauche dans les S. I. G.

Il faut introduire cette main *tout entière* dans l'utérus, la face palmaire regardant du côte du plan antérieur du fœtus; cette main va à la recherche du creux du jarret antérieur.

On applique alors l'index et le médius sur la face postéro-interne de la cuisse; l'annulaire et le petit doigt étant en contact avec l'abdomen de l'enfant, le pouce se place naturellement derrière l'os iliaque ou le sacrum du fœtus.

En somme, la cuisse est saisie entre l'index et le médius d'une part et le pouce d'autre part.

Deuxième temps. — L'index et le médius appuient fortement dans le creux du jarret qu'on repousse en arrière; la jambe est alors obligée de se fléchir en même temps que le genou se porte en dehors.

Troisième et quatrième temps. — Le talon vient alors heurter la face dorsale des doigts de l'opérateur et il est facile de l'accrocher, de l'abaisser et de l'engager.

Certaines difficultés cependant peuvent se rencontrer pendant cette manœuvre.

Tout d'abord, la sensibilité exagérée et spéciale à certaines femmes, l'étroitesse des organes génitaux, pourront rendre difficile l'introduction de la main. Aussi nous conseillons d'administrer du chloroforme, ce qui permettra à l'accoucheur d'opérer avec plus de sécurité.

Un autre phénomène pourra rendre la manœuvre très difficile, sinon impossible : c'est la rétraction de l'utérus.

Quand les membranes sont rompues depuis longtemps et que, par suite de contractions fréquentes et répétées, l'utérus est revenu sur le fœtus, il devient souvent très difficile de faire pénétrer la main dans la cavité de cet organe. Cette manœuvre peut même devenir dangereuse pour la mère, car on sait combien, dans certains cas, surtout chez les multipares, l'utérus se déchire facilement.

Si l'introduction de la main est parfois difficile, à plus forte raison éprouvera-t-on des difficultés pour amener la flexion de la jambe sur la cuisse. On aura beau, en effet, appuyer dans le creux poplité, l'utérus, en se rétractant sur ce fœtus, appliquera fortement la jambe sur le thorax de l'enfant et par suite, cette jambe ne pourra fléchir.

Pour remédier à cette difficulté, on devra saisir le moment où l'utérus se relâchera.

M. Potocki, dans un cas, a pu réussir à abaisser le pied en s'aidant de l'autre main placée sur la paroi abdominale. Dans un autre, M. Budin, ayant introduit sa main jusqu'au niveau du pied, a pu entraîner le membre inférieur en le faisant glisser lentement sur le plan antérieur du fœtus. Mais on ne doit pas trop insister de peur de produire des lésions utérines.

Cette manœuvre peut également être une cause de danger pour l'enfant.

En effet, si l'accoucheur intervient avant la dilatation complète et si pendant la manœuvre il entraîne le cordon, cette procidence peut mettre la vie de l'enfant en danger; dans ce cas il faut terminer l'accouchement rapidement et l'opérateur peut rencontrer de grandes difficultés au moment de l'extraction de la tête.

II

LE SIÈGE EST ENGAGÉ

Quand le degré d'engagement est très peu prononcé, on pourra encore aller chercher un pied en repoussant le siège au-dessus du détroit supérieur; mais lorsque le siège est descendu profondément dans l'excavation, cette manœuvre devient difficile, sinon impossible.

M. Pinard et ses élèves admettent que cet abaissement est presque toujours possible. Cependant, on comprend combien la main évolue difficilement dans le petit bassin quand le siège remplit presque complètement l'excavation, d'autant plus que ce sont presque toujours de gros enfants.

Enfin la manœuvre peut devenir impossible.

En effet, M. Bonnaire a mesuré avec soin les membres inférieurs du fœtus à terme, et a trouvé que la longueur de la jambe était généralement plus grande que les diamètres de l'excavation, ce qui rend l'opération problématique. Aussi, quand le siège sera engagé, on devra avoir recours à d'autres moyens. Ces moyens, quoique nombreux, peuvent se réunir en deux classes. Dans un premier cas, le siège est saisi d'un trochanter à l'autre, comme par une pince; ces conditions se remplissent par le forceps.

Les autres agissent en prenant point d'appui dans le pli de l'aine (crochets, lacs, méthodes manuelles, etc.).

M. Ollivier, dans sa thèse, a étudié ces différentes méthodes et a prouvé expérimentalement que dans les sacro-postérieurs on devait employer le forceps, et que l'on ne devait tirer sur le pli de l'aine que dans les sacro-antérieurs.

Nous allons donc examiner successivement quelle doit être la conduite de l'accoucheur dans ces deux variétés de positions :

1° Le sacrum regarde en arrière.

(S. I. G. P. et S. — I. D. P.)

On devra alors appliquer le forceps. Cette application devra être oblique par rapport au bassin, et le fœtus sera saisi d'un grand trochanter à l'autre. La prise sera bonne, car les cuisses, repliées sur le tronc, auront la forme d'un cône dont la base sera dirigée en bas; de plus, elle ne sera pas dangereuse, car les cuillers prendront point d'appui sur les membres

inférieurs. Une fois les cuillers placées, on devra faire la rotation de façon à amener le grand trochanter antérieur en contact avec le pubis; le dégagement se fera en tirant très haut, de façon à dégager la fesse postérieure.

2° Le sacrum regarde en avant.

(S. I. G. A. et S. I. D. A.).

C'est alors qu'on pourra employer les différents moyens qui consistent à tirer dans le pli de l'aine. Cette traction pourra être manuelle ou instrumentale.

Dans le premier cas, l'opérateur devra introduire l'index profondément dans le pli de l'aine antérieur. Il tirera fortement en bas pour fixer la hanche antérieure sous le pubis, puis, sans retirer l'index, avec l'autre main, il ira à la recherche de l'aine postérieure. Une fois les deux aines bien saisies, les tractions devront être dirigées horizontalement afin d'engager la fesse postérieure dans l'anneau vulvaire. Il faudra alors tirer en haut pour faire suivre au fœtus la direction de l'axe pelvi-génital.

Malheureusement, il est souvent impossible de pouvoir engager les doigts dans le pli de l'aine. Il faut avoir essayé, pour se rendre compte combien il est difficile de faire pénétrer profondément les doigts quand le siège est volumineux et remplit l'excavation; aussi l'on est souvent forcé d'avoir recours aux instruments.

Nous ne parlerons pas des crochets, qui sont dangereux pour le fœtus, puisqu'ils peuvent perforer les parties molles de l'enfant; nous ne parlerons donc que du lacs, qui est d'un usage pratique et relativement simple.

Le lacs est un lien que l'on fait passer en anse dans le pli de l'aine. Le lacs doit avoir certaines propriétés; il doit être souple et suffisamment gros pour ne pas léser les parties fœtales. On se sert généralement d'un ruban plat en coton que l'on introduit dans un tube de caoutchouc. On a ainsi un lien suffisamment résistant et élastique pour le but qu'on se propose.

On a imaginé un très grand nombre d'instruments pour passer le lacs dans le pli de l'aine de l'enfant. Les porte-lacs ont la forme de crochets et ressemblent, comme mécanisme, à une grosse sonde de Belloc. Mais le plus souvent on peut s'en passer, et avec une simple pince à pansement ou avec le doigt, on peut toujours faire pénétrer son ruban entre la cuisse et l'abdomen de l'enfant. On glisse alors l'index de l'autre main entre les cuisses du fœtus et l'on peut ainsi accrocher le lacs qui se trouve dans le pli de l'aine. On tire à soi le lien qui entraîne à sa suite son enveloppe formée par le tube de caoutchouc. Le lacs ainsi placé, on devra tirer horizontalement de façon à diriger ses tractions sur le bassin de l'enfant et non sur le fémur. On devra également s'aider du doigt introduit dans l'aine postérieure dès qu'on le pourra. Enfin, il ne faudra pas négliger de faire pratiquer l'expression utérine par un aide, ce qui rendra de grands services, comme l'a bien indiqué M. Budin.

L'on voit que l'application du lacs est une opération assez facile; mais elle offre quelques dangers, surtout quand il est appliqué dans les variétés postérieures. Les tractions se faisant en effet sur le fémur, on fracture presque forcément cet os. Mais, même bien appliqué, il peut se produire des lésions fœtales.

On a publié un certain nombre de cas de fractures du fémur et surtout des cas de sections des parties molles par la compression due au lacs. La peau est ordinairement seule intéressée; mais les muscles et les vaisseaux peuvent être également lésés, de sorte qu'on a signalé des cas de gangrène du membre inférieur. M. Bar a publié dernièrement plusieurs cas de ce genre; il a même signalé un cas d'atrophie de l'extrémité supérieure du fémur, simulant une luxation congénitale de la hanche chez un enfant né à la suite d'application du lacs.

Tout ce que nous venons de dire s'applique à des présentations du siège avec enfants vivants. Quand l'enfant est mort, le plus simple est de se servir du crochet.

En résumé, on voit que la conduite à tenir est en somme assez bien réglée, et la plupart des accoucheurs sont d'accord sur ces points: abaissement du pied quand l'engagement n'est pas trop prononcé; sinon application de forceps dans les sacro-postérieurs et tractions à l'aide du lacs dans les sacro-antérieurs.

BRINDEAU,
Interne à la Maternité.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Emploi de l'aluminium pour les ustensiles de campement. — Le paludisme à Madagascar et le respirateur de M. Henrot. — Le décret sur la vente du phosphore.

L'extrême légèreté de l'aluminium et sa malléabilité le font rechercher, depuis quelques années, pour la confection des ustensiles de l'équipement militaire. Les premiers essais ont été faits en Allemagne. En juin 1893, l'empereur fit expérimenter de petits bidons et des quarts faits avec ce métal; puis il prescrivit de confectionner les attributs du casque prussien avec un alliage à base d'aluminium. L'année suivante, il approuva un modèle de marmite de campement en aluminium norci et il montra, à l'état-major de sa garde, de nouveaux casques en bronze

d'aluminium adoptés pour l'armée. Enfin, le 30 mars 1894, une instruction ministérielle introduisit, dans la tenue de l'infanterie allemande, des modifications destinées à alléger, de près de sept kilogrammes, la charge portée par le soldat, diminution dans laquelle l'emploi de l'aluminium pour les ustensiles de campement et le casque entre pour une forte part.

En France, on s'est borné à faire des expériences jusqu'au moment où l'expédition de Madagascar vint rendre plus pressante la nécessité d'alléger l'équipement du soldat. Le ministre de la Guerre décida que le corps expéditionnaire serait muni de bidons, de gamelles et de marmites en aluminium. Ces ustensiles ont donné de bons résultats et M. Balland, pharmacien principal de l'armée, en a récemment rendu compte à l'Académie des Sciences.

Ce qui avait empêché, jusqu'ici, d'employer l'aluminium pour la confection des vases destinés à des usages alimentaires, ce n'était pas seulement son prix élevé, c'était surtout son altérabilité facile. Les liquides conservés dans des récipients en aluminium y forment des dépôts, des flocons louches ou blanchâtres qui leur donnent un air suspect. C'est là, du reste, leur seul inconvénient. Dès 1892, M. Balland avait fait à l'Hôtel des Invalides des expériences qui lui avaient prouvé que l'aluminium en contact avec le vinaigre ne perd, en quatre mois, que 0g,349 par décamètre carré et 0g,045 seulement avec la solution de sel à 5 °/₀ (1).

Plagge, médecin militaire allemand, après deux années d'expériences poursuivies au laboratoire militaire d'hygiène et de chimie de l'Institut Frédéric-Guillaume, a reconnu que les ustensiles en aluminium résistent très bien au feu, et que l'action des liquides sur ce métal, à l'état de pureté que les procédés industriels permettent de lui donner aujourd'hui, n'a pas d'inconvénients pour la santé. Lorsque les liquides renfermant du tannin forment un précipité de tannate d'aluminium dans les vases de ce métal, lorsque les eaux non distillées y produisent du silicate d'alumine, cela provient d'alliages mal combinés ou de l'impureté de l'aluminium (2).

L'innocuité de ces vases a été constatée pendant l'expédition de Madagascar. Ils offrent une résistance suffisante à l'usure, aux frottements, à l'action du feu, du liquide et des mets. Le métal en service prend une teinte moirée, mais le poids, après quatre mois, ne varie pas d'une façon sensible. Le séjour des liquides et des aliments dans les bidons et les gamelles n'est pas assez prolongé pour qu'ils puissent se charger d'une quantité notable de métal ; et d'ailleurs les composés qu'il forme avec eux sont inoffensifs.

M. Balland pense, comme Plagge, que les déceptions qu'ont pu causer au début les ustensiles en aluminium étaient dues aux impuretés du métal, que l'industrie, en perfectionnant ses procédés, a déjà atténué ces inconvénients, et qu'elle les fera complètement disparaître, en s'attachant à donner au métal une nature plus unie, plus serrée, plus homogène et une surface plus polie. Il conseille aux fabricants de renoncer au découpage à la soude, qui communique à l'aluminium une fort belle teinte mate, mais qui le pénètre inégalement, en rendant sa surface rugueuse et plus accessible aux attaques. On devra également, dans la confection des ustensiles de ménage, éviter les soudures et les agrafages avec des métaux étrangers.

— La question du paludisme à Madagascar vient de reparaître à la tribune de l'Académie de Médecine. Elle y a été portée par un de ses correspondants nationaux, le Dr H. Henrot, l'éminent hygiéniste, qui a doté la ville de Reims, dont il est maire, de tant de créations utiles à la santé publique.

Le Dr Henrot a imaginé, en 1874, un respirateur destiné à empêcher les germes infectieux de pénétrer dans les voies respiratoires. Il le présenta le 18 mars 1879 à l'Académie de Médecine. C'est un masque formé de deux compartiments dont l'un est rempli d'ouate antiseptique (1) à travers laquelle l'air est forcé de passer avant d'entrer dans la poitrine. Le Dr Henrot propose de faire porter ce respirateur à nos soldats, au moins lors de leurs pénibles travaux dans la brousse.

En 1879, il en conseillait l'emploi aux personnes que leurs fonctions retiennent dans les salles de contagieux, en temps d'épidémie. J'ai combattu sa proposition à cette époque, pour deux raisons qu'il est inutile de reproduire aujourd'hui, puisqu'il ne s'agit plus de médecins, d'étudiants ou d'infirmiers appelés à séjourner quelques heures dans des salles infectées, mais de soldats forcés de vivre dans des marais pendant des semaines et des mois, d'y marcher, d'y travailler et d'y combattre.

Je regrette bien vivement, cette fois encore, de ne pouvoir partager les idées de M. Henrot. Le masque qu'il préconise peut avoir son avantage quand il s'agit de faire une autopsie, de traverser une salle de pestiférés ou de pénétrer, comme les pompiers, dans un foyer d'incendie. Cela ne dure que peu d'instants et permet de supporter un peu de gêne respiratoire. Cette gêne est inévitable. Pour que l'ouate arrête les microbes, il faut qu'elle soit un peu tassée, et l'air

(1) Balland : Note sur l'aluminium. (*Revue du Service de l'Intendance*, 1892, t. V, page 325.)
(2) Plagge : *Deut. militär Zeit schrift*, 1892, 8. p. 329.

(1) Ce masque est décrit et figure dans l'*Hygiène industrielle*, du Dr Layet. (*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, t. VI, p. 325.)

ne la traverse alors que difficilement. Si M. Henrot avait cheminé comme nous dans les marais de Madagascar, s'il avait éprouvé l'anxiété respiratoire qu'on ressent dans cette atmosphère étouffante et sous ce soleil de feu, il serait, je crois, convaincu comme nous que le port d'un respirateur, quelque bien confectionné qu'il soit, serait impossible pour des hommes en marche, chargés d'un poids considérable, ou livrés à de rudes travaux.

La communication de M. Henrot a tout naturellement été suivie d'une discussion sur la prophylaxie du paludisme ; mais nous avons déjà traité deux fois cette question dans le journal, et le débat n'y a apporté aucun élément nouveau. Nous n'y reviendrons donc pas aujourd'hui.

— En parlant de l'important travail fait par M. Schlœsing sur le phosphore et la fabrication des allumettes, nous avons dit que ses intéressantes recherches n'avaient pas abouti parce qu'on n'a pas voulu se décider à proscrire d'une manière absolue le phosphore blanc, et à le remplacer par le phosphore rouge, dans la fabrication des allumettes, ainsi que M. Tardieu le demandait déjà en 1856, ainsi que l'Académie de Médecine en a émis le vœu sur la proposition de M. Brouardel, le 4 décembre 1888, et, plus récemment encore, sur celle de M. Magitot. C'est le seul moyen, il ne faut pas se lasser de le redire, de prévenir la nécrose phosphorée, les empoisonnements, et de rendre les incendies plus rares.

En disant que le rapport de M. Schlœsing n'avait pas produit de résultat pratique, je suis allé trop loin. Il en est sorti un long décret qui n'a pas moins de vingt articles sur la fabrication, l'emmagasinement et la vente du phosphore. Ce décret, essentiellement fiscal, n'intéresse l'hygiène que d'une façon très indirecte, et nous ne nous y arrêterons pas.

Jules Rochard.

REVUE CRITIQUE CHIRURGICALE

Commençons cette revue par l'analyse d'un article publié dans le *Lyon Médical* du 11 août 1895, et dû à la plume de M. Jaboulay. Il a pour titre les effets de la **résection des condyles du maxillaire inférieur sur la situation de la rangée dentaire et la forme du menton.** Nous connaissons de longue date l'esprit ingénieux de ce chirurgien de Lyon, qui éclaire de temps en temps de ses opérations hardies le service de clinique de M. Poncet. Aujourd'hui, M. Jaboulay remédie à l'atrophie relative du maxillaire supérieur, et à l'hypertrophie du maxillaire inférieur par la résection des condyles. En ce faisant, il arrive, d'après une observation du moins, à mettre en rapport les deux rangées dentaires inférieure et supérieure, ce qui permet la mastication des aliments solides et rend la parole plus aisée.

M. Jaboulay s'appuie du reste sur des raisons anatomiques. En effet, nous dit-il, la branche montante fait un angle obtus ouvert en haut et en avant avec la branche horizontale, et le condyle terminal est bien en arrière de l'angle du maxillaire inférieur. D'autre part, les fractures d'un condyle provoquent ce recul avec torsion du menton de son côté. Enfin l'expérimentation sur le cadavre me démontra surabondamment ce dont j'étais déjà sûr pour diverses raisons. La résection unilatérale recule le menton et les dents, mais en outre produit un mouvement de torsion de son côté, la résection bilatérale amène un recul d'ensemble et symétrique.

Le résultat sur le malade de M. Jaboulay a été des plus satisfaisants.

Comment doit-on pratiquer cette résection. L'auteur préconise l'incision longitudinale parallèle au bord postérieur du condyle, n'allant en bas que juste au niveau du condyle. Cette incision n'est pas dangereuse comme celle en T et ne risque pas d'intéresser le facial.

Cette incision doit être petite, aussi M. Jaboulay propose-t-il, pour enlever le condyle, de le trépaner à l'aide d'un fin trépan.

Avant de passer à l'examen des travaux étrangers, citons encore une revue sur le traitement de l'**hydrocèle vaginale**, écrite par M. Flœrsheim, interne des hôpitaux, et parue dans le *Journal des Praticiens* du 17 août 1895. L'auteur y examine tous les procédés mis en usage pour combattre cet épanchement, en donnant à chacun la valeur qu'il réclame. Nous ne nous permettrons une petite critique qu'au sujet de la thérapeutique par l'injection iodée. M. Flœrsheim répète avec tous les auteurs que l'injection qui est employée ordinairement est celle indiquée par Nicaise, c'est-à-dire une solution de 25 grammes de teinture d'iode dans 35 grammes d'eau distillée avec un peu d'iodure de potassium. Nous ne pouvons, avec le professeur Duplay, que nous élever contre cette manière de faire. La teinture d'iode doit être injecté pure dans la tunique vaginale, et doit y séjourner cinq minutes, montre en main ; après quoi le contenu de la vaginale doit être évacué aussi complètement que possible. C'est de cette façon seule qu'on évite des récidives, et c'est cette seule méthode qui doit être comparée dans ses résultats avec ceux de l'opération sanglante.

Dans la littérature étrangère, nous trouvons des mémoires intéressants, notamment dans les *Annals of Surgery*, juillet 1895, celui de Mayo Robson : le

traitement du spina bifida par l'opération plastique. L'auteur relate tous les cas de spina bifida qu'il a opérés de 1882 à 1893 et qui s'élèvent à vingt. Il a obtenu quinze guérisons opératoires et dans six cas il donne les résultats éloignés (de six mois à sept ans) qui sont bons.

Presque tous les cas peuvent être traités par l'incision de tout ou partie du sac. Quant à la discussion de l'intervention elle-même, il faut, pour la résoudre, avoir soin de diviser les spina bifida en trois grandes classes :

1° Ceux qui n'exigent aucune opération : par exemple, lorsque le sac est petit et bien protégé par les téguments épaissis ;

2° Ceux qui ne relèvent d'aucune intervention : telles les fissures qui occupent une grande partie de la colonne vertébrale, et les cas compliqués d'hydrocéphalie ou de paraplégie ;

3° Ceux enfin qui relèvent de l'intervention : α) les méningocèles, que l'ouverture du canal vertébral soit grande ou petite ; β) les spina dans lesquels la peau est amincie et transparente ; γ) les spina avec expansions nerveuses (moelle ou nerfs).

L'opération consiste à disséquer des lambeaux cutanés, à réséquer le sac, à disséquer de la face interne les expansions nerveuses qui peuvent s'y trouver et à leur faire réintégrer le canal rachidien.

On sait même qu'on est allé plus loin et qu'on a fermé le canal rachidien soit par une ostéoplastie, soit à l'aide d'une plaque de celluloïde stérilisé.

Nous relevons dans les *Archiv. für Klini. Chirurg.* un travail de M. Bier, sur la **suture circulaire de l'intestin.**

L'auteur fait d'abord remarquer qu'on a peut-être accusé à tort les sutures de Lembert et de Lembert-Czerny de méfaits dont elles ne sont pas coupables, et qu'on est parti de là pour y faire des modifications ou pour en inventer de nouvelles. Eh bien, d'après les expériences de M. Bier sur les animaux et d'après les résultats de ses opérations sur l'homme, il n'existe pas pour l'intestin de procédé plus simple et à la fois plus sûr que celui de Lembert.

Chez l'homme, peut-être même les résultats seraient-ils meilleurs que chez les animaux. L'auteur a mis quinze fois cette suture en usage pour des résections circulaires de l'intestin, et il n'a eu que deux morts, dont une sur un malade opéré en pleine péritonite. Cinq fois il s'agissait de hernie étranglée avec gangrène, et, à ce propos, M. Bier fait remarquer qu'il préfère l'entérectomie secondaire, dans ce cas, à l'entérectomie primitive, aussi commence-t-il par faire d'abord un anus contre nature et pratiquer la résection intestinale avec enterorraphie les jours suivants.

L'auteur donne son procédé ; il vante l'aiguille de Hagedorn, commence la suture à l'attache mésentérique, puis au point opposé, et ensuite fait les points intermédiaires.

Outre la séreuse, il faut prendre la musculaire pour que le fil ne déchire pas les tissus. On peut ainsi faire une suture circulaire de l'intestin en vingt-cinq minutes, et, dans ces conditions, il conclut qu'il n'y a pas à chercher ailleurs, et que l'enterorraphie circulaire est supérieure au bouton de Murphy et aux plaques de Jenn. C'est peut-être conclure d'une façon absolue, car il est certain que l'application du bouton de Murphy demande moins de temps, et que tous les chirurgiens ne sont pas susceptibles de terminer une suture circulaire de l'intestin en vingt-cinq minutes, surtout s'il s'agit de réunir une section de l'intestin grêle à une section du gros intestin.

Disons un mot maintenant de la chirurgie des tendons. M. Kraske, dans le *Centralblatt* du 15 juin, s'est occupé de la **luxation des tendons latéraux** ; c'est, comme le fait remarquer l'auteur, un accident rare.

D'après les recherches faites sur le cadavre, elle a lieu toujours lorsque le pied, en légère supination et en flexion plantaire, se trouve ramené en extension et en abduction par une traction brusque exercée sur les muscles péroniers. Elle est le résultat de la contraction musculaire lorsque le pied, menacé, de se renverser en dedans, est ramené à sa situation normale par une violente contraction des muscles du mollet. C'est ce que l'on observe quelquefois dans la danse.

En même temps que la luxation des tendons, il se fait une déchirure des gaines tendineuses et aponévrotiques. Il faut, d'ailleurs, qu'un défaut de profondeur de la gouttière rétro-malléolaire préexiste et joue le rôle de cause prédisposante.

Si le diagnostic de la lésion est facile, son traitement est moins aisé. Le plus souvent, cette lésion est à répétition et on ne peut en obtenir la guérison par de simples appareils contentifs. Il faut absolument recourir à une intervention opératoire.

Jusqu'ici on a fait soit la ténotomie des tendons péroniers, soit l'approfondissement artificiel de la gouttière rétro-malléolaire. Or ce qui est le plus essentiel, c'est de reconstituer une bride pour les tendons. Le périoste de la malléole n'est pas assez résistant pour jouer ce rôle : il faut, avec lui, relever une mince lamelle osseuse et l'on peut ainsi constituer un moyen de contention suffisant pour les tendons.

Ainsi, dans un cas de luxation habituelle des tendons péroniers remontant à trois mois, M. Kraske

détacha un lambeau ostéopériostique rectangulaire et fixa le bord libre de ce lambeau aux tissus recouvrant le calcanéum, la surface périostée étant tournée en dedans. Au bout de trois semaines la guérison était complète. La bride ainsi formée maintenait parfaitement les tendons, tout en respectant leurs mouvements normaux.

Si l'on ne pouvait emprunter à la malléole externe ce lambeau ostéopériostique, on pourrait chercher à le tailler aux dépens de la face externe du calcanéum.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

L'hydrothérapie dans la chorée. — L'emploi de l'hydrothérapie est rationnel dans la chorée, et, dans une thèse récente, le Dr A. Changeux a réuni un certain nombre de documents relatifs à son usage.

La réfrigération a une grande action sur les nerfs moteurs. Dans sa thèse d'agrégation, notre maître, M. le Dr Labadie-Lagrave, a cité les expériences de Waller, Rosenthal, Eulenbourg, sur ce sujet. Après l'application d'un morceau de glace sur le cubital, au niveau du coude, Waller a noté des phénomènes d'excitation dans les muscles innervés par ce nerf; il se produirait ensuite une abolition de la contractilité dans les mêmes muscles, due à l'affaiblissement de l'excitabilité des fibres motrices du cubital. Richardson a pu immobiliser le diaphragme en refroidissant le phrénique.

D'autre part, il est certain que le froid agit sur la moelle. C'est ainsi que Weir Mitchell et Richardson, en faisant directement des pulvérisations d'éther de façon à refroidir la moelle de la grenouille, ont obtenu d'abord des phénomènes d'excitation et ensuite une résolution complète des membres. Du reste, les pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale ont été employées dans la chorée.

L'hydrothérapie est un des meilleurs sédatifs. Elle réagit contre l'insomnie qui est habituelle dans la chorée et procure souvent au malade un sommeil calme et réparateur. Enfin, le bain froid est un toxique et un stimulant de la nutrition, et on sait que, chez les choréiques, l'anémie est presque la règle et se montre parfois très persistante.

On a employé, dans la chorée, les bains, les douches et le drap mouillé.

Les bains froids ont été préconisés par Dupuytren, Constant, etc. Ils rendent de grands services dans les chorées graves, alors que les autres médicaments ont échoué.

On procédera suivant la méthode de Brand, mais en élevant un peu la température. On pourrait employer chez les enfants au-dessous de huit ans des bains à 25° et en abaisser plus ou moins la température selon l'impressionnabilité du malade. La durée de l'immersion ne devra pas dépasser dix minutes.

L'efficacité des douches est certainement moins grande que celle des bains. Le plus ordinairement, on conseille la douche froide en jet sur la colonne vertébrale; on peut, avec Comby, l'associer à la douche en pluie. La température de l'eau sera de 8 à 10°, et la durée de la douche très courte, dix secondes à un quart de minute au plus.

L'enveloppement par le drap mouillé a été préconisé par Joffroy, qui l'associe au chloral dans les chorées graves avec usure des téguments, agitation incessante. On doit employer l'eau très froide à 10 ou 12° et faire deux applications par jour, matin et soir. Le drap est trempé, puis modérément exprimé et étendu sur un matelas recouvert d'une toile cirée. Le malade est alors entouré avec le drap mouillé et frictionné vigoureusement de la tête aux pieds. Après une ou deux minutes, dès que le patient commence à se réchauffer, sans enlever le drap, on enroule l'enfant plusieurs fois dans une couverture de laine, en ne laissant que la tête à découvert. Habituellement, il se produit un grand bien-être, et souvent un sommeil presque immédiat est obtenu. Ce traitement est plus supportable que le bain froid pour les enfants, plus facilement applicable.

On pourrait penser que l'hydrothérapie est contre-indiquée en cas de lésion cardiaque; il n'en est rien, et chez l'enfant, le myocarde est presque toujours assez fort pour suffire à sa tâche.

Le cidre et le poiré en santé et en maladie. — Le Dr Sap est un Normand; comme tel il défend sa boisson nationale, le cidre, contre les préventions dont elle est l'objet. Pour lui, il ne faut pas employer comme boisson habituelle le cidre pur jus, mais le cidre faible contenant 5 degrés d'alcool au plus. Le mélange de l'eau au cidre doit du reste être fait non au moment où on le boit, mais pendant la fabrication, avant la fermentation. La boisson ainsi obtenue est alimentaire parce qu'elle contient un peu d'alcool et quelques autres principes utiles (sucre, tannin, sels); elle est hygiénique parce qu'elle est bue pure sans addition d'une eau qui pourrait être cause de maladies infectieuses, la fermentation ayant eu pour effet de purifier l'eau de dilution. Le cidre préserve de la diathèse urique, et les grands buveurs de cidre n'ont ni la goutte, ni la gravelle, ni la pierre. Même absorbé en grande quantité, il ne détermine pas les désordres organiques et psychiques qui constituent l'alcoolisme.

Le cidre est indiqué dans certaines maladies; il guérit les diathèses urique et arthritique, il calme la soif des fébricitants et des polydepsiques autant et plus que les autres liquides employés; il apaise certains vomissements.

Le Dr Aury préconise ainsi le cidre comme topique. Appliqué chaud sur les ulcères atoniques, et variqueux, il agirait comme détersif et cicatrisant et guérirait aussi promptement que les autres topiques en usage.

Chacun sait qu'après la fermentation tumultueuse, mais lorsque le cidre est encore doux, il est à la fois diurétique et laxatif.

Le Dr Aury donne le mode de préparation des cidres médicinaux, de cidroles, de cidrolatures. Tous ou presque tous les médicaments qui entrent dans la préparation des vins médicinaux peuvent être dissous dans le cidre, et notre confrère a employé avec toute satisfaction les cidroles d'absinthe; chalybé au sulfate de fer; de colombo, de gentiane, de quinine, de sable; diurétique de la Charité; antiscorbutique.

De même le vinaigre de cidre est aussi apte que celui de vin à contenir les substances que l'on confie à ce dernier; la facilité de la fabrication, le bon marché et la pureté doivent le faire préférer à l'acide pyroligneux, souvent impur et malsain, du commerce. On a accusé le cidre de favoriser la carie dentaire, et chacun a pu voir que les jolies bouches des jeunes Normandes sont souvent déparées par le manque d'une ou plusieurs dents. Pour notre confrère, le cidre ne joue aucun rôle dans la production de la carie. Il fait remarquer que d'après les documents fournis par les médecins militaires, sur le nombre des conscrits exemptés pour mauvaises dents, on trouve un minimum dans la Bretagne et un maximum dans la Dordogne où on ne boit que du vin. Pour lui, les régions de la France où ont pénétré les Kimris, au VIIe siècle avant notre ère, présentent une disposition à la destruction rapide des dents en même temps que d'autres caractères distinctifs de race.

Le poiré renferme à peu près autant d'alcool que le cidre; il en diffère surtout par son acidité qui est souvent double, triple, quadruple même. L'action médicamenteuse du poiré est celle du cidre à égalité de fermentation, mais elle est plus forte. Dans les maladies de peau anciennes, il amène parfois un état aigu comparable à la poussée déterminée par les eaux sulfureuses.

Actuellement, la plupart des poirés porés, c'est-à-dire ceux dont la fermentation est achevée, sont acides et astringents.

Le cidre, le poiré servent à obtenir des eaux-de-vie dont les bouilleurs de cru inondent la Normandie et qui sont connues sous le nom de Calvados. Nous ne pouvons être de l'avis du Dr Aury lorsqu'il recommande ces produits. Riches en alcools supérieurs, de nombreuses expériences l'ont prouvé, ils offrent les mêmes dangers que les alcools mal rectifiés et sont, comme eux, à interdire.

REVUE OBSTÉTRICALE

La symphyséotomie est une opération dont les différents chapitres sont encore à l'étude, aussi les discussions qui ont eu lieu à son sujet au Congrès de Bordeaux doivent intéresser les praticiens au plus haut point.

Au point de vue des indications, on peut se trouver en présence de deux cas : ou bien c'est une femme à terme qui vient consulter le médecin alors qu'elle est en travail, où bien c'est une femme qu'on a pu suivre dès le début de sa grossesse.

Dans le premier cas, si le bassin est modérément rétréci, le forceps ou la version peuvent rendre de grands services. Si, au contraire le rétrécissement est trop prononcé, il faut avoir recours à la symphyséotomie.

Quand, au contraire, la femme vient consulter pendant sa grossesse, on pourra hésiter dans certains cas entre la symphyséotomie à terme et l'accouchement prématuré.

D'après certains auteurs, et en particulier, M. Budin, on doit demander l'avis de la mère avant de se décider.

Enfin, il existe des bassins qui sont sur la limite de la césarienne et de la symphyséotomie.

M. Lefour, de Bordeaux, est venu donner son avis sur ces cas particuliers. Pour lui, l'accouchement prématuré combiné à la symphyséotomie rendra de grands services. Il rapporte deux observations venant à l'appui de son opinion. La première a trait à l'histoire d'une femme rachitique dont le diamètre promonto-pubien minimum était de 6 centimètres 1/4. Il provoqua l'accouchement à huit mois et la symphyséotomie lui permit d'extraire un enfant vivant et viable.

Dans la seconde, le bassin était un peu plus grand, le diamètre promonto-pubien minimum, mesurait en effet 6 centimètres 3/4 environ. Dans ce cas encore, la combinaison de l'accouchement provoqué à huit mois et de la symphyséotomie permit d'avoir un enfant vivant.

M. Lefour est d'avis d'appliquer le forceps obliquement, par rapport à la tête, pour ne pas gêner le passage de la bosse pariétale antérieure entre l'intervalle des deux pubis.

Le mode opératoire étant bien connu, les discussions ont été très brèves sur ce sujet.

Il n'en est pas de même du mode de contention du rapprochement des pubis après la symphyséotomie. M. Tarnier est venu présenter un appareil fort ingénieux pour maintenir ce rapprochement. Bandages, pelotes et appareil à plaques métallurgiques, sont, pour lui, des moyens défectueux. L'appareil de l'auteur se compose d'un bandage de corps en toile caoutchoutée imperméable, à chaque extrémité duquel est fixé un bâton; ces bâtons sont fixés à des liens qui s'entrecroisent au-dessus du plan du lit et qui sont fixés au-dessus de la malade par une extension continue au moyen de poulie et de poids. Le bassin de la malade se trouve ainsi moulé pour ainsi dire par la ceinture, et la pression exercée sur le bassin est modérée et continue.

Enfin, certains accoucheurs sont venus rapporter quelques cas de complications dues à cette opération. Les complications immédiates sont surtout la suppuration de la plaie, l'hémorragie, les déchirures de la vessie et de l'urèthre.

Parmi les complications secondaires, la non consolidation de la symphyse est la plus importante. Elle amène à sa suite de l'impotence fonctionnelle et des douleurs lombaires, mais quelquefois cependant, elle peut n'être suivie d'aucun inconvénient.

La note juste, croyons-nous, a été donnée par M. Tarnier, qui proteste contre la prétendue bénignité de cette opération. Il compare les statistiques qui donnent 8,6 % de mort (Pinard) dans la symphyséotomie et 9 % dans la césarienne; au contraire, l'accouchement prématuré n'a donné aucune mort sur 116 cas entre les mains de M. Tarnier. Aussi ses conclusions sont que dans les bassins très rétrécis la symphyséotomie est indiquée, et que dans les bassins modérément rétrécis il faut provoquer l'accouchement en s'aidant du forceps s'il y a lieu.

Parmi les autres observations intéressantes qui ont été mentionnées, il faut citer les cas de tumeur osseuse du bassin signalés par M. Chamberlent. Ces tumeurs sont en effet très rares et ont un pronostic très grave. Dans le cas de M. Chamberlent on fut obligé d'avoir recours à la basiotripsie, quoique la tumeur ne fût guère plus grosse qu'une mandarine.

Ces tumeurs peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. C'est ainsi que M. Budin cite le cas d'une femme pour laquelle on avait fait le diagnostic de tumeur osseuse du bassin. Examinée sous le chloroforme, l'auteur put alors constater que cette tumeur ne faisait pas partie du bassin, mais qu'elle prenait son point d'appui sur la face postérieure de l'utérus; c'était un fibrôme calcifié qu'il a suffi de remonter au-dessus du détroit supérieur pour que la tête s'engage et que l'accouchement se fasse spontanément. On comprend que le pronostic soit beaucoup moins grave dans ces cas.

REVUE DE NEUROLOGIE

Hématomyélie du cône terminal, par F. Raymond (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 3, 1895, p. 149).

Homme de trente-cinq ans, maçon, se présente à l'hôpital avec constipation opiniâtre, incontinence d'urine, anesthésie des muqueuses uréthrale et rectale, en outre, anesthésie cutanée occupant symétriquement la région cruro-fessière, s'étendant au périnée, au pourtour de l'anus, au scrotum et à la verge. Dans l'étendue des membres inférieurs, sauf la région indiquée, la sensibilité est normale. Les réflexes rotuliens sont diminués. Au point de vue génital, le malade est affaibli, mais le coït est possible. Motilité parfaite, pas d'atrophie musculaire.

L'affection actuelle date du mois d'août 1893; elle a débuté soudainement pendant que le malade était courbé, en train de ramasser des fruits sous un arbre, par une violente douleur à la région lombaire, avec chute et perte de connaissance.

Le syndrôme décrit plus haut correspond exactement aux lésions du centre ano-vésical, à la base du cône terminal. L'auteur se prononce pour le siège intra-spinal de celle-ci, bien qu'une altération intra-rachidienne des nerfs de la vessie et du rectum, ainsi que des nerfs petits-sciatiques et honteux-internes puisse reproduire le même tableau. Mais il est inadmissible qu'une lésion brutale, se manifestant d'une façon soudaine comme dans le cas présent, produise des altérations névritiques à ce point symétriques et électives. La marche des accidents cadre au contraire avec la localisation dans le cône terminal, d'où partent les troisième et quatrième nerfs sacrés (allant à la vessie et au rectum par le plexus hypogastrique) et dans lequel cheminent les origines spinales des nerfs petit-sciatique et honteux-interne.

Oppenheim a observé un cas exactement semblable; à l'autopsie du malade, on trouva un foyer d'hématomyélie limitée au cône terminal, avec intégrité des nerfs de la queue de cheval.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 octobre 1895

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. le baron Larrey.

M. le baron Larrey ayant été président de l'Académie de Médecine, suivant l'usage, la séance est levée en signe de deuil.

Concours. — Le jury de l'Externat est composé de MM. Varnier, Wurtz, L. Guinon, Morel-Lavallée, Dalché, Legueu, Sebileau, Faure.

HÉROÏSME DES MÉDECINS MILITAIRES

DE L'ARMÉE ESPAGNOLE A CUBA

Les médecins militaires de l'armée espagnole, à Cuba, ont donné, à plusieurs reprises, de beaux exemples d'héroïsme. Dans une action à Cacao, une colonne espagnole, forte de trois cents hommes, fut attaquée par une force ennemie, de beaucoup supérieure en nombre, et dut battre en retraite. Cette colonne fut si vivement pressée que les blessés seraient tombés entre les mains de l'ennemi si le Dr Urbano Ordd, avec quarante hommes, ne les avaient vaillamment défendus sous un feu violent. Il réussit à les faire échapper, mais il fut si grièvement blessé qu'il mourut des suites de sa blessure. Un autre médecin militaire, le Dr Marcial Capdevila, a déployé la plus grande valeur dans la bataille de Paralejo, soignant les blessés sous un feu des plus meurtriers, et avec un tel dévouement et un tel zèle que quatre-vingt-neuf blessés furent pansés entre onze heures du soir et trois heures du matin. Bien que beaucoup de blessures fussent graves, deux hommes seulement moururent. Ces exemples de dévouement ne sont nullement isolés, et un des principaux organes politiques espagnols, *El Imparcial*, dit qu'il n'y pas eu d'action importante, dans cette guerre, sans que les médecins militaires s'y distinguent par leur conduite héroïque sur le champ de bataille. Ils ont été également intrépides en face des dangers des maladies infectieuses, et notamment de la fièvre jaune, à laquelle plusieurs d'entre eux ont succombé. *(British Medical Journal.)*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1er TRIMESTRE DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-96

Inscriptions, consignations et travaux pratiques

I. — *Inscriptions.*

Le registre d'inscriptions sera ouvert le 11 octobre. — Il sera clos le 9 novembre, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de 1re année. (Voir l'affiche spéciale);

2° inscriptions de 2e, 3e et 4e années, du 11 octobre au 9 novembre 1895 (excepté les lundis et mardis).

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, deux jours 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.

II. — *Consignations pour examens.*

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 7 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que le 7 et le 8 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1895.

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 étudiants en cours irréguliers d'études;

3° Les docteurs français;

4° 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'étudiants, pour l'année scolaire 1859-96, seront délivrées contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté : 1° au moment de la prise de l'inscription par les étudiants entrant en 2e, 3e ou 4e année; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie feront coller la photographie au verso de cette carte, — qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 4, les lundi ou mardi, de midi à 3 heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

EXERCICES DE DISSECTION

Sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques.

1° *Elèves de l'ancien régime.*

(Inscrits avant le 1er octobre 1895.)

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 à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à 4 heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le 14 octobre.

Les élèves qui prennent part à ces démonstrations sont invités à se faire délivrer la 5e inscription, s'ils veulent conserver leur place et être admis à l'examen d'ostéologie.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du 11 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures.

Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

a) Les étudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques;

b) Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et 3e années; les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont desséqué 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, 2e et 3e années (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique);

2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter :

1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté (5e inscription pour 2e année, 9e inscription pour 3e année, inscriptions prises aux dates indiquées par l'affiche spéciale du 1er trimestre 1895-1896).

2° La quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

2° *Elèves du nouveau régime*

(Inscrits à partir du 1er octobre 1895.)

Les élèves de 1re année (nouveau régime) doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils seront appelés à prendre part aux démonstrations d'ostéologie, d'après l'ordre de la prise de la 1re inscription.

Ces élèves ne se feront pas inscrire à l'Ecole pratique : ils recevront une lettre de convocation individuelle.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Florance (médecin militaire) est nommé officier de la Légion d'honneur. — M. le Dr Tournier (médecin militaire) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Sont nommés officiers de l'Instruction publique : MM. les Drs Bruel (de Moulins); Douet (d'Angers), Lambling (de Lille), Pojolat (de Clermont-Ferrand).

M. le Dr Morel (du Puy) est nommé chevalier du Mérite agricole.

Concours. — Le jury de l'Internat est provisoirement constitué de la manière suivante : MM. Lancereaux, Jaccoud, Sevestre, Lermoyez, Segond, Rochard, Lannelongue, Bonnaire, Tarnier, Michaux.

— Le jury du concours pour la nomination à deux places d'anatomie à l'amphithéâtre de Clamart, est composé de MM. Farabeuf, Quénu, Blum, Walther et Gilles de la Tourette.

Faculté de Médecine de Paris. — *Examen :* Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris a décidé que le service des examens serait repris pour l'année universitaire 1895-1896 : pour les premiers examens de doctorat, le lundi 14 octobre 1895; pour les autres examens, le lundi 21 octobre 1895.

Corps de santé militaire (armée active). — Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Delorme et Strauss.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Fluteau, Davignon et Vaunié.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Laydeker, Villedary et Hermantier.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Lespinasse, Millière, Habert, Beigneux, Michel et Cavalier-Benezet.

École de médecine navale de Bordeaux. — Liste par ordre de mérite des étudiants en médecine et en pharmacie nommés après concours, élèves du service de santé de la marine à l'École de Bordeaux :

Médecine. — 1. Joncour (J.-M.). — 2. Stephan (P.-A.). — 3. Cartron (H.-M.-A.). — 4. Jacquin (L.-E.). — 5. Grange (C.). — 6. Nedellec (T.-P.-M.). — 7. Creen (L.-M.). — 8. Oudard (P.-A.). — 9. Lebaupin (A.-J.). — 10. Broquet (C.). — 11. Hédie (F.-A.). — 12. Vivie (A.). — 13. Honorat (L.-J.-F.). — 14. Fourgous (L.-J.). — 15. Moulinier (P.-R.). — 16. Munier (L.-L.). — 17. Briand (F.-P.). — 18. Puysségur (B.-F.-M.). — 19. Mornu (J.-C.). — 20. Thibeault (E.-J.-A.-J.). — 21. Pin (C.-E.-F.-C.). — 22. Guillemain (L.-A.). — 23. Georges E.). — 24. Cavazza (L.-B.). 25. Bouillet (L.-J.-M.). — 26. Le Coniac (H.-J.-C.). — 27. Lasserre (J.-R.-R.). — 28. Guibaud (M.-P.). — 29. Mongie (P.-L.). — 30. Thébaud (A.) — 31. Rousseau (M.-P.-E.). — 32. Laurenti (P.-E.). — 33. Loro (H.-A.). — 34. Roufflandis (V.-A.). — 35. Lartigue (J.-J.). — 36. Mouillac (M.-A.-J. — 37. Sambuc (E.-C.). — 38. Revault (G.). — 39. Vallet (A.-L.-M.). — 40. Baillif (L.-J.-A.). — 41. Kerambrun (F.) — 42. Aubert (P.). — 43. Violle (R.-E.-J.). — 44. Champeyroux (B.). — 45, 46 et 47 *ex æquo*. Revel (L.-M.-J.-C.), Audiau (F.), Normet (L.-T.).

Pharmacie. — 1. Lambert (G.-A.J.). — 2. Perdrigeat (A.-C.). — 3. Gueit (L.-V.-J.).

Le nombre des élèves à admettre à l'école de Bordeaux en 1895 avait été fixé à 45; mais les candidats qui occupent sur la liste de classement général les 45e, 46e et 47e rangs, réunissent un même nombre de points, ont été admis tous les trois, ce qui porte à 47 l'effectif de la promotion.

Ces jeunes gens devront être rendus à l'École de Bordeaux, cours Saint-Jean, le lundi 21 octobre 1895, avant midi.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. G. Caussade : Pathogénie des néphrites aiguës.
II. Feuilleton.
III. Sur le rachitisme. (Revue de Presse.)
IV. Revue de la Presse médicale française et étrangère.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Société de Chirurgie ; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VI. Échos et nouvelles.

PATHOGÉNIE DES NÉPHRITES AIGUËS [1]

Par G. CAUSSADE,
Ancien Interne des Hôpitaux.

I

HISTORIQUE

Les travaux modernes bactériologiques et expérimentaux ont apporté une large contribution à l'étude des néphrites aiguës et pénétré en grande partie leur essence et leur nature. D'autre part, les recherches purement anatomiques de Recklinghausen (2), de Waldeyer et Klebs (3), de Litten (4), d'Eberth (5), d'autre part les expériences de Fischer (de Breslau), de Markwald (1), de Connheim (2), de Marix (3), de Grawitz (4), et les études bactériologiques et cliniques de M. Bouchard (5) et de Kannenberg (6), ont contribué à déterminer le rôle des micro-organismes dans la production des néphrites. Tandis que les premiers auteurs ne se sont attachés qu'à des considérations purement histologiques, les seconds ont cherché à résoudre, au moyen de l'expérimentation, la solution du problème pathogénique des néphrites aiguës. Tantôt par l'injection de produits putrides, renfermant des micro-organismes, ils réalisaient des altérations rénales au sein desquelles on retrouvait les micro-organismes injectés ; tantôt, à la suite de l'inoculation de schyzomicètes, de levures et de moisissures dans la circulation sanguine, ils constataient le passage de ces divers éléments dans les urines. MM. Bouchard et Kannenberg, en s'appuyant sur la triple constatation des micro-organismes dans le sang, le rein et les urines, ont établi la relation étroite de cause à effet qui existe entre l'élimination microbienne et les lésions rénales.

(1) Du *Manuel de Médecine* de MM. Debove-Achard, tome VI, *Maladies du foie et des reins*, nous avons extrait ce chapitre, qui offre un certain intérêt, et qui se trouve à l'ordre du jour. Au moment où nous l'avons écrit, le mémoire de von Kalden (*Beitrage für pathologischen Anatomie und Allgemeine Pathologie*, XI, V, t. IV) n'avait pas encore paru. Nous sommes heureux de constater que cet auteur, après des recherches nombreuses, arrive à une conception des néphrites aiguës à peu près identique à la nôtre, et que ses travaux confirment la plupart de nos opinions.

(2) Micrococcen Colonien in metast. Herden. (*Phys. med. gest.*, t. II, Wurzburg.)

(3) Path. Anat. der wundinfectionkrankheiten. (*Virchow's Arch.*, 40.)

(4) Mycosische Nierenerkrankung. (*Zeitschr. für klin. Méd.*, Bd. p. 452.)

(5) *Virchows's Arch.*; 1873, Bd. LVII.

(1) Anat. Berträge für Lehre von den Pocken. Breslau, 1875.

(2) Cohneim, Allgemeine Pathologie, 1877.

(3) Thèse de Paris, 1872.

(4) Ueber die Schimmel-Vegetationen in thierischem Organismus, etc. (*Virchow's Arch.*, Bd. LXXXI.)

(5) Congrès de Londres, 1880.

(6) Ueber Nephritis bei acuten Infections krankenheiten, etc. (*Virchow's Arch.*, Bd. LXXXI.)

FEUILLETON

Un cas de réforme embarrassant.

Je lis ceci dans un journal, sous la rubrique *Nouvelles militaires :* « Le cavalier de deuxième classe Max Lebaudy a été ramené de Rouen au Val-de-Grâce, où il est soigné pour une bronchite, à la salle 26, une des salles réservées aux fiévreux. Le richissime tringlot occupe le lit n° 9. Il garde, paraît-il, constamment le lit et paraît très affaibli. Rien ne sera décidé à son sujet avant le retour du Dr Madamet, inspecteur du service de santé militaire, médecin en chef du Val-de-Grâce. » Le même journal, commentant ce fait en un court article plein de bon sens, résume ainsi la situation : « ... Si ce jeune soldat est sous le coup de la phtisie, qu'on le réforme ; et s'il se porte bien, qu'on le remette à cheval. Mais pour cela le Val-de-Grâce était inutile ; l'hôpital de Rouen suffisait ». Il est impossible de mieux dire.

Calmez les craintes que ce début aurait pu vous faire concevoir. Je n'ai point le dessein de discuter cliniquement ici cette stupéfiante question Lebaudy, qui a déjà fait couler tant d'encre inutile, et dont le public se serait depuis longtemps lassé s'il n'y avait jamais prêté la moindre attention. Mais le public, moins badaud et moins naïf qu'on ne le suppose, se soucie infiniment peu d'une chose de si minime importance, et peu lui chaut qu'on prenne à l'égard du troupier dont il s'agit telle ou telle décision. Ni la gloire, ni le succès de nos armes, ni le salut de la patrie n'en dépendent, Dieu merci. Le bruit mené autour de cette affaire reste tout de même intéressant parce qu'il caractérise l'époque où elle a été soulevée, et qu'il y a, entre la cause et l'effet, un manque de proportion dont on ne retrouverait d'exemple qu'en remontant aux âges de décadence où les empereurs convoquaient le Sénat à rendre un décret sur le choix ou la confection d'une sauce.

La montagne en travail n'accouchait que d'une souris, c'est vrai, mais du moins elle accouchait ; tandis que dans ce grand tapage rien ne peut sortir. Car que sert de s'exciter sur la formidable fortune d'un particulier, sur l'exis-

Les travaux de MM. Wyssokowisch (1), Cornil et Berlioz (2), Enriquez (3), ont apporté une large contribution à l'histoire pathogénique des néphrites aiguës. Enfin M. Albarran (4) a donné la preuve du rôle prépondérant des micro-organismes dans les néphrites ascendantes, consécutives aux infections des voies urinaires.

En résumé, ces auteurs ont montré comment, au cours des maladies microbiennes générales et locales, le parenchyme rénal peut se laisser envahir par des micro-organismes divers, soit par la voie descendante, sanguine, soit par la voie ascendante, par les voies urinaires.

II

DU RÔLE DES MICRO-ORGANISMES, DE LEURS TOXINES, DES PRODUITS ORGANIQUES, ANIMAUX, VÉGÉTAUX DANS LE DÉTERMINISME DES NÉPHRITES AIGUËS. — HYPOTHÈSES SUR L'INFLUENCE DU FROID, DES DERMATOSES, DES BRULURES.

Dans le premier moment des découvertes bactériologiques, on a exagéré l'action des micro-organismes : on a mis sur le compte du passage des microbes pathogènes à travers le filtre rénal tous les troubles qui apparaissent au cours d'une maladie infectieuse aiguë. Mais il a été démontré (5) que les micro-organismes ne franchissaient jamais les membranes saines, et que leur passage à travers le rein indiquait son altération et constituait une complication. Cette loi doit être acceptée comme généralement vraie, bien que de nouvelles expériences puissent faire admettre que certains micro-organismes peuvent s'insinuer à travers les epithéliums intacts [rein (1), intestin (2), placenta (3)], et franchir, sans les altérer, les barrières naturelles de l'organisme.

Aussi, n'est-ce que dans des conditions déterminées que la néphrite microbienne est réalisée. En tout cas, les constatations anatomiques qui ont décelé la présence des micro-organismes dans les reins atteints de néphrites aiguës, et les recherches histo-bactériologiques qui ont établi l'existence de ces micro-organismes à la fois dans les lésions rénales et les urines, prouvent suffisamment leur action nocive directe sur les épithéliums rénaux. C'est ainsi que le bacille de la fièvre typhoïde a été trouvé dans les néphrites typhoïdiques, que le pneumocoque de Talamon Fraenkel (4), les streptcocoques ont été décelés tantôt seulement dans les reins atteints de néphrite pneumonique et érysipélateuse, tantôt dans les reins et dans les urines à la fois. Le coli-bacille a été constaté par MM. Achard et Renault dans les reins d'une femme atteinte de néphrite gravidique (5).

Quoique MM. Chantemesse et Widal, Ribbert et Berlioz et d'autres auteurs n'aient pu découvrir que très rarement la présence de micro-organismes au

(1) *Koch's und Pfluger's Zeitschrift für Hyg.*, 1886, Bd. I, n° 45.

(2) CORNIL et BERLIOZ : Exp. sur l'empoisonnement par les bacilles du jéquirity (*Arch. de physiol.*, 1883, p. 414); — BERLIOZ (Thèse de Paris, 1887).

(3) ENRIQUEZ : Contribution à l'étude bactériologique des néphites infectieuses. (Thèse de Paris, 1892.) Dans cette thèse, on trouvera l'historique complet de la question et la relation de nombreuses expériences personnelles sur le mode de filtration des micro-organismes à travers les epitheliums des reins.

(4) ALBARRAN : Étude sur le rein des urinaires. (Thèse de Paris, 1889.)

(5) WYSSOKOWITCH : *Loc. cit.*; — BERLIOZ : Thèse de Paris, 1887.

(1) ENRIQUEZ : Soc. de Biologie, 1891, p. 776.

(2) DOBROKLONSKY : *Arch. de méd. exp.*, 1890, p. 253.

(3) KOUBASOFF : Acad. des Sciences, 1885.

(4) FAULHABERT : Ziegler's allg. Path., 1851.

(5) ACHARD et RENAULT (Soc. de Biol., 12 déc. 1851), et RENAULT (Thèse de Paris, 1893) : « Cette néphrite gravidique paraît bien avoir été produite par voie sanguine et non par voie ascen-

---

tence qu'il mène, sur les taureaux qu'il fait estoquer ou les chevaux qu'il fait courir, puisque rien de tout cela n'est une suffisante prophylaxie de la tuberculose et que les palais même des princes n'en sont pas défendus ? Un jeune homme cent fois millionnaire peut devenir phtisique tout comme un pauvre, sinon plus qu'un pauvre.

Mais si, pour la masse, la réforme ou le maintien au service du dit cavalier n'offre aucune espèce d'intérêt, si l'agitation dont on entoure ce fait est tout artificielle, les circonstances qui l'accompagnent lui donnent, pour nous médecins, une portée qu'il n'aurait pas sans cela. Des confrères pour lesquels nous avons plus que de l'estime et plus que de la sympathie, les médecins de l'armée, se trouvent mis en cause ; la presse ne se prive pas de faire intervenir le corps de santé militaire dans un débat où il n'a que faire et, quelques protestations de respect et de haute confiance dont elle fasse montre à son sujet, il est regrettable, à mon humble avis, qu'elle formule, ne fût-ce que pour les repousser, certains soupçons mal déguisés.

Il n'y a pas à le nier : il est exceptionnel que la mise en réforme d'un soldat soit l'objet de tant d'hésitations, de tergiversations sans fin et peut-être sans excuses. Le cas n'a certainement pas de précédent. Cette exception ne se justifierait même pas sans l'hypothèse, improbable d'ailleurs, d'une extrême et très spéciale difficulté, parce que, après tout, une erreur, dans quelque sens qu'elle soit commise, n'entrainerait pas de conséquences graves, à plus forte raison irrémédiables. Réformer, une fois par hasard, un homme bien portant, ne porterait aucune atteinte à la force de l'armée ; maintenir dans les rangs un malade, assez peu malade pour qu'on ait de la peine à décider s'il l'est, ne lui causerait pas de préjudice sérieux, et l'on serait bien à temps de le rendre à la vie de convalescent qu'il menait avant son entrée au corps, le jour où son affection, de latente deviendrait manifeste et se traduirait par des signes et des symptômes évidents et saisissables.

Donc les médecins n'ont pas pu se trouver en présence d'une insoluble difficulté, et il faut nécessairement qu'il y ait une autre raison à une si étrange anomalie. Plusieurs suppositions peuvent être faites.

La première, la plus simple et presque la plus naturelle, c'est que nos confrères de Rouen n'ont pas osé, pour des

niveau des lésions rénales, le rôle de ces derniers dans la production des néphrites ne fait pas de doute. Les résultats divers et contradictoires obtenus par les auteurs au sujet de la présence ou de l'absence des micro-organismes dans certaines néphrites aiguës de nature microbienne exigent, pour être compris, quelques considérations générales.

Il faut tenir compte, quand les néphrites sont produites par des micro-organismes, de la nature de l'agent infectieux, de sa quantité (septicémie), de sa virulence, de la durée de l'infection, de la résistance du sujet et des altérations plus ou moins prononcées que présente le rein au moment de l'infection. Mais, tout d'abord, il faut prendre en considération l'affinité plus ou moins grande du sang vis-à-vis de certains microbes pathogènes. Cette affinité est peu marquée pour le bacille d'Eberth, plus accusée pour le pneumocoque, et surtout prononcée pour le streptocoque et les staphylocoques. Aussi, ces derniers sont-ils, d'une manière relative, plus fréquemment constatés dans certaines néphrites aiguës, même dans les néphrites observées au cours de la fièvre typhoïde et de la scarlatine; dans ce cas, ils ont agi à côté de l'infection générale et à titre d'infection secondaire; c'est aussi à titre d'agent infectieux surajouté que le coli-bacille détermine des néphrites dans la fièvre typhoïde (1).

Quoi qu'il en soit, dans les néphrites aiguës, quand les micro-organismes, charriés par le sang, sont affectés au niveau du filtre rénal, ils s'y comportent chacun d'une manière différente.

Le pneumocoque frappe le rein en une seule fois et laisse évoluer la néphrite sans persister au niveau des lésions qu'il a engendrées. Si l'infection pneumococcique, au lieu d'être cantonnée dans le poumon, est généralisée, l'élément infectieux agit d'une manière intense; il semble avoir une virulence plus grande, il se répartit dans tout le parenchyme, dont il paraît entretenir les altérations; il y conserve toute son activité; son élimination est plus lente. Tel est le cas rapporté par M. Claisse (1); son observation concerne une infection suraiguë accompagnée de purpura généralisé et de néphrite.

Si l'inflammation est circonscrite, les micro-organismes continuent à pulluler dans des foyers localisés et, dans ce cas on peut trouver les microbes pathogènes dans le reins et les urines longtemps après le début de la maladie (deuxième, troisième septenaire de la fièvre typhoïde (2). Telle est en général l'évolution du bacille typhique dans les néphrites aiguës : il semble limiter son action et il s'élimine lentement.

Dans d'autres circonstances l'infection agit à doses intensives, la mort arrive rapidement; à l'autopsie les lésions sont diffuses, les épithéliums et l'appareil vasculaire (glomérules, artères, veines), sont uniformément envahis par les micro-organismes (érysipèle (3).

— Le streptocoque et les staphylocoques sont de préférence les agents de ces infections, et suivant le degré de virulence qu'ils possèdent au niveau du foyer d'où ils sont partis, ils se collectent en masse, créent des abcès (abcès miliaires), provoquent des

dante, car les voies urinaires inférieures étaient intactes et le coli-bacille existait dans les vaisseaux thrombosés du rein, où il fut recueilli six heures après la mort. On connaît d'ailleurs plusieurs faits de néphrite primitive dans lesquels le coli-bacille a été constaté dans les urines. — Fernet et Papillon (Soc. méd. des hôpitaux, 23 déc. 1892); Jeanselme (*Gaz. hebdomadaire*, 1893, p. 280.)

(1) Louis Guinon : *Revue des mal. de l'enfance*, déc. 1892. — Chantemesse et Widal : Soc. méd. des hôpit., 30 déc. 1892.

(1) Claisse : *Arch. de Méd. exp.*, n° 3, 1er mai 1891.
(2) Enriquez : *Loc. cit.*
(3) Achalme : *Loc. cit.*

---

motifs extra-médicaux, dont le détail importe peu, prendre la responsabilité d'une décision ferme, et qu'ils ont trouvé plus commode de s'en décharger au détriment de leurs camarades de Paris. Je m'empresse d'ajouter que cette hypothèse ne tient pas debout, mais il fallait la formuler pour avoir le moyen d'en démontrer la fausseté.

Au point de vue de la réforme, les médecins militaires n'ont aucune responsabilité effective, puisqu'ils n'ont aucune part d'action dans les décisions qui interviennent. A divers degrés de la hiérarchie, leur rôle, en ces sortes d'affaires est différent, mais toujours restreint. Les uns, ayant reconnu chez un des hommes de leur régiment une cause d'inaptitude au service, proposent cet homme pour la réforme et, sur leur proposition, le malade est présenté à la Commission spéciale. Les autres, adjoints à cette commission, à titre d'experts, vérifient le diagnostic de leur subordonné, le confirment s'il y a lieu et formulent un avis dont la Commission, composée uniquement d'officiers combattants, tient le compte qu'elle veut. Les médecins éclairent les membres de cette Commission, expriment devant eux une opinion, mais ils ne l'appuient pas de leur vote. Les cas ne sont pas absolument rares où la Commission, qui est souveraine, rend des jugements opposés à l'avis des médecins. Où donc est la responsabilité que ceux-ci n'oseraient encourir? et qui ne voit combien ils sont à l'aise pour agir et parler dans toute la sincérité de leur conscience. Comment seraient-ils accessibles à la crainte de heurter le sentiment public ou à de viles complaisances pour la richesse, puisque le jugement qui heurterait ce sentiment ou qui se plierait à ces complaisances, ce n'est pas eux qui le rendent et qu'ils n'y participent pas?

Je pourrais ajouter, les connaissant bien, que si le règlement, moins jaloux de ne leur laisser qu'un minimum d'initiative et de droits, leur avait donné une part plus grande et plus effective de responsabilité, s'il la leur avait même imposée tout entière, ce qui n'aurait rien d'illogique, *loin de là*, ils la porteraient allègrement, en hommes capables de leur tâche et égaux à leur situation. Mais je préfère m'en tenir aux arguments de pure raison qui précèdent et qui valent, en l'espèce, plus que les raisons de sentiment.

suppurations localisées ou des lésions de néphrites diffuses. Des recherches comparatives instituées par MM. Lannelongue et Achard (1), il résulte que les lésions rénales obtenues avec ces deux sortes de microbes, diffèrent en ce que celles du streptocoque ne présentent ni la même fréquence ni la même intensité que celles des staphylocoques.

Enfin, par suite d'altérations antérieures du rein et de troubles généraux amenant un ralentissement dans la circulation sanguine, les micro-organismes ont de la tendance à s'incruster, en quelque sorte, et à proliférer au niveau des reins. Dans ces cas, des micro-organismes, mêmes atténués, déposés dans le rein par le sang, ont le temps de proliférer sur place et de provoquer autour d'eux des réactions inflammatoires plus ou moins circonscrites. Suivant l'importance des lésions, les micro-organismes s'éliminеront et disparaîtront plus ou moins rapidement du parenchyme rénal.

Depuis quelques années, la théorie purement parasitaire a perdu du terrain. MM. Roux et Yersin (2), pour la diphtérie, MM. Vaillant et Vincent pour le tétanos (3), ont démontré que le bacille de Klebs-Lœffler et celui de Nicolaïer, localisés, le premier, au niveau d'une fausse membrane, le second au niveau d'une plaie suppurante, sécrètent chacun une toxine que l'analyse chimique a rapprochée des diastases. Diphtérie et tétanos sont des intoxications : poison diphtérique, poison tétanique provoquent la plupart des manifestations morbides et des altérations (4) qu'on observe au cours de ces maladies. Il en est de même du bacille virgule de Koch qui cultive en anaérobiose dans l'intestin. La toxine qu'il sécrète, éliminée par les reins, existe dans les urines. M. Bouchard, en inoculant ces dernières à un lapin, a reproduit expérimentalement l'ensemble symptômatique du choléra.

D'autre part, MM. Chantemesse et Widal ont provoqué des néphrites en inoculant à des animaux des cultures de bacilles d'Eberth débarrassés des micro-organismes.

Tous ces faits contribuent à établir le rôle que jouent les toxines microbiennes dans le déterminisme de certaines néphrites aiguës. D'ailleurs, s'il faut d'autres preuves de leur action destructive sur le rein, on peut les trouver, et celles-ci irréfutables, dans les expériences thérapeutiques qui ont été faites avec la tuberculine de Koch ; elles ont démontré chez des sujets soumis au traitement antituberculeux la sensibilité exquise du parenchyme rénal pour ces poisons. Avec eux, MM. Arloing, Grancher et Enriquez ont pu déterminer expérimentalement de véritables néphrites diffuses analogues à celle que produit la cantharide.

Dans les urines de malades atteints de scarlatine et d'érysipèle, il existe des toxines (1) et il semble probable qu'en passant à travers le rein elles doivent l'altérer. S'il n'existe pas de preuves expérimentales pour faire admettre cette action des poisons scarlatineux sur le filtre rénal, les examens histo-bactériologiques de nombreux reins atteints de néphrite scarlatineuse apportent un appoint indirect à la théorie qui considère la plupart des manifestations de la scarlatine comme étant de nature toxique (2). Ces examens ont décélé rarement la présence du streptocoque ; par contre, le plus souvent, comme

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1891.
(2) *Ibid.*, 1888-1889.
(3) *Ibid.*, janvier 1891.
(4) Hallion et Enriquez : Sclérose rénale produite par l'inoculation à un singe de toxine diphtérique. (*Bull. Méd.*, 1894.)

(1) Griffiths : Académie des Sciences, 1891-1892.
(2) Bergé : Thèse de Paris 1895. *Pathogénie de la scarlatine.*

Si ce ne sont pas les médecins militaires qui ont hésité sur la décision à prendre, ce ne peut être que les militaires eux-mêmes qui ont reculé devant elle. Car de deux choses l'une : ou les médecins jugeant M. Lebaudy malade ont proposé pour lui la réforme, mesure que l'autorité trouvait intempestive ; ou les médecins jugeaient M. Lebaudy bien portant, alors que l'autorité le jugeait souffrant et désirait s'en défaire. Peu importent les causes de la divergence de vues. Je me défends absolument de vouloir suggérer la moindre insinuation. Cela n'aurait aucun intérêt pour la cause que je soutiens, et ne pourrait la servir en rien. Je m'en tiens donc au fait brutal, et c'est contre lui que je m'élève, parce que je le trouve douloureux et blâmable.

Quant à sa réalité, je pense que personne, à la réflexion, ne la mettrait sérieusement en doute, étant donné ce simple dilemme : que le cavalier Lebaudy, reconnu indemne de toute tare organique par la Commission, d'accord avec les médecins, eût été, dès longtemps, purement et simplement maintenu au corps ; que, reconnu atteint d'une maladie incompatible avec le service par la Commission, d'accord avec les médecins, il eût été, dès longtemps aussi, purement et simplement réformé.

Par conséquent, il y a eu désaccord, dans un sens ou dans l'autre. Jusque-là, rien qui ne soit correct. Voici où commencent les fautes, et je vais dire mon avis à ce sujet, avec toute la réserve que comporte une question de ce genre, réserve que tout le monde voudra bien comprendre, j'en suis persuadé.

Le seul fait d'une différence d'appréciation entre les médecins et la Commission n'était pas de nature à faire évacuer de Rouen sur Paris le soldat objet du litige. On devine à quels résultats on arriverait si les milliers d'hommes qui sont réformés chaque année entraînaient une pareille complication.

Je suis donc amené à supposer que dans le cas qui nous occupe, l'autorité militaire éprouvait quelque embarras à ne point se conformer à l'avis de nos confrères. Peut-être avait-on espéré qu'ils formuleraient cet avis dans le sens qu'on désirait ; peut-être leur a-t-on exprimé ce désir, et devant leur irréductibilité s'est-on décidé à chercher ailleurs des hommes, — je ne dis pas plus malléables, on

dans la néphrite de l'érysipèle, on constate des lésions sans aucun micro-organisme. Bien plus, il semble prouvé aujourd'hui que le streptocoque par ses toxines, est la cause des érythèmes, du purpura et des éruptions de la scarlatine.

On peut donc conclure que nombre de néphrites scarlatineuses ou d'origine streptococcique sont de nature toxique.

La présence de micro-organismes en quantité considérable dans le rein ne suffit pas, d'ailleurs, à déterminer des néphrites, et dans les faits relatifs au charbon (1), au bacille tuberculeux de Koch (2) et au streptocoque (3), il est facile de constater l'intégrité parfaite des épithéliums à côté de l'infection microbienne des vaisseaux ou des glomérules de la totalité du rein. Il semble, en effet, que si les agents infectieux n'ont pas eu le temps de sécréter leur toxine, par suite de la rapidité avec laquelle l'infection générale a amené la mort, les cellules épithéliales n'ont pu s'en imprégner et subir des altérations plus ou moins profondes.

Mais il semble parfois qu'une action double, microbienne et toxique, exerce son influence même sur le rein, comme cela paraît avoir lieu dans certaines néphrites de la scarlatine et de la diphtérie.

En résumé, il y a donc lieu d'admettre, au point de vue pathogénique, l'existence de néphrites de nature *microbienne* [mono ou poly-microbienne, association de bacilles d'Eberth et de pneumocoques avec des staphylocoques ou des streptocoques (4)], de néphrites *toxiques* et *toxi-microbiennes*. Les néphrites toxiques sont de beaucoup les plus nombreuses.

Ces néphrites toxiques peuvent, à la rigueur, comprendre quelques-uns des cas décrits sous le nom d'albuminurie fébrile. Considérée comme produite par des altérations de la crase sanguine, ou par l'anoxhémie, ou par les modifications de la pression sanguine (augmentation ou diminution), ou par l'hyperthermie, l'albuminurie du début des pyrexies paraît plutôt être l'expression de troubles vaso-moteurs avec altérations cellulaires consécutives plus ou moins considérables; ces troubles seraient déterminés par les toxines engendrées par la maladie générale. Cette pathogénie de l'albuminurie fébrile peut expliquer l'évolution de ces néphrites, dites passagères (Brault), ou abortives (Leyden, Eckstein), et leur présence avec une fièvre modérée ou leur absence malgré une haute température.

Toxines microbiennes, produits excrémentiels d'origine animale sont assimilables par les désordres qu'ils provoquent au milieu du rein. La tyrosine, la leucine, la créatinine, la xanthine, l'hypoxanthine, injectées tous les deux ou trois jours, pendant un mois, à la dose de un à deux centimètres cubes, sont irritants pour la substance rénale (1). Ces expériences nous autorisent à admettre que les auto-

(1) Straus : *Le charbon*, Paris, 1887.

(2) Durand-Fardel : *Archives de physiologie*, 1887.

(3) Widal : « Streptococcie », du *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. I, p. 569. — Infection streptococcique sanguine des reins d'un fœtus chez une femme infectée par le streptocoque.

(4) On peut admettre aussi la substitution d'un micro-organisme banal à l'élément pathogène ou l'envahissement du rein par des saprophytes au cours d'une infection générale. (Chantemesse et Widal, Soc. méd. des hôp., 30 déc. 1892. Néphrite infectieuse par coli-bacilles, complication de la fièvre typhoïde.) — Les observations de néphrites aiguës par coli-bacilles semblent se multiplier aujourd'hui : Fernet et Papillon. Soc. méd. des hôp., 23 déc. 1892; Achard et Renault, Soc. de biologie, 1891, p. 831 (néphrite gravidique); Jeanselme (*Gaz. hebd.*, 1893, p. 280). Le coli-bacille peut donc envahir le rein par la voie uretérale et par la voie sanguine.

(1) Gaucher : *Revue de médecine*, 1888.

---

ne les trouverait pas — mais à qui l'examen du sujet suggérerait une opinion différente. C'est cette tendance non déguisée à considérer les médecins comme un moyen de se tirer de certains cas difficiles, de les employer à titre d'expédient rusé dans la solution de situations litigieuses, que je trouve vraiment déplorable. Nous ne sommes pas faits pour cela.

J'admets que dans certaines circonstances nous nous prêtions à ce jeu, non par complaisance, mais par bonté. Un officier par exemple, est sous le coup d'une retraite d'office pour fautes graves ou répétées dans le service. On ne veut plus le garder dans l'armée, mais, par bienveillance, esprit de camaraderie, on est soucieux de voiler les vrais motifs de la mesure qui s'impose, et de déguiser la mise à la retraite sous l'apparence d'une question de santé. Je ne vois aucun mal à ce que nous nous fassions alors les complices d'un acte de pitié et que nous inscrivions sur un certificat de pure complaisance, un diagnostic fictif. Cela c'est de la miséricorde, et elle est sainte.

Mais c'est la limite qu'on a pas le droit de nous demander de franchir, et en deçà de laquelle nous avons le strict devoir de nous tenir. On essaierait d'ailleurs, en vain de nous entraîner au delà. L'envoi de M. Lebaudy au Val-de-Grâce me semble en être la preuve bien nette.

Quelles qu'en soient d'ailleurs les motifs avoués ou secrets, cette mesure est mauvaise. Elle ne peut que jeter le discrédit sur le corps de santé, ou sur l'armée elle-même, à moins que ce ne soit sur les deux à la fois. Elle démontre, en tous cas, une sorte de défiance fâcheuse et injustifiée de l'autorité militaire contre le personnel médical, défiance qui s'est traduite par d'autres manifestations et qui a amené des résultats dont il est à peine besoin de faire mention, alors que se déroulent encore les dernières phases de l'expédition contre les Hovas. Cette défiance serait malheureusement de nature à amener, le cas échéant, de bien autres désastres.

Elle a comme conséquence actuelle et particulière, d'avoir donné au fait le plus banal et le plus insignifiant, un développement et une importance ridicules; d'avoir autorisé de déplorables suspicions et fourni un argument sérieux, au moins en apparence, à certaines revendications, un aliment à certaines haines.

intoxications peuvent produire des néphrites. D'ailleurs, depuis plusieurs années, on a reconnu l'existence de lésions épithéliales internes dans les reins au cours de l'ictère grave (1), et on a observé de véritables néphrites (2) qui sont causées probablement par les toxines ou les produits de désassimilation incomplètement détruits par le foie altéré ; de plus, dans ces temps derniers, des expérimentateurs ont provoqué des inflammations aiguës, soit en posant une ligature sur le canal cholédoque (3), soit en déterminant une obstruction progressive de la veine porte (4). Il est probable que des toxines d'origine organique doivent jouer un rôle analogue dans la production de la néphrite gravidique. Il est rare de trouver des micro-organismes dans cette dernière, et, jusqu'à un certain point, on peut incriminer une toxine que l'on retrouverait dans les urines des femmes enceintes (Doléris).

(La fin au prochain numéro.)

SUR LE RACHITISME

(REVUE DE PRESSE)

Le rachitisme s'accompagne parfois de phénomènes nerveux, et Szego, Kassowitz, admettent que le laryngospasme, la tétanie, le hoquet spasmodique, le nystagnus, que l'on peut observer chez les nourrissons, sont les manifestations d'un rachitisme évident ou latent.

Szego a étudié spécialement le laryngospasme. Tantôt il ne s'étend qu'aux dilatateurs ou aux constricteurs de la glotte, tantôt les deux groupes de muscles sont simultanément atteints. Il est rare de voir le spasme inspiratoire être complet ; il s'ensuit que l'air peut encore passer à travers la glotte rétrécie ; au contraire, le spasme expiratoire est habituellement total, de telle sorte qu'il crée des dangers beaucoup plus grands.

C'est le plus habituellement pendant que l'enfant pleure que se montre le spasme de la glotte. Si le cas est léger, on entend une expiration prolongée, suivie d'une inspiration sifflante pendant laquelle il est possible à une petite quantité d'air d'entrer dans les poumons. Peu à peu, les expirations suivantes deviennent de moins en moins spasmodiques et l'oxygénation du sang se fait de nouveau normalement. Dans des cas plus graves, le spasme expiratoire est complet ; il y a alors une phase d'apnée pendant laquelle l'acide carbonique s'accumule dans le sang ; consécutivement on observe soit un commencement d'apoplexie, soit une attaque de convulsions. Dans les expirations suivantes, le spasme disparaît peu à peu comme dans les cas légers. Enfin, s'il y a un spasme inspiratoire à la suite du spasme expiratoire, le cas devient fort grave, et si le spasme ne cesse pas rapidement, la mort peut survenir par apoplexie ou au milieu d'une attaque de convulsions.

Le spasme inspirateur isolé offre les mêmes particularités que le spasme expiratoire seul.

Ces trois formes de laryngospasmes s'observent habituellement chez les rachitiques. L'auteur en distingue un laryngospasme chronique qui se montre lorsque le bébé tète et consiste en une inspiration spasmodique se produisant indépendamment des mouvements de la déglutition.

Comby a réuni 1,400 cas de rachitisme. Il a re-

(1) Decaudin : Thèse de Paris, 1878.
(2) Richardière : *Semaine médicale*, 1890.
(3) Monzo et Ughetti : Congrès de Rome, 19 mars et 9 avril 1894.
(4) Alonzo et Pawlow : *Semaine médicale*, 1894, p. 74.

Déclarer à la face du pays qu'un soldat — un seul — ne peut être valablement examiné que dans le premier hôpital militaire de France, et par le directeur même de cet hôpital, c'est un défi à la conscience publique, c'est presque une injure au corps de santé et à toute l'armée.

Dans toute autre condition, qu'on eût ou non, réformé ce soldat, c'était la dernière chose dont le bon sens du pays se fût soucié.

Questions d'honoraires. — M. F..., représentant de commerce à Paris, avait de 1883 à 1886, reçu les soins du Dr X..., qui lui avait fait payer un honoraire de 5 fr. par chaque visite. En 1886, M. F... dut subir une grave opération et eut recours, à cet effet, à un médecin en renom, lequel fixa ses honoraires à 2.000 fr. A la suite de cette opération, M. X... fit à M. F... soixante dix-sept visites, pour lesquelles il réclama 770 fr., soit 10 fr. par visite. M. F... s'est refusé à payer cette somme, en invoquant la convention antérieure sur le prix de 5 fr., intervenue entre son médecin et lui, ajoutant que sa situation de fortune ne lui permettait pas de payer 10 fr. pour une visite.

Le tribunal civil de la Seine a rendu le jugement suivant (7e chambre, février 1894) :

« Attendu que, suivant exploit du 24 mai 1892, X... a assigné F... en paiement d'une somme de 1,665 fr. pour soins médicaux ;

« Attendu que sur cette réclamation, F... n'élève aucune contestation en ce qui concerne une somme de 895 fr. ;

« Attendu que la contestation porte seulement sur soixante dix-sept visites comptées à 10 fr., que F... prétend ne devoir être payées que 5 fr. comme les autres ;

« Mais attendu que ces visites faites consécutivement à une opération grave, pratiquée par le Dr M..., ont nécessité de la part de X... des soins particuliers ;

« Attendu qu'en tenant compte de la situation de F..., il y a lieu de fixer à 1.490 fr. la somme totale par lui due à X... ;

« Par ces motifs,

« Condamne F... à payer à X.. la somme de 1.490 fr., montant des causes sus-énoncées avec les intérêts de droit, et le condamne aux dépens. »

---

connu des manifestations convulsives dans le dizième des cas. En Allemagne, Henoch a relevé le spasme glottique sur les deux tiers des enfants atteints de rachitisme. Ce dernier est cependant fréquent à Paris, tandis que le spasme de la glotte y est rare.

Comby rattache le rachitisme, dans une certaine mesure, à des auto-intoxications. Mircoli, dont nous trouvons le travail analysé dans le *Courrier médical*, a soutenu que les lésions du rachitisme, notamment celles qui envahissent les os, sont le fait d'une infection staphylococcique. Chez les lapins, les traumatismes portant sur les surfaces articulaires, donnent lieu à une ostéomyélite rappelant les accidents du rachitisme. L'injection de substances pyogènes a déterminé chez les animaux, ou bien une ostéomyélite purulente vulgaire au niveau des épiphyses, avec ou sans hypertrophie cartilagineuse ou encore une ostéomyélite non suppurée avec hypertrophie du cartilage, vasoformation, hyperplasie conjonctive, en même temps que ces lapins manifestaient tous les signes d'une cachexie rachitique. Dix-huit fois sur douze, Mircoli a rencontré dans la bouche des nouveau-nés et sur le mamelon des nourrices, du streptocoque et du staphylocoque en abondance. L'infection serait donc d'origine gastro-intestinale et porterait sur les tissus osseux et nerveux de moindre résistance.

Pour Chaumier aussi, il s'agirait d'une maladie infectieuse. Le rachitisme peut, en effet, être épidémique, on l'observe souvent dans les agglomérations d'enfants, dans les mêmes maisons ou les mêmes familles. Le microbe n'est pas le staphylocoque doré, comme l'a dit Mircoli et, actuellement, il est encore inconnu. En fait, le rachitisme est une maladie contagieuse dont les germes, très résistants, se conservent dans les habitations, d'où les cas en apparence héréditaires. Naturellement, Chaumier n'admet pas de relations entre le rachitisme et les accidents nerveux de l'enfance.

— M. Lazard a publié dans le *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles* un cas curieux de déformation rachitique des phalanges. Il s'agissait d'un enfant âgé de deux ans, cachectique, présentant des foyers de broncho-pneumonie dans les deux poumons et dont tous les doigts des deux mains étaient moniliformes. Chaque doigt était composé de trois segments séparés par des étranglements correspondent aux interlignes articulaires. En même temps, il existait un thorax rachitique. Cette déformation des phalanges avait été à peine indiquée par Guersant, qui n'en avait pas donné la description.

Le rachitisme congénital est fort rare. M. Bar en a cependant présenté un cas à la Société médico-chirurgicale. Les membres étaient incurvés comme ceux du chien basset et la tête complètement asymétrique. L'enfant n'avait vécu que quelques minutes.

Pour Schwarz-Wœller, on ne doit admettre comme authentiques en fait de cas de rachitisme intra-utérin, que ceux dans lesquels l'examen histologique a révélé les lésions caractéristiques. Quelquefois on trouve des saillies épiphysaires notables sans qu'il y ait d'hypertrophie de la zone d'ossification. Il ne s'agit pas là de rachitisme, et, pour l'auteur, les altérations osseuses peuvent être dues, alors, à l'existence de nombreux circulaires du cordon autour des extrémités du fœtus.

On peut aussi observer le rachitisme tardif. C'est ainsi que M. Pollosson a montré à la Société des Sciences médicales de Lyon une enfant de treize ans atteinte de rachitisme ayant débuté à douze ans et deux mois, et caractérisé par un développement de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras et un chapelet costal typique. On peut cependant rattacher peut-être au rachitisme de la première enfance un genu valgum et des genoux gros.

— L'étude de l'élimination de la chaux chez les rachitiques est intéressante au point de vue du traitement et de la pathogénie de la maladie. D'après Baginsky, l'élimination de cette base est la même chez les rachitiques et les individus sains. Chez les adultes, l'ingestion de la chaux est rapidement suivie d'une augmentation d'excrétion des sels calcaires. Vierodt a étudié, sur des enfants sains et rachitiques, l'influence de l'administration de la chaux. Les sujets en expérience recevaient une alimentation identique : bouillie et lait. Une fois l'excrétion de chaux devenue constante, on administrait de l'acétate de calcium ; aussitôt l'élimination de la base auguentait aussi bien chez les enfants rachitiques que chez les enfants sains. Aussi, pour Vierord il n'y a pas diminution de la résorption de la chaux dans le rachitisme, et les théories de la maladie basées sur cette diminution sont absolument fausses.

Bézy a fait une série d'analyses d'urines d'enfants rachitiques. Il est arrivé aux conclusions suivantes, qu'il a communiquées au Congrès français de médecine interne : le parallélisme entre la courbe de l'azoturie et celle de la phosphaturie semble être la règle chez les rachitiques. Cette règle comporte des exceptions dues soit à des états morbides, soit à des agents thérapeutiques. Certaines affections ont élevé parallèlement les deux courbes. L'antisepsie intestinale n'a pas produit de modification notable. Les bains salés ont toujours abaissé les deux courbes, surtout chez les enfants jeunes. L'acide phosphorique a produit une augmentation notable de l'azoturie et une beaucoup moins marquée, de la

phosphaturie. Le glycéro-phosphate de chaux a produit une élévation notable de la double courbe. Il s'ensuivrait donc que ce dernier corps n'est pas indiqué dans le rachitisme.

— Un des meilleurs modes d'administration du phosphore, dans le rachitisme, consiste à le dissoudre dans l'huile de foie de morue à la dose de 1/10,000e; on donne une cuillerée à café de la solution par jour. Si les enfants refusent l'huile, M. Guinon conseille la préparation suivante :

Phosphore	0,01 centigr.
Huile de foie de morue	100 grammes.
Saccharine	5 —
Essence de citron	II gouttes.

Une cuillerée à café par jour.

On peut aussi employer l'émulsion suivante :

Phosphore	0,01 centigr.
Liponine, Huile d'olives	aâ 5 grammes.

Dose : 10 gouttes par jour.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

Les intoxications par la viande de veau, par DARDE et VIGER. (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, juin et juillet 1895.)

Les intoxications causées par les viandes altérées, et en particulier par la viande de veau, sont à l'ordre du jour des Sociétés savantes. L'Académie de Médecine, les Sociétés d'hygiène ont consacré plusieurs séances à discuter la pathogénie des accidents causés par ces viandes. L'étude des intoxications alimentaires reste néanmoins obscure sur beaucoup de points. La pathogénie n'est pas complètement élucidée. Les symptômes eux-mêmes apparaissent variables et indécis. C'est un chapitre de pathologie qui réclame encore des observations précises. Aussi le mémoire de MM. Darde et Viger, publié dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, constitue un document d'un grand intérêt. Ces auteurs ont relaté des accidents provoqués par l'absorption de veau altéré, et ont fait une étude consciencieuse des accidents provoqués par ces viandes.

Dans les trois épidémies observées par MM. Darde et Viger, il y eut dans un cas 135 malades sur 147 hommes qui avaient mangé de la viande de veau malsaine; dans un deuxième cas, 56 malades sur 60; dans le troisième, 7 sur 7.

De l'examen de ces relations d'épidémie, il résulte que 2 fois sur 3, le veau consommé avait eu une maladie grave. Les accidents ont été assez graves pour amener la mort de plusieurs malades. A l'autopsie, on a trouvé principalement une vascularisation sous-muqueuse très prononcée de l'estomac et de l'intestin grêle, donnant l'apparence de plaques ecchymatiques plus ou moins étendues, une vascularisation très marquée du mésentère et de la congestion des reins. Dans une de ces épidémies (celle de Sanchez), on a trouvé, de plus, des ecchymoses d'étendue variable et des érosions de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle.

Les accidents ont débuté : le plus tôt, seize heures; le plus tard, soixante-quatorze heures après le repas.

Les symptômes les plus graves ont porté sur le tube digestif. La langue était saburrale et sèche. La diarrhée, qui a précédé les vomissements, était caractérisée par des évacuations de matières fécaloïdes abondantes, dégageant une odeur putride. Pas de selles sanglantes. Les coliques précédaient généralement la diarrhée et l'accompagnaient toujours. Le ventre était sensible à la pression, rétracté. Les vomissements survenaient fréquemment avec la diarrhée; dans les cas graves, ils furent incoercibles.

La face et la rate avaient leurs dimensions normales.

Le facies était grippé, cholériforme dans les cas graves.

L'épistaxis fut observée chez deux malades. Sur 55 observations thermométriques, la température a dépassé 3 fois 40°; 24 fois, elle a dépassé 39°.

Les symptômes nerveux ont consisté en délire, insomnie, amnésie et céphalée. Des malades ont eu des crampes. Un seul malade eut de la dilatation des pupilles. Plusieurs ont accusé de l'amblyopie.

8 malades ont eu de l'albuminurie, 2 ont eu de l'hématurie, 3 de l'anurie.

Il n'y a pas eu de manifestations cutanées. Un malade a été emporté par une pneumonie double.

Les oreillons suppurés, par BARJON. (*Province médicale.*)

Certains auteurs nient la possibilité de la suppuration des oreillons. Tous s'accordent à reconnaître qu'elle est, en tout cas, extrêmement rare. Aux quelques cas authentiques de suppuration ourlienne publiés par différents auteurs (Laverun, Rizet, Echhorst, Ferrand), Barjon en ajoute trois, observés à l'Arbresle, dans une épidémie d'oreillons.

Ces trois cas se sont montrés exclusivement chez des adultes. Dans un des cas, l'abcès est devenu rapidement gangréneux, avec des fusées purulentes le long des gaînes vasculaires. Le cas a été grave; néanmoins, le malade a guéri.

L'auteur explique la suppuration des oreillons par une infection secondaire surajoutée, indépendante

de l'infection ourlienne primitive. Il rapproche ces suppurations parotidiennes des suppurations de même siège, qu'on peut observer dans la plupart des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, variole, rougeole, pneumonnie, etc., etc.).

Le traitement local de la diphtérie et la sérum-thérapie, par VARIOT. *(Journal de clinique et de thérapeutique infantiles.)*

Variot revient sur la question des badigeonnages antiseptiques du pharynx dans les diphtéries traitées par le sérum. Il admet que dans un grand nombre de cas, les injections de sérum suffisent pour amener la chute des fausses membranes, et que de simples lavages de la gorge à l'eau bouillie sont suffisants pour déterger le pharynx. Le plus souvent, les badigeonnages antiseptiques sont donc inutiles et doivent être abandonnés. Cependant, dans certains cas de diphtéries tenaces, les membranes ont de la tendance à repulluler, malgré les injections réitérées de sérum; d'autres fois, les membranes laissent après leur chute des pertes de substance plus ou moins profondes; enfin, souvent la luette reste encapuchonnée d'exsudats membraneux, après que toute la gorge est détergée. Dans tous ces cas, les badigeonnages antiseptiques sont utiles et doivent être employés. Le liquide antiseptique préconisé par Variot pour ces badigeonnages est la solution de glycérine au sublimé à 1/30e. Cette solution lui a donné des résultats satisfaisants et n'a jamais amené d'accidents.

Dissociation syringomyélique de la sensibilité, dans un cas de pachyméningite, due à un mal de Pott, sans cavités médullaires, par PIC et REGAUD. *(Province médicale.)*

Pic et Regaud publient une observation qui démontre une fois de plus que la dissociation de la sensibilité n'a pas, comme signe de la syringomyélie, la valeur pathognomonique qu'on lui avait attribuée primitivement. Le malade, que ces auteurs ont observé, présentait des douleurs spontanées et à la pression au niveau de la nuque, avec irrradiations dans la sphère des nerfs rachidiens cervicaux, avec amyotrophie, les muscles de la ceinture scapulo-humérale, les muscles des membres supérieurs du tronc et accessoirement des membres inférieurs. A ces symptômes s'ajoutaient des contractures et des troubles de la sensibilité consistant en perte de la sensibilité thermique, avec conservation de la sensibilité tactile. A l'autopsie, il existait des lésions de pachyméningite cervicale et un double foyer d'ostéite tuberculeuse rachidienne. Il n'y avait ni aplatissement ni déviation de la moelle, qui ne présentait aucune trace de cavité. La seule lésion de la moelle consistait dans la prolifération des cellules du canal de l'épendyme, aboutissant à l'oblitération de la lumière du canal.

Endocardite et myocardite syphilitique, par ISRAËL. *(Berl. Klin. Wach.)*

Israël a montré aux médecins de la Charité un cas de syphilis du cœur. Le cœur était hypertrophié et dilaté légèrement. Il n'y avait pas d'obstacle à la circulation au niveau de l'orifice mitral. On voyait des clots de tissu fibreux à la base des muscles papillaires, et les muscles eux-mêmes avaient subi la transformation fibreuse. L'oreillette gauche dilatée présentait une apparence toute spéciale. La paroi en était indurée, avec quelques faibles reliquats de fibres musculaires jaune-brun. L'appendice auriculaire était très rétréci. Des excroissances très irrégulières, se détachant facilement, existaient à la surface interne de la paroi de l'oreillette : elles étaient surtout abondantes à la face supérieure de la calvule mitrale. La formation de gommes dans le muscle cardiaque ne pouvait être due qu'à la syphilis. Le foie présentait, avec des reliquats de gommes, la dégénérescence fibreuse. Il y avait induration de l'utérus, avec endométrite chronique, également d'origine syphilitique. Au point de vue des symptômes observés pendant la vie, le malade, âgé de quarante-sept ans, paraissait atteint de cirrhose du foie. Le pouls, d'abord petit et irrégulier à 136e, fut amélioré par la digitale. On percevait un souffle systolique dans les deuxième et troisième espaces intercostaires gauches, avec renforcement du deuxième bruit. Huit jours après l'entrée à l'hôpital, le malade succomba à une abondante hémorragie gastrique.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1895

M. DAREMBERG a parlé à plusieurs reprises, dans les précédentes séances, des expériences qu'il a entreprises sur *la toxicité des boissons alcooliques*.

Pour mesurer cette toxicité, il injecte ces boissons à des lapins, dans les veines de l'oreille; l'injection intra-veineuse est un des meilleurs procédés pour doser le pouvoir toxique d'une substance.

Il faut avoir soin de diluer l'alcool au-dessous de 40e, afin d'éviter son action spéciale sur les matières albumineuses, qui viendrait dans certains cas fausser les résultats expérimentaux.

La quantité de liquide nécessaire pour amener la mort des animaux donne la mesure de la toxicité de ce liquide. Voici les résultats auxquels est arrivé M. Daremberg :

1° L'alcool pur à 10e est moins toxique que les alcools impurs, par exemple que l'eau-de-vie et surtout la vieille eau-de-vie de vin au même titre alcoolique de 10e;

2° L'eau-de-vie de vin à 10e est moins toxique que le

vin à 10°; l'eau-de-vie est, en effet, du vin purifié; la partie la plus toxique du vin se trouve, non dans la partie qui distille, mais dans le résidu;

3° Le vin rouge est très sensiblement plus toxique que le vin blanc; le vin blanc est, en effet, produit par la fermentation du jus seul du raisin, tandis que le vin rouge est toujours produit par la fermentation du jus, de la peau et des pépins. Les impuretés venant de ces dernières substances, et souvent aussi de la grappe, sont constituées par des huiles essentielles, du furfurol, des alcools supérieurs, des acides volatils, du tannin et du bitartrate de potasse. Ce dernier sel, comme tous les sels de potasse, est dangereux lorsqu'il est absorbé en notable quantité pendant longtemps. Il contribue à former la toxicité spéciale du vin rouge;

4° Les bières françaises contenant 5 °/₀ d'alcool peuvent être injectées sans résultat à la dose de 50 cc; les cidres, au contraire, sont généralement très toxiques;

5° Le vin de champagne n'a pu être expérimenté, car sa présence dans les veines provoque des coagulations et des embolies. Mais ces vins avant leur champagnisation ne sont pas plus toxiques que les vins blancs;

6° La toxicité des liqueurs varie beaucoup selon la composition des alcools qui sont employés à leur fabrication et selon la toxicité spéciale du bouquet propre à chaque liqueur.

M. Daremberg a, en outre, injecté des liqueurs alcooliques à des lapins qui avaient reçu, trois jours avant, des cultures de tuberculose en injection intra-veineuse. Ces lapins étaient de merveilleux réactifs des impuretés que les liqueurs contenaient; ils supportaient bien l'alcool chimiquement pur, mais l'eau-de-vie et le vin les tuaient rapidement. Il faut donc être réservé dans l'administration de l'alcool aux tuberculeux.

Une des conditions qui met le mieux en relief la toxicité des boissons alcooliques est le mauvais fonctionnement du foie et du rein. Chez les individus sains, l'élimination se fait facilement et vite; le danger des substances toxiques est bien moins considérable.

— M. Prunier lit ensuite une communication sur le *soufre et son emploi en dermatologie*. Il existe plusieurs espèces de soufre, qui varient en particulier par ce fait, que quelques-uns contiennent une quantité variable de persulfure d'hydrogène.

M. Prunier a étudié avec soin les *iodures de soufre;* les proportions d'iode et de soufre sont très diverses dans ces composés : il y a dans l'un d'eux 20 équivalents de soufre pour l'équivalent d'iode; la combinaison de l'iode peut se faire avec toutes les espèces de soufre. Ces divers composés sont facilement dissociables, en particulier par l'eau; au contact de l'eau, l'iode et le soufre sont mis immédiatement en liberté. On pourrait donc les utiliser avantageusement pour tous les cas où l'on emploie des substances telles que l'iodoforme, l'aristol, l'europhéïne, etc.; l'action du soufre et l'action de l'iode se manifesteraient simultanément.

En dermatologie, ainsi que le fait remarquer M. Fournier, le soufre précipité et lavé est beaucoup plus actif que les autres soufres. Mais quand on le prescrit, il faut toujours ajouter : *fraîchement préparé*, car, au bout d'un certain temps, le soufre précipité perd son persulfure d'hydrogène, qui est très actif, et il devient identique aux autres soufres. Il serait d'ailleurs facile, ajoute M. Prunier, de préparer du soufre contenant des quantités fixes de persulfure d'hydrogène ou de sulfure de carbone. L'action thérapeutique en serait modifiée et pourrait donner lieu à d'intéressants essais.

— Au cours de la récente discussion sur la prophylaxie du paludisme, M. Nocard a parlé de la transmission par *les ixodes, les tiques*, d'une maladie des bovidés, la fièvre du Texas. M. Mégnin présente aujourd'hui une communication fort intéressante sur le rôle pathogène de ces ixodes. On leur a attribué un certain nombre de méfaits. Un médecin espagnol, M. Lozada, a même décrit chez l'homme *l'ixodisme*, provoqué par l'inoculation d'une substance toxique sécrétée par l'ixode; cette substance paraîtrait analogue à l'acide formique. La femelle de l'ixode se fixe sur les animaux à sang chaud lorsqu'elle est fécondée; elle s'attache fortement à la peau et, pendant deux ou trois semaines, elle suce le sang de l'animal, puis elle tombe et meurt au moment où les embryons mis en liberté vont se développer à leur tour. Le mâle ne vit que sur les animaux à sang froid.

Il devient dès lors difficile d'admettre que les ixodes puissent transporter des germes pathogènes d'un animal à l'autre. Il est pourtant d'opinion que la fièvre du Texas se propage par ce procédé. Dans un mémoire récent, MM. Schmidt et Killborn disent même qu'ils ont pu reproduire la maladie sur des animaux sains en leur inoculant des ixodes écrasés provenant d'animaux malades. Les ixodes transportaient de ceux-ci à ceux-là un hématozoaire analogue à celui du paludisme, et qui serait le germe de cette maladie particulière, la fièvre du Texas. Malgré ces faits expérimentaux, l'ixode ne doit pas être regardé comme le véhicule du germe morbide, puisqu'il reste jusqu'à ce qu'il tombe sur l'animal sur lequel il s'est primitivement fixé. Les expériences de MM. Schmidt et Killborn ne seraient, d'ailleurs, d'après M. Leblanc, nullement démonstratives. La propagation de la maladie par contact direct semble plus probable, mais les procédés de transmission sont encore inconnus. L'analogie de la fièvre du Texas avec le paludisme est frappante; il s'agit dans les deux cas d'un hématozoaire, et, quand les animaux atteints de la fièvre du Texas remontent vers des régions plus septentrionales, la fièvre disparaît.

— Une place dans la section des associés libres est déclarée vacante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre 1895

Traitement de l'appendicite.

M. Kirmisson rapporte une observation d'appendicite dans laquelle l'ouverture de la fosse iliaque droite ne lui permit pas de découvrir la cavité purulente qu'il s'attendait à rencontrer. Ce n'est immédiatement qu'en se rappelant un point douloureux que le malade avait accusé dans la fosse iliaque gauche, que M. Kirmisson, exerçant une pression à ce niveau, vit soudre dans la plaie quelques gouttes de pus. Il suffit alors de décoller quelques anses intestinales et de mettre le doigt dans le petit bassin pour donner issue à une énorme quantité de pus. Les suites de l'opération ont été satisfaisantes, malgré des accidents diarrhéiques qui mirent la vie du malade en danger.

M. Berger fait observer à ce propos qu'il est bon, dans les opérations d'appendicite, d'aller toujours faire une exploration du côté du petit bassin et d'y mettre un dard, en raison de la fréquence des variations de la suppuration à ce niveau, et M. Tuffier conseille même de pratiquer toujours le toucher rectal, quand on examine un malade atteint d'appendicite, attendu que c'est là souvent le seul moyen de diagnostiquer l'existence d'une callosité qui échappe à l'exploration de l'abdomen.

M. Quenu reste fidèle à la pratique qu'il a toujours préconisée. Il cherche la paroi jusqu'au péritoine exclusivement, ouvre l'abcès s'il trouve des adhérences, et se borne au contraire, à faire un drainage à la gaze, s'il n'y a pas d'adhérences; il est convaincu que, dans ce cas, l'abcès ne s'ouvrira jamais ailleurs qu'au niveau du drainage.

M. Monod a opéré récemment une jeune fille sans trouver une goutte de pus; il a mis dans la plaie une mèche de gaze iodoformée et, cinq jours plus tard, une grande quantité de pus s'est évacuée par la plaie. La malade a guéri, et M. Monod pense qu'il n'en aurait peut-être pas été de même s'il avait voulu rechercher l'abcès.

MM. Michaux et Brun sont d'avis qu'il est toujours avantageux de rechercher les foyers suppurés pour les évacuer de suite, plutôt que d'abandonner les choses à elles-mêmes, comme le conseille M. Quenu. Si l'on a la précaution de bien protéger le péritoine, il n'y a aucun danger à ouvrir l'abcès, même si le péritoine est libre d'adhérences. M. Reynier note d'ailleurs un fait dans lequel l'abcès, contrairement à ce que pense M. Quenu, s'est ouvert, non pas dans la plaie opératoire, mais dans la plèvre.

M. Reclus a vu également un cas dans lequel, quelques jours après l'intervention, une collection se forma du côté de la région lombaire, en un point très éloigné de la plaie, de sorte qu'elle se serait certainement ouverte spontanément, ailleurs que dans la plaie, si on ne l'avait pas évacuée à l'aide du bistouri. M. Reclus pense qu'on doit toujours chercher à ouvrir l'abcès et ne s'arrêter que lorsqu'on rencontre des difficultés trop grandes, qui rendraient cette recherche dangereuse.

M. Nélaton insiste de nouveau sur la forme à foyers multiples, dans laquelle il est nécessaire de rechercher et d'évacuer successivement les différents foyers.

M. Bazy fait remarquer que, à côté des faits dans lesquels la lésion siège sur l'appendice, il en est d'autres dans lesquels c'est le cœcum qui est véritablement le point de départ des accidents. Il y a une véritable exagération à vouloir localiser toujours les abcès du côté du petit bassin, car on observe, bien souvent, des abcès péri-cœcaux, sans qu'il y ait rien dans l'excavation pelvienne.

— M. Quenu montre des pièces provenant d'une femme chez laquelle il a pratiqué, dix-sept mois auparavant, une gastro-entérectomie par la méthode Murphy, avec résection du pylore cancéreux. La santé de la malade s'est maintenue parfaite pendant une année entière; puis la récidive s'est produite au niveau de l'adossement de la cicatrice duodénale et de la cicatrice gastrique. Le bouton de Murphy, qui n'avait pas été rendu, a été retrouvé libre dans l'estomac, où il ne paraissait avoir causé aucun dommage.

— M. Chevassu, médecin militaire, présente un sapeur du génie qu'il a trépané pour des accidents cérébraux consécutifs à une chute sur le crâne; il a pu évacuer un mélange de matière cérébrale et de sang, et tous les accidents de compression ont disparu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 octobre 1895

La Société Médicale a rouvert ses séances vendredi dernier, sous la présidence de M. Hayem. Celui-ci a fait une intéressante communication sur le *traitement de la pneumonie par les inhalations de nitrite d'amyle à haute dose*. Ses recherches sur le sang l'ont conduit à reprendre l'étude des effets thérapeutiques produits par les agents exerçant une action toxique sur ce liquide, en particulier par les substances qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine. Parmi ces corps, le nitrite d'amyle a paru à M. Hayem digne d'être essayé comme moyen de traitement des maladies infectieuses de l'appareil respiratoire, en raison de sa volatilité et de son innocuité relative.

Le nitrite d'amyle est un liquide qui émet á la température ordinaire des vapeurs abondantes; c'est, d'autre part, un mathémoglobinisant actif, mais moins dangereux que la plupart des autres corps du même groupe. M. Hayem a montré que le nitrite d'amyle transforme l'hémoglobine *in situ*, dans le globule même, sans détruire l'élément anatomique, sans entrainer par conséquent, l'anémie globulaire et l'altération du sang par des débris de globules, ainsi que le font d'autres médicaments, les chlorates par exemple.

On considère ordinairement le nitrite d'amyle comme dangereux et l'on recommande de ne faire inhaler aux malades que cinq à six gouttes par séance. M. Hayem a donné en une seule fois, 60, 80 et même 100 gouttes en inhalations sans produire d'accidents.

Ses essais thérapeutiques ont porté sur la tuberculose pulmonaire et sur la pneumonie. Les résultats qu'il a obtenus dans la tuberculose sont intéressants à certains égards, mais non assez favorables pour être publiés. Le nitrite d'amyle semble, au contraire, fort recommandable dans la pneumonie.

M. Hayem a employé un petit inhalateur de verre mettant les personnes qui entourent le malade à l'abri des émanations du médicament; mais ce mode d'administration est presque toujours inapplicable aux pneumoniques; il faut se servir de la compresse, quels qu'en soient les inconvénients.

On verse d'emblée une quinzaine de gouttes de nitrite d'amyle pur au centre de la compresse, qui est ensuite maintenue à deux ou trois centimètres du nez et de la bouche du malade; on engage celui-ci à respirer largement. Dès que les premières gouttes sont évaporées, on en verse encore quinze gouttes, et on recommence ainsi une troisième fois. En trois à cinq minutes, on use donc une cinquantaine de gouttes de nitrite d'amyle.

Pendant ces inhalations, on voit apparaitre les effets bien connus du médicament : rougeur de la face, accélération du pouls et battements artériels, précipitation des mouvements respiratoires; puis fréquence très grande et petitesse du pouls, parfois légère toux, dyspnée et fortes inspirations; plus tard encore, légère cyanose de la face, des lèvres, des extrémités et engourdissement.

Ces phénomènes disparaissent assez rapidement. M. Hayem fait faire une seule inhalation par jour dans les cas ordinaires et deux dans les cas graves. Jamais il n'a vu d'accidents imputables au traitement. Celui-ci est poursuivi régulièrement pendant le cours de la maladie et pendant deux à trois jours encore après la défervescence complète. Certains malades étant plus sensibles que d'autres à l'action du nitrite d'amyle, il faut faire varier la dose suivant les cas. On peut, en même temps, employer l'alcool, les bains froids.

Le traitement par le nitrite d'amyle n'a pas paru influencer ni la durée de la maladie ni la marche de la température. Les effets sont pulmonaires, locaux. C'est une diminution plus ou moins marquée et rapide de la dyspnée, une modification des crachats, qui deviennent moins visqueux, une atténuation des phénomènes stéthoscopiques.

M. Hayem a expérimenté le pouvoir microbicide du nitrite d'amyle sur le bacille tuberculeux; celui-ci est légèrement atténué, mais non détruit. La recherche n'a pas été faite pour le pneumocoque, mais un tuberculeux soumis aux inhalations ayant été pris de pneumonie fibri-

neuse à pneumocoques, on peut penser que le pouvoir antipneumococcique du médicament est faible ou nul.

M. Hayem pense que le médicament agit grâce à l'influence qu'il exerce sur la circulation pulmonaire. Il est probable que le poumon subit, comme le tégument externe de la partie supérieure du corps, une forte fluxion sanguine. En tout cas, le cœur est violemment excité et un pareil état doit fortement retentir sur la circulation du poumon hépatisé; le cours du sang doit se faire plus facilement dans les foyers pneumococciques et la résorption de l'exsudat être plus rapide.

Voici maintenant les résultats statistiques qu'a obtenus M. Hayem :

De janvier 1893 à fin juillet 1895, il a observé personnellement 77 cas de pneumonies ou broncho-pneumonies non tuberculeuses. Tous les malades ne furent pas soumis au nitrite d'amyle; dans les cas bénins, on se borna à l'expectation. Ces cas sont cependant comptés dans la statistique. De janvier à novembre 1893, il n'y eut que 4 décès sur 31 cas, soit une mortalité de 12,9 °/₀ : ce résultat était excellent pour Saint-Antoine. Malheureusement, en 1894, la mortalité fut beaucoup plus élevée. Néanmoins, pendant les deux ans et demi sur lesquels portent les observations, la mortalité par pneumonie fut de 21 °/₀ environ, soit 16 décès sur 77 cas.

Cette mortalité est faible pour l'hôpital Saint-Antoine, où la pneumonie est la plus meurtrière des maladies aiguës; un grand nombre des pneumoniques de ce quartier de la ville sont des buveurs ou des alcooliques profondément intoxiqués; de plus, beaucoup d'entre eux viennent tardivement à l'hôpital.

Sur les 16 décès de la statistique de M. Hayem, on compte : 9 alcooliques, dont 1 atteint de cirrhose, avec hypertrophie du foie; 1 malade atteint de méningite suppurée; 1 vieillard de soixante-dix-neuf ans; 1 malade atteint d'endocardite infectieuse; 1 nouvelle accouchée; 1 malade atteint de péritonite; 1 malade entrée presque mourante à l'hôpital. Enfin, dans un cas, l'autopsie ne fut pas faite.

Parmi les cas de guérison, il y eut : 10 cas de pneumonie bénigne traitée par l'expectation; 23 cas de pneumonie plus ou moins sévère; 26 cas graves.

Les complications ont consisté tantôt dans l'existence d'une maladie antérieure importante (cyrrhose hypertrophique biliaire, tumeur maligne de l'abdomen, affection cardiaque, syphilis médullaire, misère profonde), tantôt dans le développement d'infections secondaires (1 cas de parotidie suppurée et 1 cas de thyroïdite suppurée).

En résumé, M. Hayem croit pouvoir accorder au traitement par le nitrite d'amyle une réelle utilité. C'est, quant à présent, celui qui lui a donné les meilleurs résultats dans un milieu où la pneumonie est une maladie des plus redoutables.

Un des points particulièrement intéressants de la communication de M. Hayem est celui qui a trait à la posologie du nitrite d'amyle. Le médicament n'est donc certainement pas aussi dangereux qu'on l'avait dit et cru jusqu'à présent. Un fait observé par M. Ferrand le démontre d'ailleurs d'une façon très nette. Un malade atteint d'aortite, avec phénomènes d'angor, avait fini par respirer du nitrite d'amyle à flacon ouvert. Un soir en se couchant, il répandit par mégarde, sur son oreiller, tout le contenu du flacon; il se contenta de retourner l'oreiller et s'endormit tranquillement sans qu'aucun accident s'ensuivit. Un malade de M. Rendu supportait aussi bien le nitrite d'amyle. Mais la tolérance pour cette substance, d'après M. Rendu, varie avec chaque individu, et il a été, dans certains cas, obligé de suspendre l'administration du médicament, tant étaient violents les phénomènes produits par des doses même faibles. M. Hayem pense que les malades chez lesquels la tolérance pour le nitrite d'amyle est faible sont des névropathes. Quant à réputation de substance dangereuse, elle est due peut-être à ce fait qu'au début de son emploi, il était très difficile de l'obtenir pur. M. Hayem a dû en employer des doses colossales pour tuer un chien, et si, au moment où l'animal est déjà cyanosé et semble sur le point de mourir, on suspend l'administration du nitrite d'amyle, les phénomènes ne tardent pas à disparaître.

— A la fin de la séance, M. Merklen a lu, au nom de M. Félix Mathieu, une note sur l'*inspiration précipitée comme traitement du hoquet*.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Concours. — *Concours de l'internat.* — Le jury du concours de l'internat est définitivement constitué ainsi : MM. Segond, Pozzi, Delbet, Rochard, Mathieu, Sevestre, Porak, Bonnaire et Audhoni.

M. Lermoyez n'a pas refusé, comme l'ont dit quelques journaux, de faire partie du jury. Il a été récusé par l'Administration comme étant parent d'un des candidats.

L'ouverture de ce concours qui avait été fixée au lundi 21 octobre, à midi, est reculée au vendredi 25 octobre, à la même heure.

Elle aura lieu dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Concours de l'externat. — M. Varnier, membre du jury, est remplacé par M. Lepage.

— Le jury de la Médaille d'Or de Médecine a été tiré mercredi dernier et, sauf modifications, sera ainsi composé :

MM. Brissaud, Delpeuch, Guyot, Bergeron, Nélaton.

Congrès. — *Association française de Chirurgie.* — *9e Congrès du 21 au 26 octobre.* — *Ordre des séances :* Séance du lundi 21 octobre. A 2 heures, séance d'inauguration dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine :

1° Discours de M. E. Bœkel, président du Congrès;
2° Compte rendu du secrétaire général;
3° A trois heures précises : Questions diverses.

— La Société italienne de médecine tiendra son sixième Congrès annuel, à Rome, du 14 au 16 octobre prochain.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. G. Caussade : Pathogénie des néphrites aiguës. (*Fin.*)
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Congrès français de Chirurgie.
IV. Les nouvelles réformes hospitalières.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Société de Chirurgie ; 3° Société médicale des Hôpitaux.
VI. Échos et nouvelles.

PATHOGÉNIE DES NÉPHRITES AIGUËS

Par G. CAUSSADE,
Ancien Interne des Hôpitaux.

SUITE ET FIN (1).

L'action des poisons animaux et végétaux est admise sans conteste aujourd'hui. La preuve expérimentale et même clinique des désordres que la cantharide détermine non seulement dans les épithéliums des tubuli contorsi, mais aussi d'une façon diffuse dans tous les tissus du rein, lorsqu'on fait des injections répétées de cette substance, a été faite par de nombreux expérimentateurs (2) et par les observations publiées par M. Potain. On sait en outre que l'essence de térébenthine fait disparaître en vingt-quatre heures l'indigo des urines du cheval, par une véritable substitution s'opérant dans les cellules rénales, et l'on a dans ce fait une autre preuve de l'influence morbide d'une substance végétale sur le filtre rénal.

Quant au froid, aux brûlures, aux dermatoses étendues, leur mode d'action sur le rein n'est pas déterminé.

Ces trois facteurs agissent-ils par action reflexe?

Peut-on comparer les néphrites qui surviennent à la suite de brûlures et de dermatoses étendues aux troubles de la fonction urinaire qui succède au badigeonnage des téguments externes? Ce sont autant de questions auxquelles il est difficile de répondre, d'autant plus que les affections cutanées de nature microbienne, peuvent agir sur le rein, à la faveur des micro-organismes, et que dans nombre de cas les topiques appliqués sur la peau, pour traiter ces affections, peuvent passer dans le sang et altérer le rein en s'éliminant. Les toxines paraissent jouer un certain rôle dans les brûlures (3). On a extrait des organes et du sang des brûlés une ptomaïne toxique, qui semble bien être la cause de la plupart des symptômes observés chez ces malades. Cependant un élément important doit avoir sa part dans la production des néphrites.

(1) Voir le numéro précédent.

(2) Browics, Cornil, Aufrecht, Germont, Brault. Voir Cornil et Brault : Études sur la pathologie du rein. — Gaucher : Thèse d'agrég., 1886.

(3) Kianicine : *Arch. de méd. expér. sept.*, 1894. — Boyer et Guinard : Congr. de Lyon, 1894.

Les expériences (1) sur le nerf vague démontrent qu'il peut survenir de véritables néphrites subaiguës, à la suite des lésions de ce nerf.

C'est peut-être dans le même ordre d'idées qu'il faut chercher l'explication de la néphrite *a frigore*.

Les néphrites aiguës sont donc produites par des agents très divers, agissant au milieu de circonstances multiples. Malgré la multiplicité des facteurs étiologiques, certains auteurs (2) considèrent la néphrite aiguë comme une maladie spécifique relevant toujours d'un même agent. Pareille assertion ne peut être admise aujourd'hui. S'il existe des néphrites aiguës épidémiques (3), tout autorise à penser que ces néphrites sont dues à des infections générales légères, passant inaperçues au milieu des symptômes bruyants qui dépendent de l'altération des reins. D'ailleurs, les épidémies et les cas de contagion sont rares et l'observation rigoureuse des faits nous ramène à la multiplicité des causes que prouve la longue énumération faite plus haut, des agents si divers, qui provoquent des néphrites aiguës.

Parmi ces derniers, y en a-t-il qui soient prépondérants? S'il est légitime d'admettre que le rein se trouve lésé directement par les éléments pathogènes figurés, il est nécessaire de bien mettre en évidence le rôle beaucoup plus actif des toxines. C'est en effet ordinairement au cours des intoxications qu'apparaît la néphrite aiguë, ce qui se conçoit aisément, si l'on considère les fonctions physiologiques du rein chargé d'éliminer toxines et poisons.

III

Reste à savoir comment s'opère cette filtration microbienne ou toxique, et quelles sont les altérations qui lui succèdent.

Le mode de répartition des micro-organismes dans les néphrites est-il soumis à des lois que l'on peut fonder sur la physiologie?

A priori, la pression énorme qui s'exerce au niveau des glomérules permet aux microbes de passer dans les anses capillaires, et de là dans le réseau intertubulaire, où la circulation est ralentie. Ne peut-on pas admettre que les micro-organismes

(1) Artaud et Butte : Des albuminuries névropath. (Assoc. franç. pour l'avancement des sciences, 1889.)

(2) Laffitte : Thèse de Paris, 1885.

(3) Fiessinger : *Gaz. méd. de Paris*, 1891 ; *Sem. méd.*, 12 mai 1894.

sont éliminés directement au niveau du glomérule et balayés par l'urine? L'expérimentation fournit des résultats contradictoires. Les uns, avec Faulhabert et Ribbert, démontrent que les micro-organismes s'accumulent dans les glomérules, dans les vaisseaux, rarement dans le tissu conjonctif, presque jamais dans les cellules des tubes contournés. Pour les autres [Enriquez (1)], les micro-organismes s'accumulent dans le réseau capillaire labyrinthique, et de là gagnent par un chemin plus ou moins direct la lumière des tubes contournés.

Ces deux opinions sont également vraies ; les recherches microscopiques complètent les expériences des auteurs précédents : la répartition des micro-organismes dans le rein peut s'expliquer à la fois par les fonctions du rein et par l'anatomie pathologique. C'est au niveau des glomérules que les micro-organismes doivent filtrer; leur dissémination ultérieure se fait probablement d'après la diminution ou l'augmentation du courant sanguin et suivant les points de moindre résistance, là ou les micro-organismes trouvent des lésions anciennes qui facilitent leur arrêt et leur pullulation. Ce sont, en effet, tantôt les glomérules qui présentent de véritables bouquets microbiens, tantôt spécialement les épithéliums des tubuli contorti, tantôt la généralité des différents éléments du rein (épithélium, tissu conjonctif, vaisseaux sanguins et lymphatiques). Les cellules épithéliales en sont quelquefois véritablement gorgées; on retrouve les micro-organismes au centre même des tubes urinifères (tubuli contorti, branche ascendante de Henle), au milieu des cellules fragmentées et tuméfiées. Dans certaines néphrites bactériennes primitives (2), ils se retrouvent sous forme de foyers dans la région intermédiaire à la substance corticale et à la substance médullaire. Dans quelques cas, les vaisseaux seuls sont remplis de microbes (fièvre typhoïde, érysipèle, pneumonie), et cet encombrement total du réseau vasculaire, malgré l'intégrité absolue des épithéliums, amène l'anurie [érysipèle (3), scarlatine (4), charbon (5)], ou quelquefois donne naissance, lorsque les parois artérielles sont rompues, à des raptus hémorragiques considérables (tissu interstitiel, tubuli contorti, tubes collecteurs), et à des hématuries.

Les micro-organismes provoquent donc par eux-mêmes des lésions localisées ou généralisées. Aussi, la distinction suivante, admise par Ribbert (6), est trop schématique et ne cadre pas d'ailleurs avec la plupart des faits observés. Cet auteur, en effet, oppose ces deux processus : l'un interstitiel, disséminé par ilots circonscrits et dû à la présence des micro-organismes; l'autre diffus, épithélial, dû à l'élimination de leurs toxines.

(1) *Loc. cit.*
(1) Letzerich : *Loc. cit.*
(1) Achalme : *Loc. cit.*
(2) Jubel-Rénoy : *Arch. gén. de Méd.*, 1887.
(3) Straus et Chamberland : *Arch. de phys.*, 1883.
(4) *Deutsch. méd. Wochenschrift*, n° 806, 807 et Bonn, 1891.

IV

Ainsi donc il ne semble pas qu'il y ait des caractères anatomiques spéciaux qui permettent de distinguer les néphrites aiguës entre elles et qui portent le cachet de leur origine.

Rien n'autorise à faire une classification essentiellement étiologique. A part quelques particularités, plus ou moins importantes, les travaux analytiques de ces dernières années et l'étude détaillée des néphrites diphtérique, typhique, pneumonique, érysipélateuse, n'ont relevé aucune lésion caractéristique propre à chacune d'elle. Dans le groupe des néphrites aiguës, la notion d'infection étant reconnue, seule l'évolution de ces néphrites sert parfois à établir des distinctions entre elles.

Cependant il est possible de faire un parallèle d'une part, entre les altérations des reins consécutives aux maladies générales, infectieuses ou toxiques, dont les agents figurés ou chimiques ont été véhiculés par le sang, et qui peuvent être classées dans un chapitre de pathogénie sous la rubrique de néphrites « descendantes » et, d'autre part, entre les lésions qui surviennent à la suite des infections des voies urinaires et dont la progression s'est faite par une marche ascendante.

Dans les néphrites ascendantes la papille est la première atteinte et altérée; les lésions consécutives se font d'après les systèmes canaliculaires ou lymphatiques qui leur font suite ou sont en contact avec eux ; l'envahissement du parenchyme rénal se fait des pyramides vers le cortex ; il est progressif, et presque toujours sous la dépendance de micro-organismes. Les néphrites descendantes, au contraire, sont glomérulaires et artérielles au début, corticales et généralisées dans la suite avec, toutefois, une tendance marquée à respecter la substance médullaire. En général, elles sont rapides dans leur évolution.

En résumé, les néphrites ascendantes ou chirurgicales sont systématiques, progressives, spontanément incurables, lentes dans leur marche; les néphrites descendantes ou médicales sont généralisées, fugaces, le plus souvent guérissables. Dans les premières l'agent infectieux a peu de tendance à s'éliminer, il reste sur place pour entretenir les lésions; aussi, quand la maladie présente des rémissiccus, elle se réveille facilement sous l'influence de causes banales, froid, excès de régime, fatigues, etc.

(Guyon). Par contre, dans les secondes les éléments infectieux ou les substances toxiques sont facilement balayés et entraînés par l'urine. La guérison est complète et définitive dans la plupart des cas. Mais, comme l'enseigne notre maître, le professeur Dieulafoy (1), il faut compter avec des reprises d'un processus mal éteint qui peuvent, dans certains cas, amener la chronicité.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

L'eau du lac de Genève à Paris. — L'emploi de la malléine dans l'armée.

En rendant compte, dans ma dernière chronique, de la nécessité dans laquelle le Service des Eaux s'est trouvé le mois dernier, de verser de l'eau de Seine dans la canalisation du service privé de la Ville de Paris, j'ai parlé incidemment d'un projet qui remonte déjà à cinq ans et qui avait pour objet d'amener à Paris, tous les jours, deux millions de mètres cubes d'eau prise dans le lac de Genève. Ce projet, qui n'avait pas été pris au sérieux, lorsque M. Duvillard le présenta, vient d'être repris par un autre ingénieur, M. Badois, et une campagne sérieuse a commencé en sa faveur dans la presse. Dans le *Petit Journal*, c'est M. Pierre Giffard qui la mène avec beaucoup d'entrain, et, grâce à l'énorme publicité de l'organe dont il dispose, l'idée commence à prendre faveur. Les autres journaux s'y montrent favorables et la proposition de la mettre à l'étude a été faite le 14 de ce mois, au Conseil municipal, par M. Laziet. Il a émis le vœu qu'une somme de 10,000 francs fut mise à la disposition de l'administration, pour rechercher les moyens pratiques d'amener à Paris et dans la banlieue, un volume d'eau supplémentaire d'un million de mètres cubes par jour au minimum (2).

Le Conseil a renvoyé l'examen de la proposition à la sixième Commission, ainsi que le demandait M. Lazies. Sa demande avait été précédée d'une discussion très approfondie sur le Service des Eaux, et on avait vu s'y reproduire les arguments déjà tant de fois émis de part et d'autres, au sujet de la double canalisation, du service intermittent, du rationnement et du gaspillage.

La discussion s'était terminée par le vote d'un certain nombre de vœux un peu platoniques.

Le même sujet avait été traité par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, à la séance du 27 septembre; mais une conclusion plus ferme avait été adoptée sur la proposition de M. Michel Lévy, c'est que toute communication entre la canalisation de l'eau de source et celle de l'eau de rivière fût définitivement supprimée. Le Conseil d'hygiène a plus d'une fois formulé cet avis, il est logique; mais il ne résout pas la difficulté.

Que fera-t-on lorsque l'eau de source viendra a manquer?

Jusqu'ici, tous les expédients qu'on a proposés ont paru impraticables, et tout le monde a conscience de ce fait, que les cinquante mille mètres cubes d'eau que nous apporteront, dans cinq ou six ans, le Loing et le Lunain, ne suffiront pas pour nous garantir sûrement contre la disette momentanée d'eau de source. L'accroissement régulier de la population parisienne, l'augmentation croissante du nombre des maisons pratiquant le tout à l'égout, et qui leur impose une dépense de dix litres d'eau de source en plus par jour et par tête; enfin, la nécessité reconnue de faire participer la banlieue aux bénéfices de l'eau de source, tout cela nous menace de boire encore dans l'avenir de l'eau de Seine, pendant quelques jours au moins chaque année, parce que le gaspillage ne peut aller qu'en augmentant et que le Service des Eaux se déclare impuissant à en modérer l'excès.

Cette perspective menaçante a fait revenir à flot les projets grandioses qu'on avait jusqu'ici écartés des discussions, et qui consistent à en finir avec les demi-mesures et à demander aux réservoirs inépuisables qu'alimente la fonte des glaciers, l'eau nécessaire à la consommation de Paris et de sa banlieue, quel que soit dans l'avenir l'accroissement de leur population, quelque démesuré que soit le gaspillage auquel il lui plaira de se livrer.

Le projet de MM. Duvillard et Badois a été présenté d'une manière très séduisante dans la presse. Toutes les objections y ont été combattues à l'aide d'arguments qui paraissent sérieux, mais qui sont beaucoup trop techniques pour que je puisse en apprécier la valeur. Il en est un pourtant que je retiens, parce qu'il est essentiellement du ressort de l'hygiène. C'est celui qui a trait à la pureté des eaux du lac Leman.

La prise aura lieu sur la rive du lac qui fait partie de notre territoire, dans l'arrondissement de Thonon (Haute-Savoie), à 400 mètres du bord et à 40 mètres de profondeur. En ce point l'eau est limpide, fraîche, bien aérée, elle ne marque que 17° à l'hydrotimètre et ne renferme qu'un très petit nombre de microbes, d'après les analyses bactériologiques de M. Massol, qui ont été contrôlées à l'Observatoire de Montsouris.

Cela prouve qu'elles sont en ce moment au nombre des meilleures eaux potables, mais que seront-elles dans un demi-siècle?

(1) *Manuel de Pathologie interne*, 8e édit., t. III, p. 30.

(2) *Bulletin municipal officiel* du mardi 15 octobre 1895, n° 37.

Lorsqu'on entreprend une œuvre aussi colossale, qu'on engage des dépenses pareilles, ce n'est pas pour faire face à une nécessité du moment; on veut faire quelque chose de définitif, or il est extrêmement probable que les bords du lac de Genève iront en se peuplant de plus en plus. Lorsqu'on connaît toutes les séductions de cet admirable pays, on ne s'étonne que d'une chose, c'est que les rives de cette petite mer d'eau douce ne soient pas couvertes déjà d'un nombre considérable de grandes villes. Avec la facilité croissante des communications, ce résultat est inévitable dans l'avenir, et alors que deviendront ces belles eaux bleues lorsqu'elles seront souillées par les déjections des populations agglomérées? Il est à craindre que le lac de Genève ne soit plus qu'une grande mare dont les eaux seront aussi suspectes que celles de la Seine au-dessus de Paris. L'exemple de Chicago et du lac Michigan, que je citai dans ma dernière chronique, est de nature à faire réfléchir les membres de la sixième Commission du Conseil municipal, à l'examen de laquelle la proposition de M. Lazies a été renvoyée. Il est certain toutefois que le projet de MM. Duvillard et Badois mérite un examen sérieux.

— Nous avons à diverses reprises, parlé dans ce journal, de la valeur diagnostique des injections de tuberculine et de malléine, dans la morve et la tuberculose des animaux. La question concerne plus spécialement, il est vrai, la médecine vétérinaire que l'hygiène, mais celle-ci ne peut s'en désintéresser d'une part, à cause de l'importance de tout ce qui touche aux nouvelles méthodes prophylactiques, de l'autre, parce que la tuberculose comme la morve sont transmissibles à l'homme, et qu'en les combattant chez les animaux, on diminue les chances qu'il y a de les contracter. C'est pour cela que nous croyons devoir mentionner la mesure que le ministre de la Guerre vient de prendre au sujet de l'emploi de la malléine dans l'armée.

Dans une instruction en date du 20 septembre 1895 (1), le général Zurlinden prescrit l'abattage de tout animal reconnu morveux. Tous les animaux ayant séjourné dans la même écurie devront être soumis à l'épreuve de la malléine. Après l'épreuve, les animaux seront divisés en trois groupes: Le premier comprendra ceux qui, n'ayant éprouvé aucune réaction organique ou thermique, pourront être considérés comme sains. Ceux-là conserveront leur place à l'écurie et prendront part aux travaux de l'escadron ou de la batterie. Ils seront soumis ultérieurement à une seconde épreuve par la malléine.

(1) « Instruction et règlement sur l'emploi de la malléine et les mesures à prendre en cas de morve, dans les corps de troupe et les établissements de remonte. » (*Bulletin officiel du Ministère de la Guerre*, 1895, n° 40, p. 167.)

Le second groupe sera constitué par les animaux dont la température se sera élevée de plus d'un degré, la réaction organique ayant fait plus ou moins complètement défaut. Ils seront considérés comme suspects et isolés, soumis à de nouvelles injections de malléine, et ceux qui viendront à réagir complètement passeront immédiatement dans le troisième groupe. Lorsqu'ils auront subi deux injections successives sans réagir, ils seront remis dans le rang.

Le troisième groupe sera formé par les animaux qui auront réagi d'une façon complète (œdème volumineux, sensible, persistant, tristesse, prostration, tremblement, perte d'appétit, hyperthermie, minima de 1°,5 au-dessus de la normale). Les animaux de cette catégorie qui continueront à réagir de cette manière après deux injections de malléine pratiquées à un mois d'intervalle, seront abattus; ceux qui n'éprouveront aucune réaction thermique ou organique à la suite de ces deux épreuves, reprendront leur service.

Nous avons cité, il y a deux ans déjà (1), la mesure prise par la Compagnie l'Urbaine pour sa cavalerie. Sur 4,348 chevaux soumis à l'épreuve de la tuberculine, 562 avaient été reconnus morveux et abattus immédiatement. Il faut espérer que l'exemple donné par le ministre de la Guerre sera suivi par toutes les Compagnies qui emploient un grand nombre de chevaux, que la morve cessera de ravager les écuries et que nous verrons diminuer dans une très forte proportion les cas de transmission aux cavaliers, aux palefreniers, aux équarrisseurs, à tous ceux en un mot que leur profession met en contact avec les chevaux morveux.

Jules Rochard.

(1) J. Rochard : « La tuberculine et la malléine, comme moyens de diagnostic de la tuberculose et de la morve. » (*Union Médicale*, numéro du 5 décembre 1893, t. LVI, p. 769.)

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le neuvième Congrès français de chirurgie, ou pour lui donner son titre officiel : « le neuvième Congrès de l'Association française de chirurgie », a tenu sa première séance lundi, séance solennelle, dans laquelle le président E. Bœckel (de Strasbourg) a prononcé le discours d'usage.

C'est à cette première séance qu'on se compte et qu'on peut noter les différentes personnalités qui assistent au Congrès. Citons donc, pour commencer, le délégué russe, le Dr Ratimoff, le successeur de Pirogoff, qui a interrompu son cours à Pétersbourg, sur l'ordre du Tsar, pour venir représenter la Russie à notre Congrès; nommons encore M. Gubbins,

délégué officiel de l'Angleterre, et notre camarade Jonnesco, ancien prosecteur des hôpitaux de Paris, délégué officiel de la Roumanie.

Un grand nombre de personnalités chirurgicales parisiennes avaient pris place sur l'estrade. Citons entre autres les professeurs Guyon, Duplay, Tillaux, Le Dentu, Lannelongue, Terrier, Périer, Pozzi, Reclus, Monod, Kirmisson, Schwartz, etc..., et souhaitons enfin la bienvenue à MM. les Drs Erhmann (de Mulhouse), Roux (de Lausanne), Socin (de Bâle), Julliard, Reverdin (de Genève), Jacobs (de Bruxelles), etc...

Le Congrès a commencé immédiatement ses travaux par l'exposé de questions diverses, et la Faculté de médecine de Paris a été tout d'abord représentée par M. Guyon, qui a fait une communication sur un point de la chirurgie des voies urinaires. Ce point a trait à la **résection des canaux déférents** et aux résultats que cette résection peut avoir sur les **fonctions de la prostate**.

M. Guyon commence par dire qu'il avait, avec son chef de clinique, M. Legueu, entrepris des recherches expérimentales dans ce sens, sans avoir connaissance des faits de Pavone et de Harrison, signalés par la suite dans un travail de Launois, dans la *Gazette des hôpitaux*. Toujours est-il qu'à côté de ces expériences sur les animaux, il eut l'occasion d'opérer deux malades, et M. Legueu un troisième, et ces faits réunis les uns aux autres ne sont pas faits pour porter la conviction, comme l'a noté l'orateur dans ses conclusions.

Chez les trois malades, la section des canaux déférents a été bilatérale, et chez ces trois opérés, le résultat obtenu a été une diminution considérable dans le nombre quotidien des mictions.

A ce propos, M. Guyon fait remarquer que la thérapeutique par le cathétérisme permet d'arriver aux mêmes résultats, et conclut que si les expériences de son laboratoire n'ont pas été très concluantes, on peut cependant dire que l'examen de tous les faits permet de penser que l'isolement physiologique du testicule par la section des canaux déférents peut être capable d'amener à la longue l'atrophie de la prostate ; mais on ne sait pourtant si ce résultat peut être considéré comme définitif et s'il ne serait pas le même après un traitement par le cathétérisme.

Cette atrophie de la prostate qui porte sur le tissu glandulaire de l'organe se manifeste principalement par une diminution considérable dans le nombre des mictions, et il peut aussi arriver à supprimer les épididymites, qui sont la conséquence du cathétérisme.

L'orateur termine sa communication par la technique opératoire de la résection des canaux déférents : intervention facile et exempte de danger.

C'est M. Lannelongue (de Paris) qui monte ensuite à la tribune pour donner la **statistique microbienne de l'ostéomyélite**. Il commence à rappeler les longues discussions qui eurent lieu à l'Académie de médecine quand il fit sa première communication sur ce sujet. Il nous dit ensuite comment Pasteur trouva le staphylocoque orangé, l'agent infectieux de cette maladie, et montre ensuite combien la question s'est étendue et comment on a trouvé que c'est non seulement le staphylocoque doré, mais encore le blanc et le citrin qui peuvent produire cette terrible affection, et que même, avec son élève Achard, il a décrit des ostéomyélites à streptocoques, à pneumocoques, qu'il en existe sous la dépendance du bacille d'Eberth, et qu'il y a peu de jours encore cette affection a pu être la conséquence d'une infection par un agent saprogène, un *proteus vulgaris* chez le cobaye.

La statistique du chirurgien de Trousseau est aujourd'hui très vaste, puisqu'elle comporte 90 cas avec observations microbiologiques.

Sur ces 90 cas, 71 fois le staphylocoque a été l'agent infectieux; 11 fois c'est le streptocoque, et, dans les autres cas, on a trouvé le pneumocoque ou le bacille d'Eberth.

M. Lannelongue retrace ensuite les variétés cliniques correspondant aux variétés microbiologiques, et montre que la thérapeutique découle de l'étude de ces symptômes différents.

C'est ainsi qu'avec le staphylocoque les nécroses sont vastes, les séquestres étendus; l'os devra donc être attaqué, évidé, sur une grande étendue. Avec le streptocoque, les lésions sont moindres : de petites trépanations suffiront donc. Avec le pneumocoque il n'y a pas de nécrose; il sera donc inutile d'entamer le tissu osseux.

Enfin M. Lannelongue termine en traitant la question de l'âge, en montrant que le pneumocoque s'attaque surtout aux enfants en bas âge; puis viennent le streptocoque et le staphylocoque. Il cite aussi des faits en quelque sorte paradoxaux, mais qu'il faut bien constater, comme celui-ci, par exemple : un enfant pris d'une ostéomyélite dans le cours d'une pneumonie, et présentant une ostéomyélite à streptocoque.

Les **rétrécissements partiels du rectum** ont fait l'objet de la communication du professeur Tillaux. C'est une question sur laquelle il ne craint pas de revenir, car on semble ne pas avoir assez compris, nous dit-il, les conséquences que ce rétrécissement peut avoir en étant la cause de fistules très graves de l'anus.

On connaît la première observation qui mit M. Tillaux sur la voie du rétrécissement partiel; l'orateur la retrace et montre que la seule section de

la bride suffit pour tarir tous les trajets fistuleux. Depuis, des cas semblables se sont offerts à lui, et tout dernièrement encore dans son service de clinique de la Charité. Chez ce dernier malade, il existait huit fistules péri-anales, sacrée, périnéo-scrotale, et, huit jours après la destruction du rétrécissement partiel, les deux tiers de ces fistules étaient cicatrisées.

M. Tillaux termine en insistant sur la situation postérieure de cette bride, situation qu'il faut connaître pour trouver l'obstacle, et ne peut attribuer la formation de cette bride qu'à une cause congénitale.

Le quatrième orateur qui prend la parole est encore un professeur de la Faculté de Paris, M. Terrier, qui communique des faits intéressants et nouveaux sur le traitement chirurgical de l'**angiocholite et de la cholecystite infectieuse.**

Il commence par établir que comme toutes les lésions de cet ordre sont dues à l'infection, leur thérapeutique appartient de droit à la chirurgie et non à la médecine.

A l'heure actuelle, les médecins admettent l'intervention du chirurgien dans les cholécystites suppurées, c'est un progrès; mais il faut aller plus loin, les angiocholites et les cholécysistites, même non suppurées, vouent les malades à une mort presque certaine et l'ouverture de la vésicule biliaire peut les sauver.

La cholécystostomie a, en effet, l'avantage d'évacuer les calculs quand il y en a, de permettre la libre évacuation d'une bile qui est septique et qui, en s'écoulant, détermine mécaniquement l'évacuation des agents microbiens et désinfecte ainsi les voies biliaires d'une façon lente, mais sûre.

L'orateur cite à l'appui trois nouveaux faits dans lesquels l'incision de la vésicule et l'établissement d'une bouche vésiculaire a fait immédiatement tomber la température et cesser tous les symptômes. Les examens bactériologiques ont été faits. Le *bacterium coli* a été trouvé constamment et quelquefois le staphylocoque, et on a pu suivre la diminution du *bacterium coli*, coïncidant avec l'amélioration des malades.

Quand faut-il fermer la fistule biliaire? C'est là une question délicate, mais l'analyse bactériologique peut venir au secours de la clinique en montrant la disparition de l'agent infectieux.

En résumé, nous dit M. Terrier, dans les cas où des lésions des voies biliaires déterminent des accidents et une température constamment maintenue au-dessus de 38°, il faut pratiquer une laparotomie qui doit avoir pour but d'ouvrir la vésicule et de laisser une fistule béante. Ce traitement est bien supérieur à toute thérapeutique médicale, car les reins sont altérés dans les affections des voies biliaires et l'administration de médicaments antiseptiques à l'intérieur peut déterminer des troubles dans ces organes.

M. Demons (de Bordeaux) monte ensuite à la tribune et fait une communication intitulée : **De la dérivation des matières, appliquée systématiquement comme opération préliminaire à la cure de certains rétrécissements de l'œsophage et de certaines tumeurs du rectum.** Jusqu'ici, il n'a eu qu'à se louer de cette pratique. Dans les rétrécissements de l'œsophage, il commence par pratiquer une gastrostomie, et la bouche stomacale faite, il s'occupe du rétrécissement, qu'il dilate ou qu'il sectionne, soit par l'œsophagotomie interne, comme cela lui est arrivé deux fois, soit par l'œsophagotomie externe. Après la gastrostomie, toutes ces manœuvres deviennent bénignes. Quand le rétrécissement a été traité, le professeur de Bordeaux referme la bouche stomacale.

La conduite est identique pour les néoplasmes du rectum. Il commence toujours par pratiquer l'anus iliaque et peut alors avec sécurité faire l'opération de Kraske. C'est du reste là une conduite tenue par quelques chirurgiens, disons-le, et notamment par notre maître, Périer.

La première séance se termine par une intéressante communication de M. Monod, sur la **valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure.** C'est avec son élève, M. Macaigne, qu'il a fait cette étude expérimentale et clinique dont nous rapportons les conclusions, que l'auteur a été assez aimable pour nous remettre :

1° L'oxycyanure de mercure en solution à 5 °/₀₀ se montre dans les expériences de laboratoire, de valeur antiseptique toujours aussi grande, souvent plus grande que le sublimé en solution à 1 °/₀₀ ;

2° Sans présenter plus d'inconvénients que le sublimé, il offre l'avantage de n'attaquer ni les mains ni les instruments du chirurgien ;

3° L'oxycyanure de mercure pourrait donc être substitué au sublimé dans la pratique chirurgicale.

Les auteurs appuient ces conclusions, d'abord sur une pratique hospitalière et civile qui date de plus de quatre ans, puis sur trois séries d'expériences analogues à celles de MM. Tarnier et Vignal, par lesquelles ils démontrent que l'oxycyanure de mercure en solution à 5 °/₀₀ peut aussi bien, sinon mieux que la solution normale de sublimé à 1 °/₀₀ :

1° Empêcher le développement d'une culture ;

2° Tuer une culture développée ;

3° Stériliser un corps souillé.

Ils ont eu soin, pour donner plus de force à leur démonstration, de faire leurs essais, non sur des

cultures pures de streptocoques et de staphylocoques dépourvus de spores, et par conséquent de médiocre résistance, mais sur des poussières de salles d'hôpital, contenant des microbes variés : bacille pyocanique, streptocoques, *bacterium coli* et surtout un bacille ressemblant à la bactéridie charbonneuse, pourvu de spores, résistant à une température de 100°.

Jamais aucun accident grave d'intoxication n'a suivi l'usage de la solution sus-indiquée. On évitera cependant de l'employer en lavages, lorsqu'on aura à craindre que le liquide ne séjourne dans le lieu où il aura été injecté.

Donc sans vouloir proscrire l'acide phénique ou le sublimé, M. Monod recommande la solution d'oxycyanure de mercure à 5 °/₀₀ aux chirurgiens qui, comme lui, ont eu à souffrir de l'emploi des antiseptiques ordinairement en usage. Le fait que l'oxycyanure de mercure n'attaque pas les instruments d'acier est aussi à considérer, puisqu'il permet de n'utiliser qu'un seul produit au cours des opérations, ce qui est une grande simplification.

MM. Monod et Macaigne ont rappelé que c'est M. Chibret (de Clermont-Ferrand) qui, le premier a attiré l'attention sur la valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure.

***

La deuxième journée a été consacrée à la discussion de la première question mise à l'ordre du jour et ayant pour titre : **Chirurgie du poumon**. M. Reclus, rapporteur, nous a lu un travail trop étendu pour que nous puissions, non seulement le donner *in extenso*, mais même l'analyser; nous nous bornerons donc à en transcrire plus loin les conclusions. Nous avions lu avant de l'entendre ce travail dont nous ne pouvons que faire l'éloge, car il étudie les faits, les raisonne et en déduit une thérapeutique sage, bien conforme aux traditions de la chirurgie française. A notre avis pourtant, nous pensons qu'il eut dû être fait une plus grande place à l'étude des suppurations pulmonaires non tuberculeuses. M. Reclus passe sous silence toutes les pleurésies interlobaires suppurées; nous savons bien que le titre même de la question portait (plèvre exceptée), mais peut-être le rapporteur s'est-il trop tenu au pied de la lettre; nous allons essayer de le prouver.

De toutes ces suppurations pulmonaires, les pleurésies interlobaires métapneumoniques sont de beaucoup les plus fréquentes; l'abcès propre du parenchyme pulmonaire, le ou les petits abcès consécutifs à la pneumonie étant en général des trouvailles d'autopsie. Il est vrai, pourra-t-on nous dire, que le point de départ est une pleurésie et que les maladies chirurgicales de la plèvre ne rentraient pas dans la question. A notre avis, il fallait faire pourtant une exception pour la plèvre interlobaire, car ses lésions se comportent d'une façon toute particulière; nous allons le prouver. Quand une pleurésie interlobaire se forme, qu'arrive-t-il? l'épanchement qui arrive si souvent à la purulence se localise immédiatement par le fait de la coalescence presque immédiate qui se produit entre les deux feuillets interlobaires, il y a donc là une collection purulente entourée de parenchyme pulmonaire ; mais cette pleurésie dégénère en abcès du poumon, car la paroi pleurale de l'abcès ne tarde pas à être détruite, et le tissu pulmonaire en même temps, à ce point même que des vomiques se produisent par les bronches mises en communication avec l'abcès. Qu'a-t-on fait jusqu'ici pour arriver sur ces collections? des pneumotomies. Ces lésions rentrent donc bien dans la chirurgie du poumon et il nous semble qu'il eût été intéressant de discuter le diagnostic différentiel de l'abcès propre du poumon de celui consécutif à la pleurésie interlobaire, de chercher par quelle voie et à quel niveau on peut l'aborder, toutes questions qui sont des plus délicates en clinique.

M. Reclus nous pardonnera certainement cette petite critique qui ne porte en somme que sur la façon d'interpréter la question, et nous allons maintenant donner les sages et claires conclusions de son rapport :

« La chirurgie pulmonaire n'obéit pas, comme le prétendait Gluck, aux mêmes lois que la chirurgie générale : ligature pour les vaisseaux ouverts, extirpation pour les tumeurs, incision pour les collections morbides. La structure de l'arbre aérien, ses fonctions dans l'hématose, ses rapports avec le cœur, l'existence d'une cavité pleurale imposent une grande réserve et limitent nos interventions.

« La résection temporaire ou définitive d'une portion de la paroi thoracique pour atteindre une plaie pulmonaire et tarir une hémorragie mortelle à brève échéance peut être une ressource suprême qu'il faut connaître, mais elle est dangereuse et l'expérience ne l'a point encore sanctionnée.

« La résections des masses tuberculeuses doit être proscrite : en effet, si les lésions sont graves ou diffuses, elles nécessitent un délabrement trop étendu que supporterait mal l'organisme; si le noyau de bacillose est circonscrit, le traitement général en aura aussi facilement raison qu'une intervention qui n'est pas innocente.

« La pneumectomie dans les cancers primitifs n'est même pas discutable. Une tumeur accessible, unique et circonscrite serait une rareté clinique que ne révèleraient pas nos moyens actuels d'investigation. A la rigueur, on pourrait, comme Kronlein l'a fait, poursuivre jusque dans le poumon certains sar-

comes propagés dans la paroi thoracique. Mais ce ne sera jamais là qu'une chirurgie d'exception.

« Avec les lésions cavitaires, l'intervention se précise et se généralise. Cependant, l'incision se pratiquera bien rarement pour les cavernes tuberculeuses et les ectasies bronchiques, car ces lésions sont presque toujours diffuses. En tous cas, la pneumotomie n'est alors que palliative.

« Au contraire, les kystes hydatiques, la gangrène et les abcès peuvent beaucoup bénéficier de l'incision; cette intervention est vraiment radicale et sauve souvent l'opéré. Aussi la pneumotomie ne saurait être trop recommandée dans ces cas, et les médecins à qui est confiée cette catégorie de malades, ne devraient plus oublier cette ressource précieuse que leur offre la chirurgie.

« La technique de la pneumectomie varie trop, suivant le genre de tumeurs qu'on attaque, pour qu'on puisse en tracer les règles. Les manœuvres de la pneumotomie sont déjà plus précises : incision large des parties molles, résection suffisante des côtes, opération en deux temps ou suture rigoureuse des deux feuillets de la séreuse, lorsque la plèvre est libre, ouverture du poumon avec le thermocautère au rouge sombre, pas d'injection dans la cavité, respect prudent des vaisseaux dont la rupture provoquerait des hémorragies, drainage de la caverne avec des tubes souples et de la gaze iodoformée. »

Nous dirons peu de chose de la communication de M. Péan, intitulée : **quelques cas de chirurgie du poumon**. L'orateur reprend les différentes observations qu'il a recueillies dans sa pratique et renvoie souvent à ses publications. Il paraît partisan de l'abstention dans les traumatismes pulmonaires et termine en citant des opérations d'empyème, faites pour des pleurésies purulentes, en communication avec des cavités tuberculeuses. Il cite aussi un cas d'intervention pour un kyste hydatique et pour une tumenr chondromateuse du poumon.

M. Bazy (de Paris) fait, d'après une observation, ressortir les avantages de l'**incision pleurale exploratrice**. Voici les faits saillants de cette intéressante observation : Un jeune homme de vingt ans, atteint depuis trois mois d'expectoration abondante et fétide. A l'auscultation, signes négatifs ; à la percussion, son de matité à la base du poumon. M. Bazy commence par ouvrir la plèvre sur la neuvième côte et passe le doigt qui explore la séreuse et bouche l'ouverture en empêchant ainsi le pneumo-thorax. Il découvre très haut une adhérence, ferme l'incision inférieure et se porte sur la surface adhérente, qui siégeait en face de la quatrième côte du côté droit; il résèque la quatrième côte, la traverse très profondément, et tombe sur le foyer qui laisse échapper un liquide brunâtre et fétide. A partir de l'intervention, amélioration considérable et guérison. N'est-il pas permis de se demander s'il n'y a pas eu là une pleurésie suppurée interlobaire? La petite scissure siège juste en face de la quatrième côte. Nous laissons ce petit point de côté et disons avec M. Bazy : On peut se demander, si dans quelques-uns des cas dont parle M. Reclus dans son rapport, l'absence d'adhérences n'était pas apparente et si une exploration de la plèvre ne les eût pas fait découvrir et n'eût pas permis, comme dans son cas, d'ouvrir le foyer sans danger et dans une même séance opératoire.

En tout cas, cette observation montre que l'ouverture de la cavité pleurale saine ou en partie saine peut être faite sans danger et que l'exploration de la surface du poumon et de sa consistance, peut être exécutée sans péril et pour le plus grand bien des opérés.

(A suivre.) Eugène Rochard.

LES NOUVELLES RÉFORMES HOSPITALIÈRES

Ce qui avait été prévu arrive. Il n'y a pas quinze jours que le nouveau règlement des consultations est en vigueur et déjà on peut en apprécier les regrettables effets. Plusieurs médecins et chirurgiens ont tenu à continuer à faire leur consultation ; de là, conflit entre le corps médical et l'administration, conférences chez le directeur, à la suite desquelles le *Bulletin médical*, dans son numéro du 23 octobre donne le post-scriptum suivant :

« *P.-S.* — Nous ne croyons pas nous aventurer en disant qu'à la suite d'entretiens qu'il a eus hier avec plusieurs chefs de service bien décidés à continuer leur consultation quand même, M. le directeur de l'Assistance publique — et nous l'en félicitons — a eu un excellent mouvement. Nous serions, en effet, extrêmement surpris si, d'ici à huit jours au plus, on ne voyait apparaître une circulaire administrative par laquelle seront autorisés à donner la consultation externe, tous les chefs de service qui en feront la demande, en prenant l'engagement de remplir exactement cette charge. En seraient dispensés, et vivraient, par conséquent, sous le régime nouveau, ceux auxquels plairait ce régime.

« On finira donc, somme toute, par où l'on aurait dû commencer ! »

Si nos renseignements sont exacts, il n'en serait pas tout à fait ainsi. On parle même de comparution de certains chefs de service devant le tribunal du Conseil de surveillance.

Tout cela est fort regrettable ; mais ce qu'il l'est davantage, c'est que les malades se plaignent de ne

pouvoir s'adresser au médecin ou au chirurgien de leur choix, et il devait se plaindre. Aussi celui cité par la *Médecine moderne*, qui s'étant cassé la jambe au Bois de Boulogne, n'a, de par le nouveau règlement, pu être hospitalisé à l'hôpital le plus voisin, à Beaujon, mais a été obligé, de voir son pauvre membre fracturé, secoué jusqu'à Saint-Antoine, hôpital de sa circonscription.

De plus, la porte des consultations se ferme à dix heures, et depuis ce moment jusqu'à midi, les internes des hôpitaux sont obligés de continuer à donner des consultations comme par le passé. Et la répartition des malades ! On quitte sa salle sans brancard et le lendemain on en retrouve dix. Nous en passons et des meilleurs. Du reste les dossiers se constituent. Dans chaque service ces faits s'accumulent et paraîtront au moment voulu :

« Dans ces conditions, ajoute le *Bulletin médical*, pourquoi agacer, irriter, froisser médecins et chirurgiens, en voulant appliquer un règlement inapplicable ?

« Oui, pourquoi ? Sans doute parce que ce règlement devait être le couronnement d'une œuvre que l'on n'ose avouer, mais que l'on poursuit patiemment et depuis longtemps. On se sera dit que ce nouveau règlement permettrait enfin à l'Assistance publique de battre en brèche, dans une certaine mesure, la supériorité que donne aux chefs de service des hôpitaux leur valeur personnelle, supériorité hautement reconnue par tout le monde, sauf par l'Administration, qui n'a jamais voulu admettre que les médecins et chirurgiens des hôpitaux aient même voix consultative dans la direction et l'administration de leurs hôpitaux respectifs.

« Il y a longtemps, du reste, que ce désir d'amoindrir le corps médical des hôpitaux est le rêve des « buralistes » qui administrent, de la façon que l'on sait, la fortune des pauvres. Mais il était difficile d'y parvenir. Il y a quelques années, on saisit avec empressement, dans ce but, l'occasion offerte par l'incident Strauss-Heppenheimer, les deux conseillers municipaux qui, ayant pénétré un jour dans une salle d'hôpital sans se faire connaître, eurent avec un externe du service une altercation un peu vive.

« M. Heppenheimer est redevenu un simple citoyen et M. Strauss a été le premier à regretter cet incident qui fit alors beaucoup de bruit.

« Les conseillers municipaux l'ont certainement oublié depuis longtemps. Et, cependant, depuis lors, toutes les vexations parties de l'avenue Victoria à l'adresse des chefs de service et de leurs collaborateurs sont réputées inspirées par le Conseil municipal et se multiplient peu à peu. »

Dans les nouvelles réformes, on a aussi supprimé l'allocation de 30 fr. par mois donnée aux externes des hôpitaux excentriques. Cette modique somme était pour beaucoup une petite fortune, et quelques médecins et chirurgiens des hôpitaux, aujourd'hui arrivés, se rappellent l'importance qu'elle avait pour eux. Cette suppression avait pour but de faire en partie face aux dépenses exigées par les consultations.

La jeunesse n'a pas été satisfaite et elle l'a montré en ne permettant pas au jury de l'externat de siéger. L'administration de la rue Victoria a dû être défendue par la police et il est fort difficile d'y rentrer. Nous ne donnons pas raison aux étudiants dans les moyens qu'ils emploient pour leurs revendications, loin de là, et il est toujours triste de voir démolir un amphithéâtre de cours ; mais nous sommes forcé d'avouer qu'au point de vue de la répartition des fonds, il est bizarre de voir supprimer 300 fr. à l'externe d'un hôpital dans lequel on donne 3,000 fr. à un jeune médecin et 3,000 fr. à un autre jeune chirurgien qui font les consultations, quand leurs maîtres, les chefs de service du même hôpital, n'en touchent que 1,500.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 octobre 1895

On sait que les tentatives de *sérothérapie antitétanique* sont restées à peu près sans résultat. M. Nocard en donne la raison dans une fort intéressante communication. Après avoir rapidement rappelé les propriétés des toxines microbiennes, la façon dont elles se comportent vis à vis de la chaleur et de la filtration sur porcelaine, leur énorme puissance, après avoir énuméré les principales méthodes pour rendre les animaux réfractaires à ces toxines et aux micro-organismes qui les produisent, M. Nocard cite la belle expérience de Behring et Kitasato qui a servi de base à la sérothérapie : Si l'on mélange à de la toxine diphtérique ou tétaniqne du sérum d'un animal immunisé contre la diphtérie ou le tétanos, le mélange peut être injecté impunément, même à dose considérable, aux animaux les plus sensibles au poison ; même résultat si l'on injecte à un même cobaye, en des régions éloignées, d'une part une dose sûrement mortelle de toxine, et, d'autre part, une très petite dose de sérum. On peut encore empêcher la mort de l'animal même si l'injection de sérum est postérieure de quelques heures à l'injection de toxine.

Behring et Kitasato avaient conclu de cette expérience que le sérum contient une substance, une antitoxine qui détruit le poison. Il n'en est rien cependant, ainsi que l'a démontré Roux : dans le mélange de toxine et de sérum, la toxine conserve en effet ses propriétés, puisque ce mélange injecté à des animaux qui ont subi l'action d'autres microbes ou d'autres produits microbiens les tue avec les lésions et les symptômes du tétanos et de la diphtérie. Si le sérum agit, c'est donc, semble-t-il, qu'il exerce sur les cellules des animaux *neufs* une stimulation particulière qui augmente leur énergie au point qu'elles deviennent capables de résister à l'action du poison.

Quoi qu'il en soit, le sérum des animaux vaccinés contre le tétanos et la diphtérie est à la fois préservateur et curateur.

Mais tandis que la diphtérie se décèle par des signes évidents avant que l'intoxication soit complétement réalisée, dans le tétanos, au contraire, les premiers symptômes sont les manifestations de l'intoxication déjà réalisée, et si la quantité de toxine absorbée est suffisante ou la toxine suffisamment active, rien ne pourra enrayer les effets de l'intoxication qui s'est effectuée silencieusement depuis déjà plusieurs jours. C'est ce que montrent jusqu'à l'évidence les expériences sur les animaux; elles montrent aussi l'inutilité de l'éradication du foyer, de l'amputation de l'organe au niveau duquel se trouve la porte d'entrée du microbe du tétanos.

Il faut donc renoncer, du moins pour le moment, à l'espoir de guérir le tétanos déclaré; les cas aigus sont à peu près toujours fatalement mortels; seuls quelques cas de tétanos chronique guérissent.

Mais n'est-il pas possible d'utiliser les propriétés préservatrices d'un sérum antitétanique? Évidemment il est impossible d'injecter du sérum à toute personne qui s'est fait une plaie, une piqûre, une écorchure. Mais il est des pays où le tétanos ombilical tue 20, 30 et 40 °/₀ des nouveau-nés. Les blessures faites par les flèches des naturels des Nouvelles-Hébrides sont, pour la plupart, suivies de tétanos à bref délai. Dans toutes ces circonstances, pourquoi n'userait-on pas du sérum d'une façon préventive? En France même, il pourrait être utilisé dans ce but. Les plaies par armes à feu en temps de chasse, les plaies par écrasement, les plaies souillées par la terre cultivée sont particulièrement redoutables au point de vue du tétanos. Après le pansement antiseptique, pourquoi ne ferait-on pas une injection de sérum? A l'heure actuelle, nombre de chirurgiens ont adopté cette mesure, elle mériterait de se généraliser.

En tous cas, elle a déjà donné pour les animaux des résultats appréciables. Pendant le premier semestre de cette année, M. Nocard a distribué à des vétérinaires près de 1,800 flacons de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Les renseignements qu'il a pu se procurer sur les résultats obtenus s'appliquent à 375 animaux, atteints de blessures diverses, dont 327 chevaux, ânes ou mulets, 47 agneaux et 1 bœuf. Le sérum s'est montré absolument inoffensif, et aucun de ces animaux n'a contracté le tétanos, alors que cette affection est relativement très fréquente chez les animaux blessés.

On peut donc penser avec M. Nocard que si le traitement curatif du tétanos est encore à trouver, on pourrait du moins, grâce aux injections préventives de sérum antitoxique, réduire dans une large mesure le nombre des victimes de cette terrible maladie.

Dans les expéditions faites dans les pays tropicaux, l'injection préventive a d'ailleurs déjà été admise sur un rapport de M. Vaillard, ainsi que le rappelle M. Léon Colin.

— M. Péan montre une malade atteinte de *rhinosclérome* à laquelle il a enlevé le nez, la cloison des fosses nasales, les cornets, les méats, les sinus maxillaires et ethmoïdaux. La malade a guéri, et grâce à la prothèse, M. Péan lui a restauré le nez, le palais, les alvéoles.

Ce fait démontre d'une part l'extension que peut prendre le rhinosclérome, et d'autre part l'utilité d'une large intervention chirurgicale. Il faut opérer comme s'il s'agissait d'une tumeur maligne, sans laisser aucun point suspect.

— Deux nouveaux cas *d'actinomycose* rapportés par M. Poncet, de Lyon, et à ajouter aux onze cas qu'il a publiés précédemment. Un de ces deux derniers cas, rebelle au traitement médical et chirurgical, paraît devoir se terminer par la mort.

— Le *glaucome chronique* était jusqu'ici incurable. M. Ch. Abadie vient annoncer à l'Académie qu'il n'en est plus ainsi aujourd'hui. Il a, en effet, obtenu des guérisons grâce à l'emploi régulier et systématique d'un collyre myotique à l'ésérine ou à la pilocarpine, à la dose de 1 °/₀, 1/2 °/₀ ou 1/4 °/₀ suivant la tolérance du sujet. M. Abadie prescrit, en même temps que l'instillation quotidienne du collyre, 1 gramme ou 2 de bromure de potassium par jour, et 30 à 50 centigrammes de sulfate de quinine tous les deux jours. Au bout d'un mois la médication est suspendue quatre jours sur huit; puis, dès que la tension oculaire est redevenue normale, on la continue deux jours tous les huit jours, et cela indéfiniment si cela est nécessaire.

— Signalons en terminant les résultats d'une nouvelle méthode de craniectomie due à M. Doyen : en dix ou quinze minutes, à l'aide de fraises et de mortaises spéciales actionnées par un moteur électrique, on ouvre le crâne, sans que le sujet éprouve le moindre ébranlement cérébral; enfin une observation de hernie lombaire congénitale présentée par M. Audain.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance du mercredi 23 octobre n'a pas eu lieu, les membres de la Société étant au Congrès de Chirurgie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 octobre 1895

M. Merklen présente l'observation d'un cas d'*ictus laryngé*; la rareté de cet accident donne un véritable intérêt à cette communication. Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, qui entra à l'hôpital, parce depuis trois semaines il était pris plusieurs fois par jour de violentes quintes de toux à la suite desquelles il tombait sans connaissance. Ce malade n'était ni syphilitique, ni alcoolique, et on ne trouvait aucune tare nerveuse dans ses antécédents. Tous les hivers, depuis une dizaine d'années, il toussait, et c'est à l'occasion d'une recrudescence récente de la toux que les premières chutes s'étaient produites. L'examen du pharynx, de la luette et du larynx, démontre que les organes étaient sains; les reins et le cœur étaient normaux; le malade n'avait pas de fièvre. Le malade n'était pas hystérique, ni tabétique, ni épileptique; il avait seulement de l'emphysème pulmonaire. Ses crises d'ictus laryngé présentaient les caractères habituels : début par un picotement du larynx, déterminant une toux quinteuse, sensation de strangulation, cyanose, sueurs de la face, obnubilation de la vue et de la conscience, chute avec ou sans perte de connaissance.

M. Merklen obtint, dans ce cas, d'excellents effets de l'antipyrine à la dose quotidienne de 2 ou 3 grammes. Au bout de quelques jours les crises avaient complètement disparu.

Ce fait de M. Merklen répond bien à la description classique de l'ictus laryngé, telle que Charcot l'avait donnée. Survenant chez les emphysémateux, les arthritiques, les obèses, les vieux tousseurs, il est peut-être plus fréquent qu'on ne pense; mais peu de malades l'accusent. Certains auteurs, Cartaz, Ruault, Garel et Collet, etc., en ont publié

des cas assez nombreux. Le diagnostic en est ordinairement assez facile, et ce n'est guère qu'avec les crises laryngées du tabès qu'on pourrait le confondre, si cette affection ne se traduisait par un ensemble de lignes caractéristiques.

La pathogénie de l'ictus laryngé n'est pas encore élucidée; pour quelques-uns (Knight, Garel et Collet), il est dû à un trouble de la circulation céphalique consécutif à la toux; d'autres (Armstrong, Cartaz, Ruault) pensent qu'il s'agit d'un phénomène d'inhibition, d'un trouble réflexe causé par l'hyperexcitabilité de la muqueuse des voies aériennes supérieures et déterminant tantôt de simples phénomènes spasmodiques, tantôt une véritable syncope. M. Merklen pense qu'il faut tenir compte à la fois du trouble de la circulation encéphalique, de l'anémie bulbaire et de l'hyperexcitabilité laryngée.

Le pronostic est très bénin. Quant au traitement, on donne avec avantage du bromure de potassium, de la belladone, de l'opium. On est obligé quelquefois de recourir à un traitement local, tel par exemple que l'excision de la luette hypertrophiée ou l'ablation d'un polype laryngé ou du nez, car ce sont là des causes efficaces de la production de l'ictus laryngé. L'antipyrine, qui a donné ici d'excellents résultats, devra être essayée dans d'autres cas analogues.

— On soupçonnait l'origine infectieuse de la paralysie ascendante aiguë; dans le fait que MM. Marie et Marinesco communiquent à la Société, ces auteurs ont pu constater la réalité de la nature infectieuse de l'affection. Chez un jeune homme de dix-neuf ans, palefrenier, entré à l'hôpital avec tous les signes des infections graves, céphalalgie, fièvre vive, etc., ils virent se développer sous leurs yeux les symptômes classiques de la maladie de Landry; sept jours après, le malade succombait à des accidents cardiaques, après avoir eu du délire.

Le cerveau et le bulbe devaient donc être intéressés.

L'autopsie révéla l'existence d'un ramollissement hémorragique de la substance des cornes antérieures, avec lésions vasculaires très marquées. La moelle, dans les régions cervicales et dorsales, contenait une énorme quantité de bacilles qui paraissent être ceux du charbon. Malheureusement on n'avait pas fait de cultures.

Il y en avait aussi dans le bulbe et dans le cerveau, mais ici en moindre abondance. Dans la moelle lombaire, il n'y en avait pas, mais cela pourrait tenir à ce qu'il y avait déjà un autre microbe, peut-être le streptocoque, et l'on sait que la bactéridie charbonneuse ne vit pas volontiers avec d'autres microbes.

Il faut ajouter que la porte d'entrée de l'agent pathogène est restée inconnue.

— MM. Marie et A. Bernard communiquent ensuite un fait curieux de tabès survenu chez deux individus qui, en 1869, avais pris la syphilis le même jour et à la même femme. La syphilis évolua chez eux d'une façon bénigne : le traitement fut peu énergique. Or, à la fin de 1890, chez l'un, et au commencement de 1891, chez l'autre, apparaissaient des signes non douteux de tabès. Chez les deux, les troubles oculaires ont dominé.

Ces faits sont à rapprocher de ceux publiés par M. Morel-Lavallée, qui pense que certaines syphilis ont une prédilection particulièrement marquée pour le système nerveux. Ce sont, d'après son expression, « les syphilis à virus nerveux ».

— L'évacuation de calculs biliaires par la voie stomacale est un phénomène assez peu fréquent. Chez une malage âgée de trente-six ans, M. Hayem a vu des lavages de l'estomac amener l'expulsion de 38 calculs volumineux. Après une première période marquée par des crises douloureuses analogues à celles des coliques hépatiques, mais sans ictère, s'était développée une dilatation de l'estomac, due évidemment à une sténose pylorique de cause extrinsèque; puis était survenue une troisième période, douloureuse aussi, caractérisée par des contractions péristaltiques violentes et des vomissements abondants et fréquents. Ces douleurs cessèrent dès que les lavages de l'estomac eurent amené le rejet complet des calculs. M. Hayem pense qu'il s'était fait dans ce cas une fistule cholécysto-gastrique.

Cruveilhier avait insisté sur la rareté de ces fistules, et il l'expliquait par la faible étendue des rapports de contiguïté entre l'estomac et la vésicule. Les déformations produites par le corset amènent, ainsi que M. Hayem a pu s'en rendre compte sur le cadavre, le rapprochement des deux organes; or, sa malade portait des traces évidentes de compression de la taille par le corset.

— Au commencement de la séance, M. Catrin a lu, au nom de M. Mattignon, attaché à la Légation française de Pékin, un mémoire contenant trois observations de typhus exanthématique, avec complications rares : gangrène de la peau de la jambe, ostéomyélite généralisée, atrophie de la main.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre 1895 :

COURS

Chimie appliquée à la médecine : M. Gautier. Chimie médicale, minérale, organique et biologique; mardi, jeudi, samedi, à midi (grand amphithéâtre).

Anatomie : M. Farabeuf. La tête et le rachis; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (grand amphithéâtre).

Histologie : M. Mathias-Duval. La cellule et les tissus en général. Les tissus conjonctifs, cartilagineux, osseux. Les tissus musculaires : Le sang et les vaisseaux. Les glandes; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (grand amphithéâtre).

Physiologie. M. Richet. Respiration. Circulation. Digestion. Nutrition; lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique).

Pathologie chirurgicale : M. Lannelongue (M. Nélaton, agrégé, suppléant). Chirurgie des membres; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Opérations et appareils : M. Terrier. Opérations qui se pratiquent sur le cou, le thorax et le rachis; lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (grand amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. Dieulafoy. Maladies des reins; mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (grand amphithéâtre).

Pathologie expérimentale et comparée : M. Straus. La bactériolofie dans ses applications à la médecine. Technique bactériologique. Principaux microbes pathogènes; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale à l'École pratique).

Anatomie pathologique (fondation Dupuytren) : M. Cornil. Anatomie pathologique générale. Lésions des cellules. Inflammations. Dégénérescences. Néoplasmes. Lésions dues à la présence des parasites; lundi, vendredi, à 5 heures (petit amphithéâtre); mercredi, à 2 heures (École pratique).

Thérapeutique et matière médicale : M. Landouzy. Sérothéraphie : Doctrine et applications. — Des médications et indications thérapeutiques au cours des affections du rein;

lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pharmacologie : M. Pouchet. Antiseptiques. Anesthésiques et antianesthésiques. Hypnotiques; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (amphithéâtre de pharmacologie).

Histoire de la médecine et de la chirurgien (fondation Salmon de Champotrau) : M. Laboulbène. Histoire des doctrines médicales. Biographie et bibliographie médico-chirurgicales; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Conférences de médecine légale : M. Brouardel. Conférences de médecine légale pratique; lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES

(Visite des malades tous les matins.)

Cliniques médicales : M. G. Sée (M. Charrin agrégé, chargé de cours), lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu); M. Potain, mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité); M. Jaccoud, mardi, samedi, à 9 heures et demie (à la Pitié); M. Hayem, mardi, jeudi, samedi, à 10 heures (à l'hôpital Saint-Antoine).

Cliniques chirurgicales : M. Duplay, mardi, vendredi, à 9 heures et demie (à l'Hôtel-Dieu); M. Le Dentu, mardi, vendredi, à 9 heures et demie (à l'hôpital Necker); M. Tillaux, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures et demie (à la Charité); M. Berger, lundi, vendredi, à 9 heures et demie (à la Pitié).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Joffroy, mercredi, samedi, à 9 heures et demie (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants : M. Grancher (M. Marfan, agrégé, chargé de cours), mardi, samedi, à 4 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Fournier, mardi, vendredi, à 9 heures et demie (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux : M. Raymond, mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpêtrière).

Clinique ophtalmologique : M. Panas, lundi, vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. (M. Guyon, mercredi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements : M. Tarnier (M. Bar, agrégé, chargé de cours), mardi, samedi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas); M. Pinard, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal).

Professeurs honoraires : MM. Sappey, Pajot.

CONFÉRENCES

Anatomie : M. Poirier, agrégé. Abdomen et membres inférieur; mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (grands amphithéâtre de l'Ecole pratique).

Pathologie interne : M. F. Widal, agrégé. Maladies de l'appareil respiratoire; lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (grand amphithéâtre).

Pathologie externe : M. Tuffier, agrégé. Organes génito-urinaires; mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (petit amphithéâtre).

Médecine légale : M. Thoinot, agrégé. Blessures (homicide, suicide). — Empoisonnements. — Avortements; lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures (petit amphithéâtre).

Hygiène : M. Netter, agrégé. Étiologie et prophylaxie des maladies transmissibles. — Fièvres éruptives, diphtérie, tuberculose, lèpre; mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (grand amphithéâtre).

Obstétrique : M. Varnier, agrégé. La grossesse. — Accouchement normal. — Suite de couches normales et pathologiques. — Soins à donner aux nouveau-nés. — Pathologie de la grossesse; mardi, jeudi, samedi, à 6 heures (petit amphithéâtre).

Maladies de la peau : M. Gaucher, agrégé. Dermatoses diathésiques et pathogénétiques; dimanche, à 10 heures et demie (à l'hôpital Saint-Louis).

TRAVAUX PRATIQUES

Chimie biologique : M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. Manipulations de chimie biologique. — Conférences et démonstrations; mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures et demie (Ecole pratique).

Anatomie : M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie; tous les jours, de 1 heure à 4 heures (Ecole pratique).

Anatomie pathologique : M. Brault, chef des travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Conférences et démonstrations; tous les jours, à 2 heures (Laboratoire des travaux d'anatomie pathologique).

Des affiches spéciales feront connaître l'ouverture des travaux pratiques.

Concours de l'internat. — L'ouverture du concours de l'internat en médecine qui avait été fixée au lundi 21 octobre, à midi, a eu lieu le vendredi 25 octobre, à la même heure.

Cette séance, qui a été consacrée à la composition écrite, a eu lieu le vendredi 25 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Le jury de ce concours est définitivement constitué de la façon suivante :

MM. Sevestre, Segond, Rochard, Pozzi, Bonnaire, Porak, Hallopeau, Mathieu, Delbet, et, en remplacement de M. Dumontpailler, M. Audhoui.

Concours de l'externat — Le jury du concours de l'externat est définitivement constitué de la façon suivante :

MM. Lepage, Wurtz, Guinon, Morel-Lavallée, Dalché, Legueu, Sebileau et Faure.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Bruchon, professeur d'anatomie, est admis, sur sa demande, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1895. M. Bruchon est nommé professeur honoraire.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Traitement de l'attaque de rhumatisme articulaire aigu simple.
II. Feuilleton.
III. Congrès français de Chirurgie.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Soc. de Chirurgie ; 3° Soc. médicale des Hôpitaux.
V. Les livres nouveaux.
VI. Échos et nouvelles.

TRAITEMENT DE L'ATTAQUE DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SIMPLE

Le rhumatisme articulaire aigu a une médication spécifique, le salicylate de soude. L'acide salicylique a été employé dans le traitement du rhumatisme pour la première fois en 1876, par Stricker, qui, probablement, agissait empiriquement. Actuellement, l'acide salicylique est abandonné et tout le monde ordonne le salicylate de soude préconisé par G. Sée, en 1877.

Voici quelle était la pratique de notre regretté maître Dujardin-Beaumetz :

Donner dans les vingt-quatre heures (toutes les quatre ou deux heures) quatre à huit cuillerées à bouche de la solution suivante :

Salicylate de soude.....	15 grammes.
Eau.....	250 —

Verser chaque cuillerée dans de l'eau tiédie à laquelle on a ajouté une petite quantité d'eau-de-vie, de kirsch ou de rhum.

On doit, en même temps, donner des diurétiques dont le meilleur est le lait. Paul et Labbé administrent avec le salicylate des eaux de Vichy, de Pougues ou de Vals.

Si la médication est cessée trop brusquement, il y a des rechutes. Aussi Dujardin-Beaumetz conseille-t-il de continuer d'administrer le salicylate pendant quinze jours, trois semaines, à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

Baudoin a fait, en 1892, une enquête sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu auprès des médecins des hôpitaux de Paris. Tous emploient le salicylate et il n'y a que de petites différences dans leurs pratiques.

Straus prescrit 6 à 8 grammes chez l'homme, 5 à 6 grammes chez la femme, et additionne la potion de sirop de menthe afin de masquer la saveur désagréable du médicament ; il la donne en deux fois, vers le soir, à deux ou trois heures d'intervalle. Une fois douleurs et fièvre disparues, Straus continue l'administration du médicament pendant cinq à six jours en diminuant chaque fois la dose de 1 gramme. Le professeur Bouchard emploie à la fois le salicylate (5 grammes par jour) et le bicarbonate de soude (10 grammes) ; il ne cesse le traitement interne que cinq ou six jours après la disparition des lésions locales.

Millard débute par 4 grammes et élève peu à peu les doses ; rarement il arrive à 8 grammes. Au contraire, Bucquoy commence d'emblée par cette

FEUILLETON

Hypnotisme en chambre.

C'était à l'époque où les premières fureurs de l'hypotisme extra-scientifique sévissaient un peu partout. Même en la petite sous-préfecture où me ramenaient deux fois par an les vacances, le fameux Donato était venu offrir, au « Grand Café de l'Armée », une série de séances qui avaient été pour le patron de l'établissement une aubaine comparable, toutes proportions gardées, à celle dont se congratulaient récemment les cafetiers de Montparnasse. Ce Donato avait exercé dans les paisibles intelligences de ma petite ville d'affreux ravages. Pendant les quelques jours qu'il y passa, des jeunes gens qui lui avaient servi de sujets d'expériences n'osaient plus sortir, de peur de le rencontrer dans la rue et d'être saisis de l'irrésistible désir de le suivre, les yeux rivés à ses yeux, comme cela était arrivé à l'un d'eux, qui en rougissait encore de honte longtemps après.

L'effervescence des cervelles ne s'apaisa pas avec le départ du magnétiseur, comme on l'appelait. Durant de longs mois on ne parla plus d'autre chose. Partout les soirées se prolongèrent en interminables conversations sur les faits dont on avait été témoin. Les discussions qui s'éternisaient sur les banquettes en moleskine du Grand Café firent un tort sensible à la consommation de la bière. Oreilles affamées n'avaient plus de ventre, et le patron put craindre un instant de voir s'en aller en bavardages son beau bénéfice des premiers jours.

On fit plus que de parler. Quelques enthousiastes, qui se sentaient du *fluide*, essayèrent sa qualité sur des amis complaisants. On fit la partie de s'hypnotiser en petit comité. On répéta les expériences du maître ; on les corsa même. Il fut question de fonder une « Société d'hypnotisme » dont le bureau se constituerait en « Comité technique d'études ». Quelques séances semi-publiques furent offertes. A l'une d'elles, une scène tragi-comique égaya les assistants. On venait de suggérer à un des sujets somnambulisés qu'il prenait un excellent bain de rivière. C'était un jeune soldat bien entraîné à ce jeu ; il s'était déshabillé,

dernière dose. Talamon regarde toute autre médication que le salicylate de soude comme superflue ; il est partisan de l'emploi des fortes doses (6 grammes dès le début), mais fractionnées. Pour Faisans, le salicylate a une action si nette qu'il peut servir de pierre de touche pour le diagnostic. Si sur un malade atteint d'arthropathies multiples il ne produit rien, c'est que l'on a probablement affaire à un pseudo-rhumatisme.

Les médecins d'enfants sont également favorables à l'emploi du salicylate, d'autant que les petits malades le supportent parfaitement bien. Sevestre débute par 2 ou 3 grammes au-dessous de six ans ; 3 à 4 grammes de six à dix ans, 4 à 5 grammes au-dessus de cet âge ; il insiste sur la nécessité de ne pas trop diviser les doses. J. Simon commence par de faibles doses, 0,50 en vingt-quatre heures et augmente chaque jour de 0,50.

Tous les médecins insistent sur la nécessité de ne pas suspendre brusquement l'usage du salicylate. Barth continue les 4 à 8 grammes par vingt-quatre heures qu'il conseille de donner dès le début pendant six à huit jours, et administre une dose moitié moindre pendant un temps égal ; il laisse le malade au lit pendant toute cette période et complète le traitement par quelques laxatifs et de l'eau de Vichy. En agissant ainsi, Barth admet que l'on évite presque sûrement les complications et les récidives. Talamon maintient aussi rigoureusement ses malades au lit dix ou douze jours après la cessation des douleurs et de la fièvre, en continuant le salicylate dont il diminue seulement les doses.

Desplats (de Lille) administre le salicylate de la façon suivante un peu spéciale :

1° Doses massives. Elle sont pour lui préférables aux doses fractionnées. Il faut les prescrire en cachets ou dans un sirop et jamais en dilution dans une potion copieuse.

2° Le moment le plus favorable pour l'administration est le soir, car on atténue dans une grande mesure les principaux inconvénients de la médication salicylée : bourdonnements d'oreille, sueurs, etc.

La dose est répétée toutes les vingt-quatre heures, et on la fait ingérer en une fois ou bien en deux fois, à une heure d'intervalle. On obtient les effets désirés avec 4 à 6, rarement 8 grammes. L'efficacité des doses massives s'explique par un effet accumulatif transitoire qui compense l'élimination constante du remède. Après chaque dose, l'ingestion d'une grande tasse de liquide favorise la rapide absorption.

Moritz a associé l'usage des bains chauds et celui du salicylate. Notre confrère russe procède de la façon suivante : le malade prend le matin un bain chaud de 28 à 30 degrés, d'une durée de vingt minutes environ. Ensuite il est enveloppé d'un drap et d'une couverture et porté dans un lit très couvert. On donne alors 1 gramme à 1 gramme 50 de salicylate de soude, et on fait boire un verre d'une boisson chaude. Il se produit rapidement une sudation très abondante. Au bout d'une demi-heure, on désenveloppe avec précaution le malade. Un membre inférieur est d'abord découvert, lavé rapidement avec une éponge trempée dans l'eau froide, vite séché, et couvert légèrement de laine. Une fois les extrémités arrangées, on traite de la même façon la poitrine et le ventre. Enfin, après avoir fait asseoir le malade, on enlève les couvertures, on éponge le dos, et on passe une chemise. Généralement le soulagement est considérable et le malade s'endort. Le soir, on donne 1 gramme de salicylate de soude et un verre de punch chaud ; la transpiration se produit alors de nouveau.

---

sans hésiter, jusqu'au pantalon exclusivement, qu'on avait eu de la peine à l'empêcher d'ôter ; les dames avaient eu un moment de folle terreur. Puis le brave garçon s'était étalé à plat ventre sur un matelas apporté exprès et s'escrimait de son mieux à tirer la brasse dans cette position grotesque. Un spectateur donnait depuis quelques instants des signes d'impatience et de contrariété non équivoques. Sous la redingote noire qui dissimulait mal ses caractères professionnels, on reconnaissait à première vue le vieux briscart auquel on n'en fait pas accroire. Il n'était autre, en effet, que le capitaine trésorier du régiment. Tout à coup, vexé sans doute de voir un militaire servir à l'amusement de ces civils, il bondit de sa place et, se penchant à l'oreille du pseudo-nageur : « Mais relève-toi donc, bigre d'animal, tu n'as pas honte d'obéir au premier venu comme un morceau de bois? » Le rire général et incoercible qui suivit ces paroles ne fut pas provoqué par elles, comme on pourrait le croire, mais par l'incident inattendu qu'elles amenèrent. Le dormeur, réveillé de son hypnose par le tonnerre de cette voix furieuse, se dressa en un clin-d'œil, le visage bouleversé de colère, et tomba à bras raccourcis sur « mon capitaine », qu'on eut mille peine à sauver de ses coups.

C'est alors que, pour faire diversion, quelqu'un proposa à l'expérimentateur une épreuve hardie et véritablement empoignante. Il s'agissait de savoir si, comme on l'avait parfois soutenu, un sujet endormi pouvait lire les yeux fermés. Il y eut un chuchottement très court de surprise et d'admiration, puis un silence épais, presque solennel, ainsi qu'en l'attente d'un miracle.

— Je veux bien essayer, fit l'opérateur, mais, à l'avance, je crois devoir affirmer l'insuccès de l'expérience.

— On peut toujours essayer, reprit l'auteur de la proposition, professeur de physique au collège. Voici un journal, ajouta-t-il, en extrayant d'une de ses poches *l'Indépendant de la Durance*.

— Et moi je soutiens que c'est une insanité, tempêta le capitaine exaspéré par les horions qu'il venait de recevoir, je soutiens que c'est impossible, et que si monsieur, à l'instant, devant moi, lisait, les yeux fermés, fût-ce seulement les grosses lettres du titre, je n'y croirais pas..., non, monsieur, je n'y croirais pas !

Au début on prescrit quelques doses de 0,50 de salicylate dans le courant du jour (doses quotidiennes 1 à 4 grammes). Plus tard, 2 grammes à 2 grammes 50 en deux fois suffisent.

La durée du traitement varie habituellement de huit jours à trois semaines.

Quand la fièvre est très intense, on peut remplacer le bain par l'enveloppement dans un drap mouillé. Si le rhumatisme est localisé aux membres inférieurs et que l'on veuille éviter la congestion céphalique, on ne fait l'enveloppement que jusqu'à la taille ou aux aisselles.

L'endocardite, la péricardite, ne contre-indiquent pas le traitement tant que le cœur garde ses dimensions normales et que le pouls est bon.

Le traitement échoue dans les affections rhumatismales d'origine staphylococcique, qui ne peuvent être distinguées, au début, du rhumatisme vrai.

La médication salicylée a des contre-indications et des inconvéniens.

Pour Dujardin-Beaumetz, les contre-indications étaient l'imperméabilité rénale et l'état de grossesse; Bucquoy ne donne pas non plus le salicylate quand le rhumatisme s'accompagne d'albuminurie. Au contraire, Talamon, Faisans, ne croient pas qu'il faille s'en abstenir dans ce cas, pas plus que quand il y a des complications pulmonaires ou pleurales; Talamon le donne même aux rhumatisants délirants, tout en reconnaissant que le vrai rhumatisme cérébral hyperpyrétique est une contre-indication.

D'autre part, le salicylate peut provoquer des accidents signalés par tous les auteurs.

Même quand les reins fonctionnent bien, des doses moyennes de salicylate (3 grammes) entraînent parfois des bourdonnements d'oreille avec délire inquiétant et oppression pénible (Bardet). Des sueurs abondantes se produisent fréquemment; on peut les combattre par le sulfate d'atropine (Talamon, S'raus). Quand il y a de l'excitation nerveuse, Talamon fait ajouter à chaque dose 1 gramme 25 de bromure de potassium. Fréquemment l'estomac est absolument intolérant pour le médicament, dont l'administration est suivie de vomissements; d'autre part, il y a de la diarrhée. Naturellement, on ne peut faire prendre le salicylate aux malades présentant des affections gastriques graves : gastriques chroniques, ulcère rond, cancer de l'estomac, crises gastriques tabétiques, etc. Dans ces conditions, Dujardin-Beaumetz a conseillé l'administration par le rectum. Récemment Bourget a traité dix-neuf cas de rhumatisme articulaire aigu par l'application d'une pommade à 10 % d'acide salicylique faite le soir sans frictions sur les jointures malades; on enveloppe ensuite avec une couche de ouate. L'absorption de l'acide salicylique est rapide, surtout chez les sujets jeunes, blonds, à peau fine. L'absorption se fait très bien avec les corps gras; elle est nulle ou peu active avec la vaseline et la glycérine. La douleur s'apaise très rapidement. Lorsque l'épiderme a parcheminé, l'absorption diminue.

Ruel emploie le même traitement (acide salicylique, 20; alcool à brûler, 100; huile de ricin, 200); il fait une application le matin avec des compresses imbibées de la solution et enveloppe d'un imperméable.

Weiss préconise aussi la pratique de Bourget; il fait d'abord des onctions avec la pommade :

Acide salicylique.....		
Lanoline.....	àà	10 grammes.
Essence de térébenthine..		
Axonge.....	100	—

autour des genoux, par exemple, à partir du tiers

— Mais remarquez, mon capitaine, insinua le professeur, que scientifiquement, matériellement, la chose n'a rien d'impossible ni d'absurde...

— Rien d'abs...!

— ..... car enfin, c'est une vérité aujourd'hui bien établie, que j'enseigne chaque année au début de mes leçons : l'éther traverse tous les corps.

— L'éther traverse...! L'éther traverse, si vous voulez, monsieur; mais quel rapport cela a-t-il? Je vous dis, moi, que la lumière ne traverse pas.

L'expérience naturellement ne réussit pas.

La soirée tourna court après ces incidents et la Société projetée ne se forma pas. On renonça aux séances publiques, mais on continua de plus belle entre intimes. Cela eut une fin, cependant, à la suite d'un accident, dont les suites furent heureusement moins graves qu'on ne l'avait craint.

Le grand maître, le grand pontife de tous ces amusements, était un jeune substitut du procureur de la République, auquel des rôles d'audience extrêmement peu chargés faisaient de longs loisirs. Les succès d'hypnotiseur le consolaient de l'obscurité forcée de son rôle de magistrat. Un soir, à une réunion tout intime, chez la femme de son chef, il eut la malencontreuse idée de céder aux sollicitation de la maîtresse de maison qui voulait éprouver, pour son compte, les sensations de l'hypnose; il l'endormit et lui suggéra sottement que quand elle se réveillerait elle serait muette. D'un léger souffle sur les yeux il l'éveilla.

— Et maintenant, madame, veuillez nous faire part des impressions que vous avez éprouvées.

La pauvre dame ouvrit la bouche, s'épuisa en efforts inutiles; pas un mot, pas un son ne sortit de son malheureux larynx. On était dans le ravissement, on applaudissait discrètement, ou murmurait *bravo* à demi-voix. Mais il n'en alla plus de même lorsque, ayant jugé l'effet suffisant, notre amateur, gracieux et toujours sûr de lui-même :

— Le charme est rompu, chère madame, votre voix vous est rendue, vous pouvez parler.

On le remercia d'un joli sourire, vite effacé d'ailleurs, car le mutisme ne cessa pas. Tout le monde crut d'abord à une plaisanterie jusqu'au moment où l'expression de terreur non simulée et d'angoisse que traduisait le visage

inférieur de la cuisse jusqu'à 15 centimètres au-dessous, sans frotter vigoureusement, avec enveloppement de bandes de flanelle. Les jours suivants, on passe aux autres articulations, et chaque jointure est ainsi traitée deux ou trois fois.

Weiss a proposé de prendre pour excipient de la pommade la résorbine et de formuler ainsi :

Acide salicylique.....	10	grammes.
Résorbine.....	100	—

(La fin au prochain numéro.)

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le Congrès français de Chirurgie a terminé ses travaux le 26 octobre, et nous sommes heureux de constater que cette session a été très réussie.

Le nombre de chirurgiens de Paris assistant aux réunions et faisant des communications a été plus considérable que par le passé; les questions traitées ont été intéressantes, et nous avons surtout remarqué que le public suivait les séances avec un intérêt tout particulier. La partie de l'hémicycle qui lui était réservée était toujours remplie, et cela depuis le premier jour jusqu'au dernier. Ce sont là des faits agréables à vérifier, et ces résultats sont dus, il faut le dire, à l'ordre parfait qui n'a cessé de régner dans les communications. Celles-ci avaient été heureusement groupées par organes ou par régions, ce qui permettait de suivre avec beaucoup plus d'intérêt et beaucoup moins de peine les discours des différents orateurs. Aussi sommes-nous heureux d'adresser nos compliments à notre collègue et ami Picqué, le sympathique secrétaire général, qui ne s'est pas ménagé, et à qui revient l'honneur de la réussite du congrès. N'oublions pas non plus notre ami Guinard, secrétaire adjoint, qui a droit, ainsi que le bureau, à sa part des éloges.

Nous venons de faire des compliments bien mérités; on nous permettra donc quelques réflexions. Le vote pour la nomination des présidents a eu lieu à 8 heures. C'est trop tôt, aussi y avait-il peu d'électeurs, et un nombre plus considérable de ceux-ci aurait-il pu changer la nature des élections. De plus, il était entendu, du moins le bureau l'avait décidé, qu'on voterait comme vice-président, pour un chirurgien de province. Pourquoi? Il sera bien difficile de nous répondre, et nous croyons être dans le vrai en disant qu'après le nombre de voix obtenues au premier tour de scrutin par M. Le Dentu, se désistant en faveur de son collègue M. Terrier, la place de vice-président, c'est-à-dire de président pour l'année 1897, lui était due. Mais on a nommé M. Gross. Il nous semble que M. le professeur Le Dentu eût fait comme président, sinon plus, du moins autant d'honneur au congrès.

***

COMMUNICATIONS

SUITE (1)

C'est sur **deux cas de pyopneumo-thorax** que M. Gérard Marchant (de Paris) fait une communication en s'excusant de parler de la plèvre, mais en montrant, à juste titre, que dans les cas auxquels il va faire allusion, il est impossible de séparer la séreuse de son viscère.

Il s'agit de deux tuberculeux chez lesquels le chirurgien de Tenon réséqua cinq ou six côtes et put arriver ainsi à constater les perforations établissant les communications entre la plèvre et le poumon.

(1) Voir le numéro précédent.

---

de la patiente, affola tous les spectateurs. Ni conseils, ni supplications, ni ordres, rien ne put mettre un terme à cette situation devenue affreusement pénible. Il fallut recourir à la Faculté. Un premier confrère, puis un second n'obtinrent aucun résultat. Un troisième, après s'être fait mettre minutieusement au courant de toutes les tentatives faites, jugeant qu'une plus forte émotion pouvait seule défaire ce qu'une émotion avait produite :

— Madame, dit-il d'un ton sec, vous payez la peine de la sottise que vous avez faite. C'est votre faute, et moi je n'y puis rien. Allez vous faire f.....!

— Ah! docteur!!

C'est l'hypnotisée qui a poussé ce cri indigné. Une clameur de soulagement sort de quinze poitrines, on rit, on se congratule, le procureur fond en larmes, le substitut.... avait modestement filé à l'anglaise.

Inutile d'ajouter que cette histoire porta un coup funeste aux amateurs de suggestion, et que ce fut fini de l'engouement stupide de ces sottes distractions. La suggestion, pourtant, devait faire encore une fois des siennes; mais elle eut alors une conséquence vraiment lamentable.

Un jeune fonctionnaire de l'Enregistrement, ayant quelque fortune et point de famille, avait profité de l'indépendance de sa situation pour tromper les ennuis de cette monotone résidence en y amenant une compagne d'occasion ramenée de quelque voyage à Paris ou ailleurs. C'était une belle grande fille, au visage très régulier, qui frappait surtout par la singularité de son expression de calme, de douceur; on pouvait même dire de résignation et de tristesse. Deux beaux yeux d'un noir de jais, des yeux d'Andalouse, ne réussissaient pas à mettre un éclair de joie, à allumer une flamme de gaieté sur ses traits d'une pâleur mate. Au début de l'hiver, hiver humide et sombre des montagnes, elle devint malade. Elle fut prise d'une poussée de rhumatisme qui, après avoir lentement parcouru tous ses membres, s'était cantonné surtout aux mains et à la nuque. Aucun traitement — on les avait tous essayés à tour de rôle — n'avait apporté la moindre amélioration à ses souffrances, qui étaient intolérables et de tous les instants. Elle était encore dans cet état, lorsque je la vis, à mon retour chez moi, à l'occasion des vacances de Pâques, très hâtives cette année-là.

Il put même suturer l'une d'elle, gratta l'autre et guérit ainsi son malade. De même chez son second malade la suture de la fistule pulmonaire ne fut pas possible, mais le simple grattage suffit pour déterminer la guérison.

M. Marchant pense que dans les cas de pyopneumo-thorax, la ponction et l'empyème ne suffisent pas; il faut réséquer un large volet costal. La plupart des fistules sont situées latéralement au niveau de la troisième ou quatrième côte; elles se retrouvent donc ainsi à découvert. Ces deux cas montrent aussi qu'il ne faut pas insister, si la suture des fistules est difficile; quand la paroi est libérée, elle comble la cavité et la fistule se ferme d'elle-même.

Il y a trois ans M. Tuffier (de Paris) a montré à la Société de Chirurgie un homme auquel **il avait réséqué le sommet du poumon droit atteint de tuberculose.** Il rappelle cette observation et montre son opéré, qui est à l'heure actuelle en parfaite santé. Il part aussi de cette observation pour dire qu'il a trouvé bien fermes les conclusions de M. Reclus dans ce qui touche au traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire; qu'il pense qu'il faut toujours laisser une petite place pour les cas exceptionnels, et, pour sa part, il estime que dans ceux-ci on peut opérer.

Il insiste aussi particulièrement sur la technique opératoire qui permet d'attaquer le poumon sans craindre le pneumo-thorax. On arrive à ce résultat en décollant la plèvre de la paroi, en produisant ce qu'il a appelé un pneumo-thorax extra-pleural. La plèvre pariétale libre vient en effet s'accoler sur la plèvre viscérale, et ne laisse plus de passage à l'air, même si on les traverse pour inciser le tissu pulmonaire.

M. Michaux (de Paris) prend ensuite la parole et rapporte une très intéressante observation de **traumatisme pulmonaire**, dont voici le résumé : Un jeune homme se tire un coup de revolver à trois travers de doigt du mamelon gauche; état grave qui ne fait qu'augmenter, et le malade étant menacé de mort presque immédiate, M. Michaux se décide à intervenir. Il fait un lambeau en **U**, résèque les septième et huitième côtes, incise la plèvre, la relève et évacue un épanchement d'environ un litre de sang. Il palpe le cœur, qu'il a sous la main; le péricarde est intact, mais à la face interne du poumon, qu'il visite en relevant le viscère, il découvre près du hile un écoulement sanguin assez abondant; il ne met pas de pince, craignant de saisir un vaisseau important, et tamponne directement le lieu de l'hémorragie. La guérison est rapide.

M Michaux s'étonne qu'à l'heure actuelle on n'intervienne pas plus souvent pour les plaies du poumon. Dans le rapport de M. Reclus, ajoute-t-il, on ne trouve que deux cas malheureux d'intervention. Ses recherches lui ont permis de relever 11 traumatismes pulmonaires traités chirurgicalement, et, sur ces 11 faits, 4 plaies du poumon avec hémorragie, dont 2 avec guérison.

Pourquoi n'opère-t-on pas? L'abstention est-elle donc si avantageuse? Non, répondent les chiffres donnés par Nélaton dans sa thèse. Aussi doit-on aujourd'hui intervenir toutes les fois que l'hémothorax est considérable et qu'il menace l'existence par les symptômes d'asphyxie ou d'infection qu'il provoque.

M. Michaux est aussi intervenu deux fois pour lésions tuberculeuses du poumon. Il s'agissait de jeunes femmes atteintes de sécrétions bronchiques très abondantes et très infectes. M. Michaux, après avoir réséqué deux côtes eut beau ponctionner le

---

Bien que je n'eusse pas encore mon diplôme, j'en étais assez près pour qu'il fût tout naturel que son ami, dont j'étais vaguement le camarade, comme le sont entre eux tous les jeunes gens d'une petite ville, me demandât de l'examiner et de lui donner un conseil. Je fis cet examen avec toute la conscience et la méthode possibles, avec trop de conscience et de méthode, hélas, car j'arrivai à rencontrer une toute petite zône d'anesthésie cutanée, qui, vous le devinez, me mit tout droit sur la piste de l'hystérie. De là, à proposer la suggestion hypnotique il n'y avait qu'un pas; je le franchis.

On traversait alors une période de véritable emballement pour ce procédé de guérison. Des livres avaient paru, où des enthousiastes de la première heure publiaient d'étranges succès. Des affections organiques cédaient merveilleusement à l'hypnose; on parlait de vieux ulcères incurables qui se cicatrisaient comme par enchantement; d'écoulements taris à la minute; de scléroses qui rétrocédaient; que sais-je encore!

Incapable par moi-même d'endormir qui que ce soit (je n'ai jamais pu fixer, sans rire, mon regard sur un regard) je proposai le concours d'un étudiant comme moi, mais très ancien pour ne pas dire très vieux, un de ces types devenus rares, j'imagine, dont le titre d'étudiant satisfaisait toute l'ambition, dont deux cents francs par mois comblaient toutes les aspirations de luxe et de confortable, et qui passaient ainsi, heureux, de longues années de leur vie, sans faire beaucoup plus de dettes que la complaisance de leur famille consentait à en payer de loin en loin. Il habitait à deux ou trois kilomètres de la ville. On le prévint, il se fit un plaisir de rendre ce service. Ce n'était point là son coup d'essai, et là-bas, au Quartier, dans le petit groupe d'amis qu'il étonnait de son assurance et de ses prouesses, on l'avait surnommé Cagliostro.

Une première séance fut sans résultat. Malgré les injonctions cent fois réitérées, le sommeil ne vint pas; à peine, au bout d'un long quart d'heure, une légère tendance à l'assoupissement.

Le lendemain le sommeil fut produit, mais léger, encore, fugace, malgré les plus tonitruants efforts de l'un des partenaires, et la plus extrême soumission, la plus extrême confiance de l'autre.

poumon dans tous les sens, il ne put trouver la cavité en incisant profondément au thermocautère. Il tire de ces deux faits les conclusions suivantes :

1° Le diagnostic des petites cavernes de la partie moyenne et inférieure du poumon est extrêmement difficile ;

2° Le poumon est un organe extrêmement tolérant pour le traumatisme, puisqu'il a pu le ponctionner et l'inciser profondément au thermocautère, sans grande hémorragie et sans grand dommage ultérieur.

Une **pneumotomie par dilatation bronchique** fait l'objet de la communication de M. Walther (de Paris). Il s'agissait d'un pyopneumo-thorax diagnostiqué d'une façon certaine chez une malade de vingt-six ans, présentant des vomiques très abondantes. Les septième, huitième, neuvième côtes furent réséquées, et cette ouverture permit de pénétrer dans une vaste poche offrant l'aspect d'une dilatation bronchique. A la suite de cette intervention, l'amélioration fut considérable et la guérison fut définitive après que M. Walther, dans une seconde intervention, eût mis à jour et traité un petit diverticule qui restait à la partie supérieure du poumon.

M. Walther étudie ensuite les **modes de réparation des grandes cavités pulmonaires**. Il estime que dans les incisions faites pour mettre à jour les cavités purulentes formées récemment dans le poumon, la guérison est facile parce que la paroi de la cavité se met à bourgeonner et comble le vide. Il n'en est pas de même dans les lésions anciennes; ici, tous les tissus périphériques sont sclérosés par l'inflammation chronique et ne sont pas susceptibles de combler la cavité, il faut donc que ce soit la paroi costale qui obéisse, et pour cela l'opération de Schede, la résection totale de la paroi thoracique, est souvent nécessaire.

Le **drainage du cul-de-sac costo-diaphragmatique** a déjà été préconisé par M. Delagenière (du Mans), qui revient sur la nécessité de ce drainage dans la plupart des interventions sur le poumon.

Il a eu l'occasion de l'appliquer dans trois cas de chirurgie pulmonaire, dans un cas de gangrène du lobe inférieur, pour un kyste hydatique suppuré et enfin pour un abcès. Les trois malades ont guéri. M. Delagenière a aussi opéré une caverne tuberculeuse du poumon, ayant donné lieu à un pyopneumo-thorax. Il ne put qu'isoler par des sutures la région où siégeait la caverne, se proposant de la traiter directement dans une deuxième intervention; mais la malade ne voulut pas se soumettre à cette seconde intervention.

M. Jannesco (de Bucharest) arrive avec une observation de **kyste hydatique du poumon**, traité et guéri par la *pneumotomie*. Voici le résumé de ce cas. Il s'agit d'un enfant de dix-sept ans, entré à l'hôpital des Enfants, où on lui fait une ponction exploratrice qui donne un liquide clair, limpide, contenant des crochets d'hydatides. On constate que la moitié gauche du thorax est très développée; en arrière, matité absolue avec absence du bruit respiratoire. Au-dessous de la septième côte, il existe une région de forme triangulaire à base inférieure dans laquelle on constate tous les signes d'une cavité. Le cœur est fortement déplacé à droite; il y a une dyspnée prononcée, et la température est de 39°6.

M. Jannesco fait une incision de 10 centimètres dans le septième espace intercostal sur la ligne axillaire, puis, après résection sous-périostée de 6

Le troisième jour, succès complet; sommeil parfait, suggestion soignée, à répétitions innombrables.

Après une nuit de repos délicieux, telle qu'elle n'en avait pas connue depuis plusieurs mois, la jolie fille s'éveilla souriante. Plus de douleurs, plus de raideur des jointures. Seulement quelques phénomènes étranges apparurent dans le courant de la journée. A plusieurs reprises, elle avait dû quitter sa chaise longue pour retenir la pendule de la cheminée qui oscillait et menaçait de tomber. Des hommes étaient venus changer les tentures du lit et des fenêtres, puis étaient restés causer près d'elle assez longuement, malgré les invitations pressantes qu'elle leur faisait de se retirer. Elle riait d'ailleurs de ces hallucinations, qui ne l'inquiétaient pas.

Mais je m'inquiétai pour elle et voulus la revoir dans la soirée. Je la trouvai blottie, en chemise, entre son lit et la muraille, toute tremblante, claquant la peur, mâchonnant des paroles sans suite.

La folie, subitement, l'avait saisie..... et ne l'a point lâchée depuis.

Institut Pasteur. — M. Duclos a été nommé directeur, et M. Roux, sous-directeur.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1895-1896, chefs de travaux : MM. les agrégés Rodet (médecine expérimentale et comparée), Rochet (médecine opératoire), Devic (anatomie pathologique), Doyon (physiologie), Didelot (physique), Beauvisage (matière médicale et botanique), Moreau (pharmacie), Barral (chimie minérale); MM. les Drs Bret et Lyonnet (clinique médicale), Mondau et Dor (clinique chirurgicale), Frenkel (clinique ophtalmologique), Coutagne (médecine légale), Genoud (zoologie); MM. Martz (clinique médicale), Causse (chimie organique et toxicologie).

Sont délégués, pour l'année scolaire 1895-1896, dans les fonctions de chefs de travaux : M. le Dr Siraud, agrégé (anatomie); M. Regaud (anatomie générale et histologie).

Hôpitaux de Lyon. — Sont nommés, après concours, internes des hôpitaux : MM. Charvet, Sargnon, Cade, Plauchu, Vignard, Gallavardin, Jourdanet, Perret, Voron, Piéry, Martin, Lavabre, Godard et Pont.

centimètres de la septième côte, pratique l'incision de la plèvre, ce qui donne issue à 80 grammes environ d'un liquide purulent. L'incision du poumon au thermocautère permet de pénétrer dans la cavité du kyste, d'où s'écoulent 800 grammes d'un liquide citrin mélangé de pus et d'un grand nombre de fragments de membranes minces, friables.

Les suites de l'intervention ont été très simples. La cavité kystique diminue rapidement. Deux mois après le malade quitte l'hôpital. La plaie thoracique est presque entièrement fermée. L'opéré, revu un mois après, se trouve dans un excellent état général et local; la plaie thoracique est entièrement fermée.

M. Doyen (de Reims) n'a eu l'occasion d'intervenir que quatre fois sur le poumon. Voici le résumé de ces quatre observations :

Un premier malade, atteint depuis deux ans de kyste hydatique du poumon, est pris de vomique au moment même de la ponction exploratrice. Quatre litres de liquide sont évacués par la trachée en moins d'une demi-heure. Une broncho-pneumonie double est la conséquence de cette rupture inopportune du kyste. La cavité pulmonaire énorme se met à suppurer et l'ouverture large du thorax est pratiquée en pleine septicémie. Ni le tamponnement antiseptique, ni la suture de la plèvre bronchique, n'empêchèrent le malade de succomber à l'infection, avec de la péricardite et de la péritonite purulente à staphylocoques.

Chez un autre malade, le Dr Doyen dut pratiquer une large résection costale pour découvrir le poumon, où s'était ouvert un kyste hydatique du foie, qui fut extirpé après une incision du diaphragme. Malgré des soins assidus, ce malade, atteint de fièvre hectique depuis plusieurs semaines, succomba quinze jours après l'opération.

Un troisième malade, tuberculeux, morphinomane, chez qui le Dr Doyen dut ouvrir et tamponner une vaste caverne sanieuse adhérente au péricarde, ne fut pas plus heureux et succomba dans les vingt-quatre heures.

Enfin, M. Doyen a extirpé, chez un enfant d'une dizaine d'années, après une résection costale pour tuberculose, une certaine étendue d'un lobe pulmonaire. Cet enfant est guéri depuis plus de deux ans et ne présente aucune autre lésion tuberculeuse.

M. Doyen en conclut que les résultats, en chirurgie pulmonaire, sont souvent subordonnés à la gravité de l'état général. Existe-t-il un état septicémique antérieur à l'opération, le malade est presque irrémédiablement perdu. Si l'on agit, au contraire, en dehors de tout état infectieux grave, la guérison se fait sans encombre. Le point délicat est donc de suivre jour par jour l'état des malades atteints de lésions pulmonaires localisées et de ne pas laisser échapper le moment opportun. La chirurgie pulmonaire n'est pas des plus graves si l'on s'attaque à des cas curables.

La séance supplémentaire de la deuxième journée a été occupée à l'étude de questions diverses que nous allons brièvement analyser.

M. Lentz (de Metz) nous apporte une observation d'**ankylose osseuse de la mâchoire inférieure, traitée par la résection du col du condyle**; mais ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est que, pour empêcher une ankylose secondaire de se produire, M. Lentz, à l'exemple de M. Rochet (de Lyon), interposa une partie du muscle temporal entre les fragments. Il y eut, malheureusement, des accidents septiques avec hémorragie de la maxillaire interne; le malade guérit cependant et récupéra complètement les mouvements de la mâchoire. On sait que les anciennes opérations d'Esmarch et de Rizzoli, dans lesquelles on ne fait pas cette interposition musculaire, ne donnent que 50 °/₀ de succès.

M. Gross fait une communication sur la **déviation angulaire consécutive à la résection du genou chez l'enfant**. Chez deux de ses réséqués, dans les mois qui suivirent, se produisit une flexion progressive qui finit par atteindre 120 à 130 degrés et se compliqua d'inflexion latérale en valgus.

Ces déviations consécutives à la résection sont spéciales à l'enfance; sur 643 cas de résection du genou que M. Gross a réunis, il a pu reconnaître que dans plus de la moitié des cas, soit 56,80 °/₀, la déviation survenait chez les opérés au-dessous de dix ans; de dix à vingt ans, on l'observait dans une proportion de 30 °/₀, et à peine 8 °/₀ après vingt ans.

Ce n'est pas à une faute opératoire qu'il faut attribuer cette déviation. On a invoqué la marche trop hâtive, la soudure incomplète ou tardive des surfaces de section, la contracture des muscles fléchisseurs laissés intacts en présence du triceps sectionné par l'intervention. On a accusé l'activité exagérée du cartilage conjugal surchargé par le poids du corps. Chacune de ces raisons contient une part de vérité.

M. Gross croit à une hyperplasie osseuse résultant d'un trouble dans l'évolution du cartilage conjugal, plutôt qu'à une soudure tardive.

La déviation produite, comme traitement la ténotomie paraît inutile, il faut avoir recours à une ostéotomie cunéiforme ou trapézoïde qu'il faudra souvent retarder jusqu'à ce que la croissance du sujet soit terminée.

Le genu recurvatum dans les affections chroniques de la hanche fait l'objet de la communication de M. Campenon (de Paris). Ce n'est autre chose qu'une déviation antérieure de la jambe,

qu'une hypérextension exagérée, qui fait que le membre étant appuyé sur le lit, le talon est soulevé au-dessus du plan de ce même lit de 10 et même de 20 centimètres.

Il existe en même temps des mouvements de latéralité, dus à la distension des ligaments, et une atrophie considérable des muscles de la cuisse, surtout au niveau des groupes postérieurs.

C'est l'état chétif des malades et le séjour prolongé au lit qui sont les causes de cette difformité et ce n'est pas l'extension continue, car on a vu le genu recurvatum survenir chez un malade traité par l'appareil Bonnet. N'omettons pas de le dire, ce sont surtout les coxalgies des enfants qui déterminent cette déviation.

C'est par l'électricité qu'il faut combattre cette affection souvent rebelle; mais il est surtout important de l'empêcher de se produire, en maintenant le membre dans un très léger degré de flexion, pendant toute la durée de son immobilisation.

Les deux chirurgiens de Berck-sur-Mer prennent ensuite la parole. M. Ménard traite de la **tumeur blanche du pied**. Pour lui, l'ablation intégrale de l'astragale et du calcaneum dans les cas de lésions tuberculeuses de ces deux os donnent d'excellents résultats. De même dans l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne, l'extirpation astragalienne suffira souvent au début, car la lésion bacillaire commence souvent par cet os.

L'extirpation du calcaneum ne détermine pas dans la forme du pied d'aussi graves changements qu'on peut le supposer, car il se forme là une masse de parties résistantes qui viennent tenir la place de l'os enlevé.

M. Calot rapporte deux cas **de luxations pathologiques anciennes de la hanche**, qu'il a traités en ouvrant la région et en allant creuser sur le bassin au niveau de l'acétabulum, presque entièrement comblé, une nouvelle cavité cotyloïde, et réduisant la tête luxée en iliaque dans cette cavité. Les résultats obtenus seraient très bons; mais nous ferons observer que les opérés ne marchent que depuis quelques jours; que chez l'un d'eux, de l'aveu de M. Calot, la tête fémorale avait pour ainsi dire disparu.

La séance se termine par une communication de M. Mondan (de Lyon), sur la **résection du paquet dans les ostéo-arthrites tuberculeuses.**

***

Le mercredi 23 octobre, troisième journée du Congrès, a été consacré aux communications ayant trait au tube digestif et à ses annexes.

M. Duplay, en son nom et au nom de M. Cazin, expose un **nouveau procédé de suture intestinale, à l'aide d'un bouton perfectionné.** Voici le manuel opératoire présenté par les auteurs :

Nous laissons de côté la discussion de l'appareil, qu'il faudrait un dessin pour comprendre; disons seulement que ce bouton a entre autres avantages, sur celui de Murphy, de présenter un diamètre intérieur beaucoup plus grand et égal à 18 millimètres.

L'opération comprend trois temps principaux :

Premier temps. — On peut munir d'avance chacune des boucles du fil d'une aiguille de suture ordinaire, ou bien se servir d'une aiguille de Reverdin. Dans le premier cas, on perfore de dedans en dehors un des bouts de l'intestin, l'une des aiguilles traversant celui-ci au niveau du bord mésentérique, l'autre en un point symétrique du bord libre. Avec l'aiguille de Reverdin, on perfore l'intestin de dehors en dedans.

Le premier temps accompli, la pièce métallique se trouve fixée à l'intérieur d'un des bouts de l'intestin, qui va être ensuite invaginé dans l'autre.

Deuxième temps. — La même manœuvre est répétée sur ce dernier, et il suffit alors d'invaginer dans celui-ci le bout d'intestin muni de la pièce métallique, pour rétablir la continuité du tube intestinal; le cylindre métallique et l'extrémité du segment intestinal et vaginé sont alors entièrement recouverts par l'intestin engainant, à travers lequel émergent les deux boucles du fil, l'une sur le bord mésentérique, l'autre sur le bord libre.

Troisième temps. — Il ne reste plus qu'à sectionner d'un coup de ciseaux chaque boucle en son milieu; on a ainsi deux fils correspondant chacun à une demi-circonférence de l'intestin, et en serrant fortement chacun d'eux, on réalise ainsi une ligature circulaire, qui embrasse à la fois l'intestin engainé et l'intestin engainant, suivant le principe qui avait guidé l'un de nous, dans des expériences entreprises il y a dix ans, pour remplacer les procédés de suture intestinale par la simple ligature en masse, après invagination des deux bouts de l'intestin, et dont les résultats ont été communiqués à la Société de Biologie en 1885.

Comme l'a conseillé M. Chaput dans ses travaux sur la suture intestinale, nous avons soin de détruire la muqueuse sur une étendue de 10 à 15 millimètres, dans le bout d'intestin qui doit engainer l'autre, de façon à rendre aussi aseptique que possible la collerette circulaire qui déborde la ligature.

Les résultats que nous avons obtenus, chez le chien, ont été si satisfaisants qu'ils nous semblent autoriser l'emploi de ce procédé chez l'homme, et si nous ne l'avons déjà fait, c'est uniquement parce que nous n'en avons pas encore eu l'occasion.

Huit chiens ont été opérés, et tous ont guéri sans incident.

L'opération a duré quinze minutes en moyenne, et

nous sommes convaincus qu'avec une certaine habitude, et grâce aux modifications que nous nous proposons d'apporter à notre cylindre métallique, on arrivera à diminuer notablement la durée de l'acte opératoire.

Enfin, circonstance à signaler, la pièce métallique a toujours été rendue du troisième au cinquième jour après l'opération.

Un de nos chiens, opéré depuis trois mois, a été sacrifié ce matin même, et on peut constater sur la pièce la perfection du résultat éloigné de l'opération et l'absence de tout rétrécissement au niveau de la ligature.

Les avantages de ce procédé paraissent résider principalement :

1° Dans la simplicité de la pièce métallique, qui ne présente aucun mécanisme spécial; 2° dans la rapidité et surtout la sûreté de l'opération, résultant de ce que le chirurgien est essentiellement maître du degré de stricture qu'il exerce; 3° dans la facilité que trouve l'écoulement des gaz et des matières, en raison du diamètre relativement considérable du cylindre interne; 4° enfin, dans la rapidité de l'évacuation de la pièce métallique.

(A suivre.) EUGÈNE ROCHARD.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1895

M. BERGER lit un rapport relatif à un travail de M. KIRMISSON, sur le *pied plat valgus douloureux, traité par l'opération d'Ogston*. M. Berger donne, comme M. Kirmisson, la préférence à l'opération d'Ogston dans le traitement de la troisième période de la tarsalgie douloureuse des adolescents. Treudelenbury a proposé de pratiquer une ostéotomie supra-malléolaire bilatérale; mais ce procédé amène la formation d'un col angulaire à l'extrémité inférieure de la jambe. Richard Davy et Golding Bird ont pensé qu'on pourrait, au lieu d'entailler le scaphoïde et l'astragale, se contenter d'enlever simplement le premier de ces os. Gleich, de Vienne, cherchant surtout à restaurer la concavité du pied, a proposé d'abaisser la partie postérieure du calcanéum. Aucun de ces procédés ne donne des résultats aussi satisfaisants que l'opération d'Ogston. Si donc, dans ses premières périodes, le pied plat valgus douloureux est justiciable des méthodes de douceur, repos au lit, chaussure rétablissant la voûte plantaire, massage, etc., c'est à l'opération d'Ogston qu'il faudra avoir recours lorsque l'indication d'intervention sera établie.

— Dans des travaux antérieurs, M. MOSSÉ (de Toulouse) a établi expérimentalement que les réimplantations et transplantations osseuses, après la trépanation du crâne, peuvent devenir de vraies greffes, même les transplantations hétéroplastiques. M. Mossé communique aujourd'hui de nouvelles expériences de greffe hétéroplastique, suivies d'examens histologiques pratiqués avec M. le professeur Tourneux.

Ces expériences, qui ont été pratiquées sur différents animaux : singe, chat, lapin, confirment les conclusions antérieures de M. Mossé; elles démontrent la persistance du transplant, sa vascularisation, et l'existence d'une circulation commune à la rondelle et à l'os récepteur. La greffe est donc réelle, malgré certaines modifications, indices de l'atténuation de la vitalité du transplant. Ces expériences établissent enfin la fusion possible des deux parties de la greffe au moyen de lamelles osseuses néoformées, et les connexions anatomiques intimes des lamelles osseuses du transplant avec les lamelles crâniennes.

Mais si les transplantations hétéroplastiques peuvent devenir de vraies greffes, la chose n'est pas constante, même chez les animaux. De là l'indication d'une réserve prudente dans l'application de la méthode à la thérapeutique chirurgicale.

— On sait que M. KALT a préconisé le traitement de l'ophtalmie purulente par les grands lavages au permanganate de potasse. Le chiffre des ophtalmies qu'il a ainsi traitées aux Quinze-Vingts s'élève aujourd'hui à 200, dont 31 adultes et 169 nouveau-nés. L'examen bactériologique décelait souvent le gonocoque et, en outre, le streptocoque. Du huitième au dixième jour de traitement, la purulence tarie. Exceptionnellement, elle a duré dix-huit et vingt-cinq jours.

Dans quelques cas, l'ulcération de la cornée survenant au cours du traitement (9 sur 100 cas traités avant le neuvième jour), a été superficielle et bénigne.

M. Kalt préfère aujourd'hui le permanganate de chaux au permanganate de potasse; ce dernier est beaucoup plus irritant.

Pour l'un et pour l'autre, le titre de la solution doit être le même, c'est-à-dire 1 gramme pour 3 litres d'eau.

— M. GALEZOWSKI lit ensuite un travail sur l'atrophie glaucomateuse des papilles chez des syphilitiques simulant le tabès. Après avoir rappelé les signes qui permettront d'éviter la confusion entre ces variétés d'atrophie glaucomateuses des papilles et les atrophies ataxiques.

M. Galezowski donne les résultats que lui a fourni, avec un traitement général approprié à la diathèse (goutte, syphilis), dont dépend l'affection, la méthode des sclérotomies répétées.

L'atrophie papillaire est améliorée et quelquefois même complètement enrayée.

— M. MAURICE BLOCH lit enfin un travail sur les résultats initiaux d'un procédé d'hématothérapie dans la tuberculose non héréditaire.

— L'Académie, à la fin de la séance, se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Riche sur les candidats au titre de correspondant étranger (quatrième division).

Voici la liste de présentations :

1re ligne, M. Nencki (Saint-Pétersbourg).
2e — M. Ludwig (Vienne).
3e — M. Bunge (Bâle).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance commence par un rapport de M. PICQUÉ sur un cas d'absence complète du vagin.

L'observation est due à M. Villar (de Bordeaux). Il s'agit d'une femme non réglée, ayant des épistaxis revenant à époque fixe. Cette femme se maria, mais le mariage fut rompu. Voilà ce que constata M. Villar à son examen : absence complète du vagin; l'utérus, petit, peut être senti par le toucher.

M. Villar créa un vagin artificiel jusqu'à la profondeur de 9 centimètres et n'arriva pas jusqu'à l'utérus. Il doubla le vagin créé avec la muqueuse des lèvres et appliqua un appareil destiné à conserver le calibre du vagin.

La malade, revue, avait un vagin assez bien conformé.

M. Picqué fait remarquer qu'il est quelquefois difficile de conserver sa longueur au canal vaginal et que, par conséquent, il faut être très circonspect dans ce genre d'intervention. M. Villar a suivi point par point le procédé déjà recommandé par M. Picqué, qui ne juge pas nécessaire le port d'un appareil analogue à celui qu'a appliqué M. Villar.

M. Segond, à ce propos, cite une observation analogue. C'était le cas d'une jeune fille qui n'avait jamais eu ses règles, et cela n'était pas étonnant, puisqu'il y avait une absence complète du vagin. Elle se maria, et vint alors trouver M. Segond. Elle lui dit qu'elle avait été opérée et qu'elle se dilatait avec un spéculum de Ricord. M. Segond pratiqua le toucher et s'aperçut qu'il était dans le canal de l'urèthre et que son doigt pénétrait dans la vessie. Le coït avait lieu par le méat.

L'opération fut pratiquée par M. Segond ; il fendit une membrane qui couvrait la place du vagin, et décolla les parties jusqu'à ce qu'il fût arrivé sur un noyau dur, et s'arrêta un peu avant, de crainte de pénétrer dans le péritoine. M. Segond n'a pas taillé de lambeau, mais a tamponné le canal fait par lui, canal doublé par le voile vaginal.

A l'heure qu'il est, la malade a un vagin suffisant dont le calibre s'est bien maintenu.

M. Schwartz, à ce propos, rappelle l'opération qu'il a communiquée au dernier Congrès de chirurgie ; il a aussi pratiqué un vagin artificiel de 5 à 6 centimètres qu'il a doublé avec quatre lambeaux. La cavité créée a persisté, comme a pu le constater M. Schwartz, qui a vu la malade dix-huit mois après.

M. Pozzi a constaté, chez une malade, l'absence du vagin qui avait cependant une membrane hymen, ce qui prouve l'indépendance de ces deux organes.

M. Tuffier a eu aussi affaire à une femme, chez laquelle le doigt introduit semblait pénétrer dans le vagin ; c'était le canal de l'urèthre. Il pratiqua, lui aussi, un vagin artificiel en dédoublant les parties; il arriva ainsi jusqu'à une tumeur qui laissa s'écouler du sang. Il essaya de refaire le canal avec des lambeaux, mais sans résultat; une seconde intervention n'amena pas un meilleur effet. Le vagin artificiel s'est pour ainsi dire refermé, et le coït se passe aujourd'hui encore par l'urèthre.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau : hémorragie d'une artère épiploïque, plaie du côlon ascendant; hémostase; guérison. Tel est le titre de l'observation adressée par M. Estor et sur laquelle M. Picqué fait un rapport, en approuvant la conduite du chirurgien de Montpellier.

Il cite encore deux autres observations du même chirurgien, dans lesquelles la laparotomie fut pratiquée pour contusion de l'abdomen. L'une d'entre elles ne fut qu'exploratrice; l'autre, faite trop tard, ne put sauver le malade.

M. Reynier fait l'histoire d'un homme qui reçut un choc dans la poitrine, du côté gauche. Quand il fut amené, l'emphysème commençait à se montrer, la dyspnée augmenta petit à petit et, le lendemain, l'état s'était aggravé. M. Reynier avait eu l'occasion, quelques jours auparavant, d'assister à la mort d'un employé du Nord qui avait été tamponné et chez lequel l'autopsie démontra un enfoncement des côtes.

L'intervention fut décidée, et on trouva une *hernie du poumon* en même temps qu'une petite plaie qui fut suturée; le poumon fut alors réduit, et M. Reynier réussit à refaire la paroi thoracique qui avait éclaté. Il y eut un petit abcès de la paroi, mais la guérison se fit bien et aujourd'hui cet homme a repris son travail.

M. Reynier part de là pour dire qu'il faut, dans le cas d'emphysème qui se généralise, intervenir, afin de se rendre compte de l'état des parties. Cette pratique, recommandée par Chopart et Desault, blâmée par Dupuytren, n'avait pas, au dire de M. Reynier, encore été mise en pratique.

M. Michaux appuie les conclusions de M. Reynier, en disant qu'il y a, comme il l'a fait remarquer au Congrès, beaucoup à faire dans la chirurgie du poumon, et rappelle qu'il y a déjà plusieurs interventions analogues à celle de M. Reynier.

M. Poirier a eu un cas de hernie traumatique du poumon et a guéri son malade sans intervention.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 octobre 1895

A propos de la dernière communication de M. Hayem sur un cas de rejet de calculs biliaires à la suite de lavages de l'estomac, M. Galliard cite une observation fort analogue de Grundzack; il s'agissait d'une femme qui présentait depuis longtemps des troubles gastriques, de la dilatation de l'estomac, et chez laquelle on avait porté le diagnostic de rétrécissement cicatriciel du pylore, de nature indéterminée. Or le lavage de l'estomac ayant été pratiqué, on vit sortir quatre calculs gros comme des pois, irrégulièrement polyédriques, composés de cholestérine, de cristaux d'acides gras et de pigment biliaire. Ce fait vient encore démontrer l'utilité du lavage de l'estomac dans les cas douteux.

— M. Hanot rapporte ensuite brièvement quatre faits curieux *d'œdème latéral droit*, survenu au cours d'affections graves (cancer, cirrhose hypertrophique, foie cardiaque). Les deux premiers cas avaient peu attiré l'attention de M. Hanot; il les avait attribué à un décubitus latéral droit un peu prolongé. Il fut davantage frappé par les deux derniers cas, dans lesquels l'œdème était assez considérable; une observation minutieuse ne lui permit pas de regarder comme cause le décubitus latéral droit. L'œdème était étendu à toute la partie droite du corps; un moment il envahit le côté gauche, mais restant cependant prédominant à droite.

En présence de ces quatre faits, M. Hanot se demande s'il n'y a pas un rapport direct entre l'affection hépatique et l'œdème, et s'il n'y a pas là une analogie avec les faits signalés par M. Potain d'œdème uni-latéral dans les affections du rein du même côté.

— L'intéressante communication que MM. Marie et Marinesco ont faite dans la dernière séance sur un cas de paralysie de Landry, amène aujourd'hui à la tribune M. Gilbert Ballet qui, en son nom et au nom de M. Dutil, vient présenter aussi une observation de paralysie ascendante aiguë, se rapprochant par certains points du fait des auteurs précédents, s'en éloignant par d'autres points.

Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, sans antécédents pathologiques importants, sauf le choléra en 1880 et une grippe au mois de mai dernier. Cet homme était manifestement alcoolique. Le 10 juin, il est pris de céphalagie, de courbature et d'une fièvre légère (38°); son état s'aggrave les jours suivants et, le 13 juin, les membres inférieurs sont parésiés. La paralysie s'accentue, puis gagne les membres supérieurs le 15, en débutant par le bras droit. Enfin le 17, quand le malade entre à l'hôpital, les quatre membres sont en paralysie complète et flaccide;

les réflexes rotuliens sont abolis; la sensibilité est normale; le malade accuse seulement quelques fourmillements dans les doigts et les orteils. Il se plaint de céphalalgie et d'étourdissements; sa température est normale. Dans la nuit du 17 au 18 juin, il meurt avec des phénomènes dyspnéiques très intenses.

C'était bien là un type de paralysie ascendante aiguë. A l'autopsie on trouva une myélite étendue à toute la moelle jusqu'au bulbe qui était touché. L'examen des coupes permit de constater, comme lésions dominantes, une vascularisation énorme de toute la moelle, mais avec prédominance au niveau des cornes antérieures; vascularisation analogue à celle que l'on observe dans les myélites expérimentales streptocoques, staphylocoques ou pneumocoques; une périvascularite intense avec, autour des vaisseaux, amas leucocytiques, quelquefois assez considérables pour en effacer la lumière. Il y avait, en outre, des lésions cellulaires à divers degrés: déformation des cellules qui étaient devenues arrondies au lieu de conserver leur forme triangulaire, noyau moins visible, diminution ou disparition des granulations chromatophiles, état trouble du protoplasma, cassures très nettes des prolongements; quelques cellules étaient réduites à de petits blocs granuleux sans noyaux.

On trouvait aussi des lésions des racines antérieures et des nerfs périphériques, mais elles n'ont qu'un intérêt secondaire ainsi que les lésions musculaires. M. Ballet rappelle, en effet, que si l'on a longtemps discuté sur la nature de la paralysie de Landry, si quelques auteurs l'ont considérée comme due à une polynévrite périphérique (Pitres et Vaillard, etc.), les procédés actuels de technique permettraient probablement de constater des altérations médullaires que les procédés anciens sont incapables de déceler. Il est donc permis de supposer que du moins la plupart des paralysies de Landry sont des myélites.

D'autre part, on peut admettre aujourd'hui que toutes les myélites sont d'origine infectieuse ou toxique. Dans le cas de MM. Marie et Marinesco, le microbe a été pris sur le fait dans la moelle elle-même. Dans le cas de M. Ballet, au contraire, l'examen microscopique des coupes et les cultures faites avec le bulbe et le cerveau n'ont donné que des résultats négatifs. On ne peut éliminer d'une façon absolue la nature infectieuse de la maladie, mais il est cependant bien probable qu'on aurait retrouvé les microbes dans la moelle, étant donné la marche rapide de la myélite. Faut-il admettre qu'une localisation infectieuse s'était faite ailleurs, dans un autre organe, et que les lésions médullaires étaient dues aux toxines microbiennes? Mais on n'a trouvé aucune trace d'infection dans les autres organes. La troisième hypothèse qui se présente à l'esprit semble la plus plausible : le malade était très alcoolique; son foie présentait une dégénérescence graisseuse très accentuée et était aux deux tiers détruit; on peut donc penser que la myélite était due à une auto-intoxication en rapport elle-même avec des lésions hépatiques si considérables.

— Chez une jeune fille de vingt ans, entrée à l'hôpital pour des accidents cardiaques et de l'albuminurie, M. Fernet a observé l'évolution d'accidents assez curieux du côté de la plèvre, consécutivement à des embolies pulmonaires.

Peu après son entrée à l'hôpital, en effet, cette jeune fille avait eu de la phlébite ou de la thrombose au niveau d'un bras. Quinze jours après, elle fut prise d'un point de côté violent avec dyspnée; l'examen de la poitrine ne décela d'abord l'existence d'aucun signe, mais deux jours plus tard existait un petit épanchement pleural. Une ponction donna issue à 3 ou 400 grammes d'un liquide séro-sanguinolent dans lequel, par l'examen direct sur lamelles, par les cultures, par les inoculations, on ne trouva aucun microbe. M. Fernet admit qu'il s'agissait d'une embolie arrivant à la surface du poumon et ayant déterminé une congestion hémorragique de la plèvre. Douze jours après, la malade fut prise de nouveau d'une oppression extrême; cette fois, du même côté que la pleurésie, s'était fait un pneumo-thorax, accompagné bientôt d'un épanchement purulent, dans lequel on trouva le streptocoque, le pneumocoque et d'autres microbes indéterminés. Le lendemain, douleurs vives du côté opposé de la poitrine : vers l'angle inférieur de l'omoplate, on constatait de la matité, du souffle avec, tout autour, des râles crépitants. La malade succombait deux jours plus tard. A l'autopsie, on trouva à gauche une pleurésie purulente enkystée avec un infarctus pulmonaire ouvert dans la plèvre; à droite, un infarctus pulmonaire également superficiel, mais sans épanchement pleural.

Les faits de ce genre sont extrêmement rares, du moins pour ce qui a trait au pneumo-thorax, ainsi que le fait remarquer M. Galliard. Néanmoins M. Rendu a observé deux cas de pneumo-thorax consécutifs à des embolies pulmonaires ayant leur point de départ dans une phlébite des veines péri-utérines. Dans certains de ces cas, la pleurotomie est indiquée et peut amener la guérison.

LES LIVRES NOUVEAUX

Le Traitement de la Syphilis (1), par M. Ch. Mauriac, médecin de l'hôpital Ricord.

Après avoir écrit deux livres qui sont et resteront classiques : *Syphilis primitive et Syphilis secondaire*, *Syphilis tertiaire et Syphilis héréditaire*, M. Mauriac publie aujourd'hui un magnifique volume sur le traitement de la syphilis. Avant d'en découper la première page, on pressent qu'on a là sous la main un livre de premier ordre. La réflexion se porte sur l'œuvre déjà si considérable de M. Mauriac, et l'on songe que ce livre vient à son heure pour la compléter. Si simple qu'elle paraisse au premier aspect, la question du traitement de la syphilis est des plus complexes; elle a donné lieu de tout temps à des discussions interminables, et, puisque actuellement les syphiliographes de tous pays sont en désaccord sur des points de première importance, tels par exemple que l'ablation du chancre infectant, le meilleur mode d'administration du mercure, la marche même du traitement; puisque dans les congrès naissent encore des controverses sur une foule de points secondaires, on sent utile d'écouter la parole autorisée d'un maître dont la longue expérience et les travaux sont connus de tous.

M. Mauriac donne lui-même le plan de l'ouvrage dans sa préface. L'introduction contient un historique du traitement de la syphilis; tout le monde trouvera certainement un grand intérêt « à ce rapide voyage à travers un passé de quatre siècles ». Le corps de l'ouvrage est divisé en trois livres : le premier est consacré à la thérapeutique générale de la syphilis; le second, au traitement des diverses manifestations syphilitiques; le troisième enfin a pour objet le traitement de la syphilis héréditaire et la prophylaxie de la syphilis.

Nous ne pouvons ici analyser en détail chacune des parties constituantes de l'ouvrage, ni même passer en revue tous les points de doctrine que comporte le sujet. M. Maurice

(1) Chez Masson, éditeur.

a d'ailleurs manifesté à maintes reprises son opinion sur ces divers points.

A propos de chaque question, il défend ici sa manière de voir avec le brillant, la vigueur, la richesse d'arguments, qui ont toujours fait de lui un adversaire redoutable ; que l'on lise pour s'en convaincre le chapitre sur « la stratégie thérapeutique » ou les pages sur l'ablation du chancre infectant. Mais il est une autre question, toute d'actualité, sur laquelle M. Maurice n'avait pas encore exprimé son opinion, c'est celle de la prophylaxie sociale. Il est peu de syphiligraphes aujourd'hui qui ne soient partisans de toutes les mesures coercitrices contre la prostitution ; la réglementation est regardée comme nécessaire ; c'est le seul moyen d'enrayer la marche toujours envahissante de la syphilis. M. Maurice ne nie point l'utilité des mesures de défense, mais il s'élève avec force contre l'iniquité de ces mesures qui ne frappent que la femme : « On nous parle « toujours de la prostituée ; et le *prostituant*, vous semblez « ne pas soupçonner son existence ! Je trouve monstrueux « qu'on dise que toute femme qui fait *commerce de son « corps* doive être soumise à *certaines servitudes, à certaines « mesures permettant de contrôler la qualité de la marchandise*, et de protéger le *consommateur*. Mais, d'abord, ce « consommateur peut se protéger lui-même et de la façon « la plus efficace, c'est-à-dire en ne consommant pas. Et « puis, pourquoi ne pas astreindre ce consommateur à certaines servitudes, à certaines mesures propres à garantir « la marchandise ? Le faites-vous ? Jamais. »

M. Mauriac prend donc très vivement parti pour la femme au sujet des mesures répressives qui sont encore employées ou que l'on voudrait mettre en vigueur. Il les attaque souvent avec la plus mordante ironie, tout en fournissant des arguments sérieux à ceux qui défendent la liberté de la prostitution. Il reconnaît, d'ailleurs, avoir été parfois un peu paradoxal. « J'ai soutenu cette thèse avec « la plus grande indépendance d'argumentation et de parole, en me tenant dans la région des principes de droits, « de devoirs, de liberté individuelle, d'égalité et de solidarité, dont il me paraît souverainement injuste d'exclure « la femme, comme si elle était d'une essence inférieure à « la nôtre. Peut-être ai-je mis dans ce sujet si fastidieusement ressassé une pointe de fantaisie, de paradoxe et « d'hyperbole. Je ne m'en défends pas. N'était-ce pas permis pour combattre un vieux préjugé ou ce qui me paraît « tel ? Mes lecteurs ont trop d'esprit et de largeur d'idées « pour me le reprocher. Ils ne m'en voudront pas non « plus, j'en suis sûr, d'avoir un peu maltraité notre sexe. « Et puis, ce qui passe pour erreur la veille, n'est-il pas « souvent vérité le lendemain ? On trouvait tout naturel « autrefois d'exiler et d'incarcérer les hommes qui contractaient la syphilis. Ne serait-ce pas monstrueux « aujourd'hui ? »

A côté de tout ce qu'il a d'original et de personnel, l'ouvrage de M. Mauriac se recommande encore par des qualités de premier ordre. Tout d'abord, le mot « traitement » a été compris de la façon la plus large. Il ne s'agit pas seulement du traitement général de la syphilis, mais aussi du traitement de chaque manifestation en particulier ; il faut signaler à ce sujet les petits « résumés pathologiques » des principales de ces manifestations ; ils rendront de réels services. Il en est de même des formulaires très détaillés qui se trouvent placés après chaque division du livre. De plus, M. Mauriac n'a négligé de signaler aucune des innovations thérapeutiques récentes ; il donne, par exemple, en partie dans le corps de l'ouvrage, en partie dans un appendice, une analyse très complète des tentatives faites récemment pour appliquer au traitement de la syphilis les principes de la méthode sérothérapique. Quoique les résultats soient encore bien peu démonstratifs, il faut espérer qu'elle donnera un jour pour la syphilis ce qu'elle a donné pour la diphtérie. « La méthode est si nouvelle qu'on ne peut « point encore porter sur elle un jugement définitif. Elle « est loin d'avoir dit son dernier mot. Il est à craindre que « son avènement ne soit retardé par l'impossibilité où « nous avons été jusqu'ici de découvrir le microbe pathogène de la syphilis et d'inoculer cette maladie aux animaux. Mais, alors même qu'elle échouerait pour le moment, il y a bien des raisons d'espérer que plus tard, « avec les progrès qui se font tous les jours dans cette voie, « on arrivera à découvrir les moyens infaillibles non seulement de guérir la syphilis, mais de la prévenir par la « vaccination ».

On trouve, dans toutes les parties de cet ouvrage, une richesse prodigieuse de détails, de citations, d'indications bibliographiques, qui en font le livre le plus documenté qui ait été jamais écrit sur le traitement de la syphilis, et un livre extrêmement intéressant. Le style y est d'ailleurs pour quelque chose. A ce point de vue, M. Mauriac est resté ici l'écrivain original dont il suffit souvent de lire quelques lignes pour deviner qu'il en est l'auteur. Il a su rendre attrayante, quelquefois même très amusante, la lecture de choses au premier aspect fastidieuses. Ce n'est point à dire que son style ne puisse s'élever à l'occasion : témoin, dans la préface, les belles pages consacrées à Rollet, à la mémoire duquel le livre est dédié.

L'ouvrage deviendra classique en France, comme le sont devenus les deux autres ouvrages, et il ira étendre encore à l'étranger la renommée déjà très grande de M. Mauriac.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Concours de l'Internat. — Les premières séances du Concours modifié de l'Internat ont eu lieu cette semaine, et la mise en pratique du nouveau mode de concours n'a pas apporté de difficultés. Le jury s'est divisé en deux sous-jurys : l'un pour l'anatomie, l'autre pour la pathologie, et ils se sont déjà réunis pour faire passer l'oral des candidats appelés sous les drapeaux.

Le jury d'anatomie est composé de MM. Hallopeau, Porak, Second, Mathieu, Dellet.

Le jury de pathologie est composé de MM. Audoui, Sevestre, Pozzi, Bonnaire, Rochard.

Les questions que les candidats avaient à traiter étaient : « Nerfs de la langue, symptômes et diagnostique du cancer de la langue ». Les questions restées dans l'urne étaient : « Vagin, métrorragie ; configuration et rapports de la trachée et des bronches extra-pulmonaires, signes et diagnostic des cavernes pulmonaires ».

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Traitement de l'attaque de rhumatisme articulaire aigu simple. (*Suite et fin.*)
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Congrès français de Chirurgie. (*Suite.*)
IV. A propos du nouveau règlement sur les circonscriptions hospitalières.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Société de Chirurgie.
VI. Échos et nouvelles.

TRAITEMENT DE L'ATTAQUE DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SIMPLE

SUITE ET FIN (1).

II

Les inconvénients du salicylate de soude ont fait étudier un certain nombre d'autres produits salicylés.

Un des plus employés, actuellement, est le salophène ou salicylate acétylparamidophénol qui renferme environ 51 % d'acide salicylique. Insoluble dans l'eau, le salophène se décompose très facilement en milieu alcalin ; sa décomposition se fait donc, dans l'organisme, au niveau de l'intestin.

Siebel a étudié la physiologie du salophène. D'après lui, la dose mortelle oscille vers 7 grammes par kilogramme d'animal. La toxicité est donc faible ; de plus, le produit est inodore et insipide.

Guttmann a obtenu le premier de bons résultats en employant le salophène dans le rhumatisme articulaire aigu ; il a relevé cependant quelques échecs et des récidives. Hitschmann a publié des observations confirmatives ; il a donné à une de ses malades 328 grammes de salophène en trois mois, soit 3gr,60 par jour en moyenne, sans le moindre inconvénient.

Citons encore les recherches de Caminer, de Koch, de Gerhardt, de Flint, de Lutje, tous favorables à l'emploi du médicament.

Frœhlich a employé le salophène dans onze cas de rhumatisme aigu graves ; il débutait par 6 grammes, puis abaissait la dose à 4 grammes après la disparition des phénomènes aigus et il continuait par 1 gramme jusqu'à ce que tout danger de récidive fût écarté. La douleur et la fièvre disparaissaient rapidement ; les grands épanchements exigeaient l'emploi des révulsifs et des massages.

Oswald regarde le salophène comme indiqué dans les cas peu graves de rhumatisme aigu ; dans les cas graves, il préfère le salicylate ou fait alterner les deux médicaments.

(1) Voir le numéro précédent.

Millard-Darier a recommandé le salophène comme anti-rhumatismal en insistant sur ce point que l'on n'a pas à craindre les mêmes inconvénients qu'avec le salicylate de soude. L'action du médicament est surtout rapide contre la douleur. En même temps, fièvre et fluxion articulaire sont promptement atténuées. Le salophène ne prévient pas les complications viscérales.

Sont parus, depuis, les mémoires de De Buck et Vanderlinden, de Richy, de Laurand. Ce dernier arrive aux conclusions suivantes : Le salophène est un analgésique et un anti-rhumatismal aussi puissant que le salicylate de soude. Il ne provoque pas, comme ce dernier, la céphalalgie, la sensation d'ivresse, les bourdonnements d'oreille. Tout à fait insipide, il n'est pas désagréable à prendre en solution dans l'eau. La dose moyenne est de 2 grammes par jour en quatre doses.

A la Société médicale des hôpitaux, Marie a préconisé le salophène, qu'il considère comme un remarquable succédané du salicylate de soude ; il n'en a pas les inconvénients, est bien toléré et les fonctions digestives se sont rapidement rétablies sous son influence. Chez un homme atteint de rhumatisme articulaire aigu avec insuffisance aortique ancienne et crises d'angine de poitrine, le salicylate exagérait les accidents cardiaques et gastriques d'une façon effrayante. Au contraire, le salophène détermina, en deux jours, une détente considérable du côté des jointures et après une rechute consécutive à la suppression trop brusque du médicament, le malade sortit guéri.

Chez deux malades qui souffraient d'une constipation opiniâtre, Huot a vu le salophène produire le premier jour de son administration une légère diarrhée et les jours suivants une selle quotidienne. Dans un cas où une malade atteinte d'ulcère de l'estomac eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu, le salophène, bien loin d'aggraver les douleurs stomacales, les fit disparaître ; il fut remplacé un seul jour par le salicylate de soude, immédiatement douleurs stomacales, nausées et vomissements reparurent.

Le salophène doit être donné en poudre (cachets, capsules, pilules, en suspension dans un peu d'eau pure). La dose de 4 grammes est une dose moyenne et il n'est pas démontré que les doses plus

élevées soient plus actives, car alors une partie du médicament n'est pas dédoublée et passe dans les selles.

Voici une formule de pilules :

Salophène.....	0gr,10
Extrait de gentiane.....	0gr,05
Poudre de réglisse.....	Quantité suffisante.

F. S. A. une pilule.

Prendre cinq pilules semblables le matin et cinq autres le soir.

Il est en effet indiqué de fractionner les doses afin de maintenir constamment l'organisme sous l'action du médicament, et Marie prescrit les 4 grammes journaliers en six prises.

La malacine est un dérivé salicylé de la phénacétaline. Elle se présente sous la forme de cristaux jaune pâle, insolubles dans l'eau et est parfaitement décomposée par les acides minéraux, même en solution étendue, en acide salicylique et phénacétine. D'après Giacosa, qui recommande l'emploi du médicament par voie rectale, il se dédouble aussi dans une eau alcalinisée.

Jaquet, le premier, a employé la malacine dans des cas de rhumatisme articulaire aigu ; d'après lui, l'action du médicament est rapide et il n'y a ni céphalée ni vertiges, etc. Ces effets énergiques et cependant ménagés, tiendraient à ce que l'acide salicylique, quand on emploie la malacine, agit à l'état naissant.

Le médicament a été aussi expérimenté par Montagnon (de Saint-Etienne), qui a donné de 4 à 10 grammes par vingt-quatre heures (il y a à peu près 50 % d'acide salicylique dans la malacine). On débute par la dose la plus faible; puis si les douleurs ne sont que peu atténuées dans les premières trente-six heures, on élève progressivement la dose de 1 à 2 grammes par jour, et on arrive à 10 grammes si cela est nécessaire, en ayant soin de fractionner. La dose moyenne est de 6 grammes. La malacine augmente la quantité d'urine, facilite l'élimination de l'acide urique; les quantités d'urée et d'acide phosphorique restent les mêmes.

On n'a pas les inconvénients de l'acide salicylique, du salol, et même avec les doses massives il ne se produit pas d'accidents d'intoxication.

Le mieux est de prendre le médicament en cachets, 0,50 à 1 gramme toutes les trois heures au plus selon les cas. Jaquet conseille l'incorporation de la poudre à de la marmelade de pomme ou de la confiture.

Montagnon a employé la malacine chez une quinzaine de rhumatisants qui en ont retiré tous de très bons effets.

Le salol est inférieur au salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Il agit surtout comme analgésique, calme assez vite les douleurs dans les cas légers, mais ne modifie pas l'évolution de la fièvre. Rosenberg lui trouve les mêmes inconvénients qu'au salicylate de soude, quoique moins marqués; le seul avantage qu'il ait sur ce dernier, c'est qu'il est insoluble dans l'estomac.

On peut réserver le salol pour les cas peu aigus, et le prescrire à la période de déclin de la fièvre, quand il suffit de tenir le malade sous une influence médicamenteuse relativement légère pour empêcher la rechute.

III

Il est des rhumatismes aigus qui résistent à l'acide salicylique, d'autre part cet acide ne peut être administré qu'avec grande prudence en cas de grossesse. A quels médicaments faut-il alors s'adresser ?

Le groupe des antithermiques analgésiques a fourni de nombreux agents à la thérapeutique antirhumatismale. Blanchard, Clément, Golebienski, ont beaucoup vanté l'antipyrine, qui a aussi été employée par G. Sée, Bernheim, Masius, etc. Elle serait préférable au salicylate en cas de complication cardiarque, car elle n'agit pas comme ce dernier sur le cœur (G. Sée). S'il y a de l'albuminurie, la contre-indication est la même qu'avec le salicylate.

Pour Dujardin-Beaumetz, l'antipyrine ne réussit que si l'intensité de la maladie est faible, parce qu'il est possible alors d'administrer de petites doses; au-dessus de 4 grammes le médicament offre en effet de sérieux inconvénients.

Chauffard préfère cependant l'antipyrine au salicylate; il lui reconnaît le pouvoir de couper presque d'emblée l'attaque de polyarthrite et la donne à doses variant chez l'adulte, entre 4 grammes et un maximum de 8 grammes, rarement atteint. Généralement l'antipyrine est très bien supportée; s'il y a des sueurs trop abondantes, on peut les combattre par le sulfate neutre d'atropine. Généralement 50 grammes d'antipyrine répartis en dix-quinze jours suffisent pour guérir une attaque. La seule supériorité du salicylate pour Chauffard, c'est qu'il est un agent éliminateur des déchets azotés.

L'exalgine ne doit pas être considérée comme un bon médicament du rhumatisme articulaire aigu. En premier lieu, son emploi est souvent suivi de phénomènes secondaires ennuyeux (vertiges, sueurs, cyanose légère), ensuite elle est surtout analgésique, de telle sorte que dans le rhumatisme articulaire aigu, si elle peut calmer rapidement la douleur ainsi que de nombreuses observations l'ont prouvé, elle n'a pas d'action contre les localisations articulaires. Elle convient surtout aux cas où il y a du rhumatisme musculaire et douloureux (Desnos).

Dujardin-Beaumetz et Stackler ont beaucoup vanté l'asaprol. Sous l'influence de ce médicament, le

rhumatisme articulaire aigu peut guérir en vingt-quatre ou trente-six heures; le délai le plus long pour obtenir la guérison a été de dix jours (quinze cas). Dans le rhumatisme articulaire subaigu, la guérison s'est montrée au bout de douze heures à sept jours; enfin, sur vingt-un cas, elle était obtenue en vingt-quatre trente-six heures.

Des succès rapides ont été obtenus dans des cas de rhumatismes suraigus, dans d'autres ayant résisté au salicylate de soude, à la quinine, à l'antipyrine. Des malades refusant le salicylate de soude à cause des phénomènes secondaires ou ne pouvant le prendre par suite des vomissements et des phénomènes de dyspepsie, ont parfaitement supporté l'asaprol.

La dose, chez l'adulte, est de 4 à 6 grammes en général, parfois de 8 à 10 grammes en cachets, en potion, en solution, en fractionnant l'administration.

Asaprol	15 grammes.
Eau	250 —

Trois à six cuillerées de cette solution dans les vingt-quatre heures dans de l'eau additionnée d'anisette ou de curaçao.

Le médicament ne détermine aucun accident, même quand il y a de l'albuminurie.

Kern et d'autres ont confirmé les observations de Dujardin-Beaumetz. Kern a remplacé dans sa pratique le salicylate de soude par l'asaprol. Comme accidents secondaires il n'a vu se produire, et une fois seulement, qu'un état nauséeux.

L'*Ephedra vulgaris* est très usité en Russie contre le rhumatisme. On peut employer une décoction de 4 grammes de tige et de racine pulvérisée dans 200 grammes d'eau, à la dose d'une cuillerée à soupe toutes les deux heures. D'après les observations de Betchin, les douleurs se calment dès le deuxième jour et la guérison a lieu en huit à dix jours.

Les médicaments que nous venons de passer en revue permettent de rejeter de la thérapeutique du rhumatisme le nitrate de potasse, la vératrine, le sulfate de quinine même. Cependant, dans les cas où le salicylate est mal toléré ou contre-indiqué, Barth associe le sulfate de quinine à l'antipyrine, trois prises de 0,25 de sulfate de quinine avec dose double d'antipyrine. De même, en cas d'accidents causés par le salicylate, Comby revient à la quinine; de même s'il y a une albuminurie notable. Il donne alors (enfants) :

Chlorhydro-sulfate de quinine.	0gr,50.
Sirop de framboises.....	40 grammes.
Eau distillée.....	40 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

La plupart des médecins, dans le cours du traitement, ordonnent quelques laxatifs, surtout quand il y a embarras notable des voies digestives; des diurétiques, dont le principal, le seul auquel il faille avoir recours, à notre avis, est le lait, utile dans tous les cas. Avec quelques grogs légers, une eau alcaline faible, il suffit à l'alimentation des malades. Les tisanes chaudes, queues de cerises, chiendent, sont recommandées par J. Simon.

L'embarras gastrique peut être très persistant; on le combattra par des purgatifs salins, parmi lesquels A. Robin préconise le sel de Seignette. Une petite quantité de ce sel, absorbée, est favorable à l'élimination des matières albuminoïdes détruites; de plus, il fournit à l'acide sulfurique de la soude et de la potasse.

Contre l'asthénie nerveuse consécutive à l'attaque, la strychnine est un excellent médicament.

Les préparations ferrugineuses, surtout l'iodure, l'huile de foie de morue combattront l'anémie de la convalescence.

IV

Le traitement local des articulations frappées par le rhumatisme articulaire aigu est tout à fait secondaire.

Le mieux est d'enduire les jointures d'un liniment calmant quelconque, baume tranquille ou tout autre, puis on les enveloppe d'ouate et d'un taffetas imperméable.

J. Simon recommande beaucoup, chez les enfants, cette sorte de bain de vapeur local.

Quand la période aiguë est terminée, il est bon de faire exécuter quelques mouvements aux articulations en les préparant par un léger massage.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Le caféisme chronique — Projet de loi rendant obligatoire l'épreuve par la tuberculine chez les animaux de l'espèce bovine.

MM. Gilles de La Tourette et Gasne ont fait, le 12 juillet dernier, à la Société médicale des Hôpitaux, une communication sur l'intoxication chronique par le café. Tous les journaux qui s'occupent d'hygiène l'ont reproduite sans commentaires; mais elle nous semble trop sérieuse pour la laisser passer sans discussion.

Le café a pris une telle importance dans l'alimentation des peuples civilisés, il rend de tels services à tous les hommes de labeur intellectuel que nous ne pouvons pas le laisser qualifier de poison sans prendre sa défense.

Ce n'est pas la première fois qu'il est attaqué. Sans remonter à ses détracteurs du XVIIe siècle, ni à l'anathème plus récent d'Hahnemann, je rappellerai qu'il y a dix ans (juillet 1885), le Dr O. Guelliot,

de Reims, publia, dans l'*Union médicale du Nord-Est*, un travail sur le *Caféisme chronique*, dans lequel il traçait un tableau lamentable de la situation des malheureux en proie à cette intoxication. MM. Gilles de La Tourette et Gasne ont encore renchéri sur cette peinture, qui nous avait paru quelque peu fantastique. Ils décrivent une dyspepsie caféique analogue, disent-ils, à la gastrite alcoolique, avec pituites matinales, langue sale et rouge aux bords, dégoût pour tous les aliments? Cette dyspepsie donne bientôt, à ceux qui en sont atteints, une apparence cachectique et cause une maigreur extrême. Le teint est jaune, la peau ridée, la diarrhée est fréquente, le pouls tombe souvent à 50 par minute.

A la suite de ces troubles digestifs ou concurremment avec eux, on voit survenir l'insomnie, puis les cauchemars terrifiants comme ceux de l'alcoolisme. Ils s'accompagnent de vertiges, de tremblement des extrémités, de frémissements fibrillaires des lèvres, de la langue, de la face, de crampes dans les mollets, parfois même il survient des anesthésies et des paralysies. Cette description, que nous avons reproduite sans y rien changer, ressemble tellement à celle de l'alcoolisme chronique, qu'on est autorisé à se demander si les auteurs de la communication n'ont pas fait une confusion qu'ils reconnaissent eux-mêmes facile. Il y a dix ans déjà, en rendant compte du mémoire de M. Guelliot, dans la *Revue d'hygiène* (1), M. Vallin faisait observer qu'il est difficile de séparer les effets produits par le café, chez les gens qui en abusent, de ceux de l'alcool qu'ils boivent et du tabac qu'ils fument en même temps. MM. Gilles de La Tourette et Gasne croient s'être mis en garde contre cette cause d'erreur; mais on a bien pu les tromper. On avoue volontiers les excès de café, mais on renie toujours l'alcool. Tous ceux qui ont observé les ivrognes connaissent l'indignation comique avec laquelle ils se défendent d'en faire abus.

Il est donc nécessaire de ramener les choses à leur véritable proportion. Point n'est besoin pour cela d'aller recueillir des observations dans les ateliers. Tous les médecins qui, pour parvenir, ont dû passer par le laminoir des concours, ont fait plus ou moins abus du café et en connaissent les effets. Encore faut-il dans ce cas faire la part des excès de travail, de la fièvre des examens, de l'anxiété de la réussite, des émotions que causent aux candidats les commérages de l'école, et pourtant tout cela réuni n'a jamais, à ma connaissance, amené la déplorable cachexie décrite par les auteurs dont je discute les idées.

Le café, lorsqu'on en prend avec excès, détermine chez les personnes impressionnables une anxiété épigastrique analogue à celle qu'on éprouve sous le coup d'une vive émotion ou dans l'angoisse de l'attente. Il cause parfois un peu de tremblement des mains; l'élévation du pouls est constante; il devient petit, serré; on observe même parfois un peu d'arhytmie. L'insomnie qu'il amène est lucide, calme, presque agréable. Il est anti-aphrodisiaque, et cette propriété a été connue de tout temps. Tous les auteurs répètent, d'après Murray, une anecdote sur le sultan Mahmed et sa sultane favorite qui n'est pas positivement en leur honneur. Cette frigidité se dissipe rapidement, comme les autres phénomènes que nous avons énumérés, lorsqu'on cesse l'usage du café.

Ces symptômes pathologiques, cet état névropathique, peuvent évidemment s'aggraver à la longue, si l'on se livre à des excès aussi déraisonnables que ceux de cet étudiant dont parlent MM. Gilles de La Tourette et Gasne, qui prenait chaque jour, pendant la préparation d'un concours, jusqu'à quatorze tasses de café, représentant l'infusion de 700 grammes de poudre. Dans ces cas absolument exceptionnels, on peut observer des phénomènes nerveux plus sérieux que ceux que nous avons indiqués; mais, quant aux troubles digestifs, aux pituites matinales, à la langue sale et rouge sur les bords, à la diarrhée; quant aux crampes, au tremblement de tout le corps et surtout aux cauchemars terrifiants, tout cela appartient à l'alcoolisme; c'est l'expression du *delirium tremens*. Le ralentissement du pouls, que je n'ai jamais observé, a été constaté avec la caféïne à la dose d'un gramme et, comme le café torréfié en contient 0,97 % de son poids, il suffit d'en prendre de sept à huit tasses pour être dans les mêmes conditions, et, vraisemblablement alors, le ralentissement du pouls peut s'observer. *A fortiori* quand on en prend quatorze.

En somme, de toutes les substances qui agissent sur le système nerveux et sur les fonctions intellectuelles, le café est la plus précieuse et la plus inoffensive. Son abus même n'a pas les conséquences terribles qu'amènent fatalement l'alcool, l'éther, la morphine et même le tabac quand on en use avec excès.

— Dans ma dernière chronique, j'ai parlé de l'instruction du 20 septembre dernier par laquelle le ministre de la Guerre a rendu obligatoire l'épreuve par la *malléine* pour le diagnostic de la morve chez les chevaux de l'armée; le ministre de l'Agriculture a pris, à la même époque, une mesure analogue pour combattre la *tuberculose* dans l'espèce bovine. M. Gadaud a soumis le 9 juillet, à la signature du Président de la République, un projet de loi (1) qu'il

(1) *Revue d'Hygiène*, 1885, t. VII, p. 867.

(1) Projet de loi sur les mesures à prendre pour combattre la tuberculose dans l'espèce bovine, présenté au nom du Président de la République, par M. Gadaud, ministre de l'Agriculture. (*Recueil vétérinaire*, n° du 15 septembre 1895.)

devait présenter à la Chambre des Députés à sa rentrée et, comme la question n'a rien de politique, il est probable que son successeur la soumettra au Parlement à sa place. Cette loi intéresse l'hygiène à un plus haut point que l'instruction relative à la morve, parce que cette dernière maladie est rare dans l'espèce humaine, tandis que la tuberculose la décime et que ses chances de transmission des animaux à l'homme sont beaucoup plus grandes.

J'ai traité, il y a deux ans, cette question de diagnostic dans l'*Union médicale* (1). Je n'y reviendrai donc pas. Je rappellerai seulement que la *tuberculine* est un extrait glycériné des cultures du bacille de la tuberculose, cultures préalablement stérilisées à l'autoclave, à la température de 110°, et qu'elle jouit de la propriété de déceler la tuberculose à son début chez les animaux qui en sont atteints, en déterminant chez eux, par son injection sous la peau, une fièvre intense dont les animaux sains, soumis à la même épreuve, sont absolument exempts.

Cette propriété est d'autant plus précieuse que, dans l'espèce bovine, la tuberculose est compatible avec l'embonpoint le plus florissant. En 1892, le bœuf gras de Marmande a été saisi par l'inspecteur sanitaire comme atteint de tuberculose généralisée. La *tuberculine*, en signalant la présence des tubercules quelque peu nombreux qu'ils soient, permet de faire le départ, dans les étables, entre les animaux sains et les animaux malades, et d'opérer l'isolement ou l'abattage suivant la gravité du mal.

Le projet de loi dressé par le ministre de l'Agriculture, sur le rapport de M. Nocard, interprète du Comité consultatif des épizooties, rend obligatoire l'épreuve par la *tuberculine* chez les animaux de l'espèce bovine présentant des signes cliniques de tuberculose et prescrit l'abatage immédiat de ceux qui présentent la réaction fébrile caractéristique.

Dans le cas de tuberculose bovine constatée soit chez un animal vivant, soit chez un animal mort, tous ceux de la même espèce ayant séjourné dans la même étable doivent être soumis à l'épreuve de la *tuberculine* et abattus s'ils réagissent. Les préfets sont chargés de faire procéder à l'abatage et les propriétaires reçoivent une indemnité proportionnelle au dommage qui leur a été causé.

JULES ROCHARD.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Oulmont, médecin des hôpitaux, est chargé d'un cours annexe de clinique à l'hôpital Laënnec.

École de Médecine d'Alger. — M. Bruch, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de la dite école.

(1) JULES ROCHARD : « La tuberculine et la malléine comme moyen de diagnostic de la tuberculose et de la morve. » (*Union médicale* du 5 décembre 1893, t. LVI, p. 769.)

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

SUITE (1)

M. LE DENTU fait ensuite une communication sur le traitement des anus contre nature et des fistules stercorales, et arrive aux conclusions suivantes :

Pour les fistules stercorales de petite dimension, la cautérisation ignée et les procédés autoplastiques directs peuvent donner de bons résultats. Mais les échecs de ces derniers sont nombreux.

Les mêmes moyens sont applicables aux fistules pyostercorales, mais le débridement et la désinfection du foyer et des clapiers doit précéder toute tentative d'occlusion. L'échec de ces méthodes conduit forcément à l'emploi d'une de celles qui conviennent aux grandes fistules et aux anus contre nature.

En ce qui concerne les grandes fistules et les anus contre nature, l'entérotomie de Dupuytren, même avec le concours ultérieur des autoplasties complémentaires, donnant un quart d'insuccès, ne peut être considérée comme entièrement satisfaisante. Cependant sa mortalité de 3,54 % lui permet de supporter la comparaison avec l'entérostomie, dont la mortalité est encore de 26,49 %.

En revanche, la mortalité de l'entérorraphie latérale étant nulle (au moins d'après les 24 cas publiés), il y a tout avantage à employer cette méthode dans les circonstances suivantes :

1° En cas d'échec dans le traitement d'une fistule simple ou pyostercorale par la cautérisation ou par la méthode autoplastique;

2° Quand on a affaire à une grande fistule ou à un anus contre nature sans éperon.

Lorsque l'anus contre nature présente un éperon peu développé ou pas assez développé pour empêcher tout passage de matières dans le bout inférieur, mais alors l'entérorraphie latérale intervient comme deuxième temps d'une méthode mixte, dont le premier temps doit être la kentrotomie ou section de l'éperon.

Si la séparation des deux bouts est complète ou presque complète, si le bout inférieur est oblitéré, l'entérectomie doit être la méthode de choix.

Certaines circonstances peuvent la rendre impraticable dans de bonnes conditions et, alors on trouve dans l'entéro-anastomose une dernière et précieuse ressource.

C'est ensuite M. A. REVERDIN (de Genève), qui retrace l'observation d'un malade atteint de **fistules stercorales**, qu'il a guéries en pratiquant un anus iliaque, anus contre nature dont le malade a été si satisfait, qu'il n'a pas voulu le laisser fermer.

(1) Voir le numéro précédent.

M. Boiffin (de Nantes) apporte au Congrès cinq cas **d'entéro-anastomoses** pratiquées pour obvier à des **rétrécissements simples ou cancéreux de l'intestin**. Ces cinq malades ont guéri et M. Boiffin estime que cette intervention se recommande par sa bénignité et ses heureux résultats.

La chirurgie de l'estomac n'a trouvé qu'un seul orateur, M. Doyen (de Reims), qui arrive avec 74 tentatives opératoires et 22 % de mortalité. Quatorze fois une simple laparotomie exploratrice a été pratiquée sans mortalité.

Les 60 interventions effectives comprennent : 3 pyloroplasties avec 2 morts; 2 pylorectomies typiques ou en raquette avec 2 morts; 14 pylorectomies avec gastro-entérostomies avec 5 morts; 40 gastro-entérostomies avec 8 morts, et 1 gastroplastie suivie de guérison. Soit, sur 60 opérations, 17 morts ou 29 %.

Sur ces 60 opérations, 19 fois il s'est agi de cancer. Ces 19 opérations comportent 9 insuccès; 11 pylorectomies pour cancer ont donné 5 insuccès; 8 gastro-entérostomies, 4 insuccès.

Ces résultats défectueux sont dus à ce qu'il a presque toujours, à part 2 ou 3 cas, opéré des cancéreux cachectiques et atteints d'un néoplasme étendu.

Sur 41 cas d'affections non cancéreuses de l'estomac et du duodénum, il a eu 8 insuccès (19 %), survenus, soit par l'emploi d'un manuel opératoire défectueux, soit en raison de l'état de cachexie avancée des malades.

Dès qu'un nouveau pylore est créé au point opportun, les douleurs cessent. Le malade peut se nourrir presque à sa guise, et les cas les plus graves d'ulcères se cicatrisent sans plus donner lieu à la moindre hématémèse.

La gastro-entérostomie est donc l'opération de choix dans les cas d'affections non cancéreuses de l'estomac.

M. Doyen, frappé de certains inconvénients de la gastro-entérostomie antérieure, a imaginé un procédé postérieur dans lequel il suture le côlon à la petite courbure et pratique la bouche sur la face postérieure de l'estomac. Il assure ainsi une évacuation plus facile de l'estomac. Ce procédé lui a donné 4 succès sur 4 interventions.

M. Roux (de Lausanne) a aussi, comme M. Doyen, pratiqué des entéro-anastomoses pour affections non cancéreuses de l'estomac et aurait eu de bons résultats, mais la bouche faite sur la face antérieure de l'estomac lui paraît remplir de bonnes conditions.

Il apporte ensuite des **remarques sur 95 nouvelles opérations d'appendicite « à froid »**. Elles sont basées sur plus de trois cents observations de pérityphlite et sur 95 pièces provenant de ses dernières opérations « à froid ».

A part un *très petit* nombre d'empyèmes de l'appendice, le pus est toujours situé au dehors de l'appendice, et il s'agit toujours d'un phlegmon de l'appendice. La distinction entre l'appendicite catarrhale, ulcéreuse, perforante, etc., n'a aucune valeur pratique.

Dans les guérisons spontanées, le pus s'élimine par perforation ou résorption. La perforation a lieu, le plus souvent, dans l'intestin *grêle*, ce qui explique l'absence du pus dans la première évacuation qui accompagne la crise favorable. L'ouverture intestinale se guérit très rapidement et la péristaltique détruit bientôt toutes les adhérences, faisant même disparaître leurs traces. La résorption simple est au moins aussi fréquente que la perforation; il l'a observée d'une manière indiscutable.

Dans 61 % des cas, l'appendice présentait une perforation, une cicatrice ou un rétrécissement; dans 73 %, il était perméable. Les 39 % sans lésion apparente étaient perméables, la moitié avec des calculs ou des matières fécales.

Pour M. Roux, l'opération (qui lui a donné une seule mort, par embolie d'origine cardiaque, après guérison irréprochable) peut être conseillée à tous ceux qui ne peuvent pas se ménager et accordée aux autres; car la récidive est probable. Elle est notée dans ses observations après 1, 2, 10, 20 et 40 ans. Il n'opère jamais sans avoir constaté un appendice anormal ou douloureux. Mais il vaut mieux attendre cinq ou six semaines au moins après la guérison de la dernière crise : à ce moment, l'exsudat est dissipé au point qu'on peut faire l'opération à blanc, en quinze minutes au plus. La seule opération à faire est la résection de l'appendice, et on ne doit jamais parler de guérison absolue tant que le malade garde cet appendice.

Comme prophylaxie, il recommande l'ingestion de légumes et fruits cuits, l'usage de la bicyclette en lieu et place de massage.

M. Buscarlet (de Genève) rapporte ensuite une observation de **pérityphlite à marche anormale**, traitée par la laparotomie et ayant donné lieu à une fistule consécutive due à la persistance d'un corps étranger.

M. Mauny (de Saintes) communique sur le même sujet sept cas de l'appendicite suppurée traités par la laparotomie, et nous arrivons à la communication du Dr Michaux sur le **volvulus de l'S iliaque et son traitement**.

M. Michaux rapporte l'observation d'un homme auprès duquel il est appelé pour une obstruction intestinale. Il fait une incision iliaque qui ne lui montre rien, la referme et ouvre alors sur la ligne médiane. Il trouve alors un volvulus de l'anse sigmoïde, et pour le détordre, il est obligé de pratiquer l'évis-

cération. Il ne peut alors rentrer les anses dilatées, et est obligé d'évacuer les gaz par une incision de l'intestin. La guérison a été parfaite. L'orateur insiste sur ces différentes manœuvres qui étaient nécessaires et signale la difficulté qu'il y a sur un intestin dilaté à se rendre compte du sens de la torsion. Il n'a pas, pour éviter une récidive, fixé comme M. Roux, de Lausanne, l'S iliaque à la paroi.

Ce sont les **résultats de l'examen de 10,000 observations de hernies recueillies en trois ans et demi**, que M. Berger (de Paris) communique au Congrès. Pendant trois ans et demi, du 4 février 1881 au 11 août 1884, il a examiné tous les malades qui se présentaient à la consultation des bandages au Bureau central, et a pris lui-même leurs observations, dont l'étude lui a demandé ensuite près de dix ans de travail.

Il a rencontré 7,433 hernieux du sexe masculin, pour 2,534 femmes atteintes de hernies.

La hernie inguinale représentait à elle seule 96 % des cas observés; pour les hommes seulement, 6,220 étaient atteints de hernie inguinale, double dans 4,126 cas et simple dans les autres, siégeant à droite plutôt qu'à gauche dans la proportion de 1,46 à 1. Sur la totalité des cas examinés, il a pu constater d'une façon certaine seulement 479 cas de congénitalité.

La hernie crurale ne s'est trouvée que chez 6.6 % des sujets masculins atteints de hernie.

Chez les femmes, la proportion des hernies crurales correspond à 37.1 %; elle est, en réalité, moins fréquente que la hernie inguinale, et cela dans une proportion de 1 à 1.35.

L'association de la hernie inguinale et de la hernie crurale se rencontre assez souvent dans le sexe masculin.

Pour ce qui est de la hernie ombilicale, sa fréquence correspond à une proportion de 5.46 % chez l'homme, et de 27.34 % chez la femme, parmi les sujets atteints de hernie.

Les hernies de la ligne blanche et les hernies épigastriques sont beaucoup plus communes qu'on ne le croit, surtout chez l'homme, et elles donnent 1.37 % du chiffre total des hernies.

En ce qui concerne le département de la Seine seulement, les relevés montrent qu'on rencontre 1 hernieux sur 14.9 sujets pour le sexe masculin et sur 44.7 pour le sexe féminin, ou encore sur 22.3 individus de tout sexe et de tout âge.

La fréquence des hernies varie essentiellement suivant les âges.

L'échelle de fréquence fournit pour la première année un maximum très élevé, correspondant à l'apparition des hernies congénitales, puis une décroissance rapide aboutissant à un minimum qui s'observe pendant la période de vingt à vingt-quatre ans; à partir de cet âge, la courbe se relève pour atteindre, entre soixante-dix et soixante-quatorze ans, un deuxième maximum auquel fait suite une chute définitive et très rapide.

M. Julliard (de Genève) lit ensuite deux observations d'**entérectomie pratiquée au cours de la cure radicale des hernies non étranglées.** L'intestin avait perdu droit de domicile ou présentait de telles adhérences avec le sac qu'il eût été impossible de les détruire sans détruire l'intestin lui-même. La résection avec entérorraphie circulaire s'imposait donc; elle fut faite, et les deux malades guérirent.

Nous avons donné, dans ce journal, une étude du Dr Guinard, sur le **traitement des hernies gangrenées par l'invagination partielle ou totale de l'intestin.** Ce chirurgien reprend cette question en l'élargissant, car il possède aujourd'hui douze observations dans lesquelles il a suivi cette méthode; nous nous bornons ici à indiquer ses conclusions :

1° L'invagination partielle s'applique à tous les cas dans lesquels le sphacèle n'occupe pas la totalité de l'anse herniée;

2° L'invagination totale est l'opération de choix toutes les fois qu'une anse gangrenée en totalité peut être refoulée dans toute sa longueur dans le bout inférieur;

3° Les seules conditions qui peuvent la rendre impraticable sont : l'état des parois (œdème, épaisissement, rigidité) et la longueur de l'anse ;

4° Elle ne saurait, quand elle est possible, être mise en parallèle avec les autres procédés. Elle n'a aucun des inconvénients de l'anus artificiel et présente tous les avantages de l'entérectomie et de l'entérorraphie, tout en restant beaucoup plus innocente que ces deux opérations ;

5° De ce fait, les indications de l'anus artificiel ou de l'entérectomie sont très restreintes. On pratiquera ces opérations seulement quand l'invagination totale aura été mécaniquement reconnue impossible.

M. Villar (de Bordeaux), sur le même sujet, préconise l'entérectomie et le bouton de Murphy qu'il a quelque peu modifié.

Enfin, toujours sur le même sujet, M. Phocas (de Lille) vient vanter la **cure radicale dans la hernie inguinale de l'enfance**; il a, à l'heure actuelle, pratiqué quarante-quatre opérations de ce genre et ne suture pas la peau, ce qui est un tort, d'après M. Broca, qui a fait cinq cents fois cette opération chez l'enfant.

M. Poullet (de Lyon), pour terminer ce qui a trait à l'intestin, dit s'être toujours très bien trouvé d'avoir pris un lambeau sur le moyen adducteur pour fermer

l'orifice inguinal d'une hernie. Il fait de même pour le rein mobile en détachant une bande aponévrotique du long dorsal.

Les communications sur les **annexes du tube digestif** commencent par deux observations de **ligature à la soie de l'épiploon** dans le cours de hernies avec épiploïtes enflammées. M. Reynier (de Paris), qui les apporte à la tribune, incrimine l'épiploon enflammé d'avoir contaminé les fils, et M. Monod, qui lui répond, estime que c'est plutôt le contraire qui doit avoir lieu.

M. Walther prend ensuite la parole **sur quelques phénomènes observés à la suite de l'ouverture large des kystes hydatiques intra-hépatiques**. — Indépendamment des épanchements pleuraux, parfaitement aseptiques, qu'il a vus deux fois sur cinq, se produire à la suite de l'ouverture de kystes hydatiques du foie, on peut observer, consécutivement à cette intervention, des phénomènes d'embarras gastrique plus ou moins accusés, avec une élévation de température qui survient le soir même ou le lendemain de l'opération, et qui persiste cinq à six jours, dix jours au maximum. Il s'agit évidemment d'une infection d'origine intestinale, qu'on peut expliquer de la façon suivante : au moment de la ponction du kyste, le foie subit une décompression brusque, d'où résulte une congestion hépatique très intense; le fonctionnement de la cellule hépatique est, comme on le sait, troublé par la congestion de l'organe, et ainsi que l'a montré M. Hanot, dès que la cellule hépatique ne fonctionne plus bien, il se produit très rapidement une infection du foie d'origine intestinale.

M. Delagenière (du Mans) retrace un **nouveau procédé de cholecystostomie intra-pariétale et transmusculaire**. Il attire la vésicule à travers une boutonnière faite dans le muscle droit et assure l'écoulement de la bile par un drain qui est retiré quand on le juge convenable, et à partir de ce moment l'orifice se ferme tout en faisant, pendant quelque temps, grâce aux fibres musculaires, l'office de soupape de sûreté. M. Delagenière a pratiqué trois fois cette opération et s'en est bien trouvé.

M. Hartmann (de Paris) termine cette journée par une communication de **quatre cas de rein mobile**. Deux fois il a fait la splenectomie, la rate étant très hypertrophiée, et les malades ont parfaitement guéri. Dans les deux autres cas, il a suffi de faire porter une ceinture de Glénard aux malades.

***

La quatrième journée a été consacrée au repos et à la visite des services hospitaliers de Paris. Le soir, un banquet a réuni à l'Hôtel Continental un grand nombre de congressistes.

Dans la matinée de la cinquième journée a eu lieu la réunion de l'assemblée générale. Après le rapport du trésorier, on a procédé à l'élection d'un président et d'un vice-président.

Le premier tour de scrutin n'a pas donné de résultats. M. le professeur Terrier a obtenu 27 voix et M. le professeur Le Dentu 25. Il y a donc eu ballotage et, avant de retourner aux urnes, M. Le Dentu a annoncé qu'il abandonnait sa candidature en faveur de son collègue, M. Terrier. Ce dernier a donc recueilli 52 voix au second tour, 6 voix s'étant encore égarées sur M. Le Dentu et 4 bulletins blancs ayant été déchirés.

Il avait été décidé que le vice-président serait un chirurgien de province; M. Gross (de Nancy) a obtenu 52 voix sur 62 votants.

A neuf heures, les travaux reprennent par une communication de M. Périer, sur la **laryngotomie**. On connait le procédé du chirurgien de Lariboisière, qui intervient sans faire une trachéotomie préalable. Il a présenté dernièrement deux malades opérés de la sorte, à l'Académie, et qui ont guéri rapidement, sans les complications ultérieures qu'amène l'ouverture de la trachée. L'hémostase doit être parfaite avant l'ouverture de l'arbre aérien et, de la sorte, on n'a rien à craindre.

M. Monnier (de Paris) présente deux malades qu'il a guéris de fistules de la région antérieure du cou, et on passe à l'étude des **voies urinaires**.

M. Lentz (de Metz) commence par retracer l'observation d'un cas de **néphrolithotomie pour un calcul volumineux du rein**. La guérison a été complète.

M. Tuffier prend ensuite la parole pour entretenir le Congrès de la **néphrectomie partielle pour tumeurs bénignes du rein**. Trois opérations de ce genre ont été relatées dans la thèse de son élève, De Rouville, en voici deux nouvelles. La première a trait à un fibrôme du rein ayant déterminé une ectopie. Ce fibrôme fut enlevé et la guérison fut obtenue, comme dans tous les autres cas du reste. Chez une seconde malade, il s'agissait d'un adénome du rein, assez mal limité, mais sans ganglions. Il fut extirpé par la résection partielle du rein.

Il faut donc, d'après M. Tuffier, faire la néphrectomie partielle pour des tumeurs bénignes. Si celles-ci sont enkystées, comme les kystes, les fibrômes, on pourra les énucléer, ou disséquer la poche; au contraire, si elles sont infiltrées, il faut, de toute nécessité, réséquer le parenchyme. Le voisinage du hile dans le siège de la tumeur devient une contre-indication, à cause du danger de l'intervention dans cette région.

Enfin, on pourra encore pratiquer la néphrectomie partielle dans les dilatations du rein par gros

calculs et même dans nombre de pyonéphroses. Il est toujours utile de conserver un moignon de rein qui fonctionne.

M. Reblaud communique, au nom de M. Picqué, deux observations d'**hématurie d'origine rénale**, sans qu'on pût trouver de lésion. Aussi les auteurs intitulent l'affection qu'ils décrivent **hémophylie rénale**. Dans un premier cas, l'incision de la vessie et son lavage ; dans le second, la mise à nu du rein suffirent pour arrêter l'hémorragie.

MM. Albarran et Routier font des réserves. Ils ont vu des reins hématuriques à peine atteints, mais indiscutablement atteints de tuberculose miliaire. Ces hématuries sont intermittentes, et la tuberculose rénale est souvent spontanément curable.

M. Pousson (de Bordeaux) étudie la valeur de l'intervention chirurgicale dans les **tumeurs de la vessie**. Il a observé 16 malades ; chez 8 d'entre eux on est intervenu, et 6 de ces opérations lui appartiennent. Tandis que la moyenne de la survie des malades non opérés n'a été que de huit semaines, celle des opérés a été de un an cinq mois et deux semaines. M. Pousson n'a pas pratiqué la résection de la vessie, mais la simple extirpation du néoplasme.

M. Albarran communique le **résultat de 80 lithotrities** pratiquées par lui pour calculs vésicaux. Sur ce nombre, il s'agissait 46 fois de calculs phosphatiques, 29 fois de calculs uriques, 4 fois de pierres uro-phosphatiques et 1 fois d'un calcul oxalique. Parmi ces malades, 20 avaient atteint ou dépassé soixante-dix ans, 7 étaient âgés de plus de soixante-dix-huit ans. Le plus vieux était un malade âgé de quatre-vingt-quatre ans. Le plus gros calcul était une pierre urique de 87 grammes. 75 de ces lithotrities ont été faites chez l'homme, 4 chez la femme et 1 chez une fillette de dix ans.

Dans les deux tiers des cas, il a eu affaire à des vessies infectées. Dans plusieurs cas, il existait de la pyélonéphrite. Huit fois il a pratiqué l'opération sans anesthésie.

Tous ses malades ont guéri, sauf un, qui est mort d'anémie ; il s'agissait d'une malade de soixante et un ans.

Ces chiffres confirment que la lithotritie est une opération bénigne, facile à pratiquer dans la plupart des cas. Même pour ceux qui sont habitués à faire cette opération, il existe des contre-indications, et, pour son compte, il a pratiqué chez l'adulte 4 fois la taille hypogastrique pour calculs. On fait à la lithotritie le reproche de pouvoir laisser des fragments. Si on a quelques doutes à cet égard, on peut ne pas se contenter de la vérification au lithotriteur, qui se fait habituellement quelques jours après l'opération, et pratiquer un examen cystoscopique.

M. Jonnesco (de Bucharest) a pratiqué 6 fois la taille hypogastrique, et 5 fois pour calcul. Il vante la simplicité et la bénignité de cette opération.

M. Mauclaire (de Paris) donne le résultat de ses expériences, qui se divisent en deux groupes. Dans le premier, il étudie le **traitement possible de l'exstrophie de la vessie par la greffe des uretères dans le rectum isolé et par la tranposition du côlon pelvien dans la fosse ischiorectale**. Dans le second groupe, il a étudié le **traitement de l'anus contre nature complexe par la dérivation momentanée des matières fécales à l'aide d'un anus contre nature temporaire sus-jacent**.

Enfin, pour terminer ce qui a trait à la vessie, M. Moulonguet (d'Amiens) fait une communication sur la **cystopexie**, et M. Lavaux (de Paris) sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement de la tuberculose vésicale.

— **L'urèthre et le pénis** ont fait l'objet de deux études : la première, due à M. Boiffin, traite d'un cas d'**épispadias complet peno-pubien**. Le chirurgien de Nantes est parvenu, après une symphyséotomie, à reconstituer les fibres circulaires du col de la vessie et à rétablir ainsi la miction volontaire.

M. Loumeau (de Bordeaux) a fait ensuite une communication sur une **fistule herniaire** traitée avec succès par l'uréthroplastie.

(A suivre.) Eugène Rochard.

A PROPOS DU NOUVEAU RÈGLEMENT

SUR LES CIRCONSCRIPTIONS HOSPITALIÈRES

Un des motifs allégués par l'Administration de l'Assistance publique en faveur de la suppression du Bureau central et de la division de Paris en circonscriptions répondant à des groupes de quartiers, a été la nécessité d'épargner aux malades des courses longues et pénibles, à la recherche d'un hôpital disposant de lits vacants. L'Administration jugeait avec raison qu'il fallait éviter aux malades, refusés faute de place dans un hôpital, le trajet de cet hôpital au Bureau central, suivi du trajet du Bureau central à un hôpital plus ou moins excentrique.

L'ancien mode d'admission par le Bureau central était défectueux et devait être réformé.

Le nouveau règlement réalise-t-il un progrès à ce point de vue? Avons-nous cessé d'assister aux tristes pérégrinations des malades pauvres à travers la ville? Nous ne le croyons pas, si nous en jugeons par l'odyssée de quelques malades entrés à l'hôpital Héroid depuis l'application du nouveau règlement.

L'un de ces malades, G..., tuberculeux cachectique à la troisième période, suivant les instructions des affiches administratives, s'est rendu à la consultation de Lariboisière, le lundi 14 octobre, demandant à être hospitalisé. Il a été ajourné et prié de repasser le mercredi 16. Revenu au jour fixé, le malade a été reçu non pour l'hôpital Lari-

boisière, mais pour l'hôpital Tenon. Il s'y est rendu tant bien que mal, et arrivé dans cet hôpital, au lieu d'un lit, on lui a donné un billet d'admission pour l'hôpital Hérold.

Un second malade, B..., également tuberculeux avancé, a dû suivre le même itinéraire pour arriver à Hérold. Après trois visites à la consultation de Lariboisière, les 14, 15 et 16 octobre, il y a été reçu pour Tenon et de là dirigé sur l'hôpital Hérold.

Un troisième malade a pu éviter l'étape de Lariboisière, en se rendant directement à l'hôpital Tenon. Il est vrai qu'il n'a pu y séjourner qu'une journée et que le lendemain il a été forcé de quitter cet hôpital pour aller à Hérold.

Deux autres malades sont encore entrés à l'hôpital Hérold. L'un d'eux, envoyé par l'administration de Tenon, était atteint d'une fracture ancienne du col du fémur. Sa place n'était certes pas à Hérold, où il n'y a qu'un service de médecine. Un autre malade reçu pour Hérold habite le quartier Saint-Antoine. Son exemple ne démontre pas que le nouveau règlement donnera plus de facilité aux familles pour aller voir les malades dans les hôpitaux. Le malade avait cependant suivi les prescriptions du règlement. Habitant le quartier Saint-Antoine, il s'était rendu à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine. Faute de place, il avait été refusé et envoyé à Tenon, d'où on l'avait dirigé sur Hérold.

Quel que soit l'avenir réservé au nouveau règlement sur les circonscriptions hospitalières, il nous paraît impossible de continuer à faire errer ainsi les malades dans Paris, alors qu'il serait si simple de supprimer l'inutile étape de Tenon et de faire recevoir les malades à Lariboisière soit pour Hérold, soit pour tel autre hôpital.

Il faut ajouter que si la plupart des malades acceptent tous ces voyages avec une résignation admirable, il en est quelques-uns qui se lassent en route et préfèrent interrompre le cours de leurs pérégrinations. C'est ainsi qu'hier, deux malades envoyés de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Tenon et, de là, dirigés sur Hérold, ont trouvé préférable de s'arrêter en chemin. Ils ont pris à Tenon leur billet d'admission pour Hérold et les 30 centimes que la direction de Tenon leur allouait généreusement pour faire le voyage, et ils ont gardé le tout, se réservant sans doute d'aller frapper à des portes plus hospitalières.

P. S. — Il nous revient de divers côtés que certains hôpitaux regorgent de malades et que les consultants sont obligés de refuser l'entrée de l'hôpital à des malades dont l'état de santé nécessiterait l'admission immédiate. Cette situation est d'autant plus fâcheuse que, depuis l'application du nouveau décret, certains hôpitaux sont en passe de devenir déserts.

Ainsi, l'hôpital Hérold a actuellement bon nombre de lits vacants. L'Administration ne songe pas à les remplir, et, chose plus étonnante, elle refuse de recevoir les malades qui se présentent à cet hôpital, même quand l'interne de garde reconnaît leur cas comme urgent.

Je précise.

Le mardi 5 novembre, cinq lits étaient vacants dans une salle d'hommes où il n'y actuellement aucun brancard. Un malade se présente l'après-midi. L'interne le considère comme devant être admis d'urgence et lui signe un billet d'admission portant la mention *urgence*.

Malgré cet avis autorisé, le malade a été refusé par le Bureau, sous le prétexte que l'urgence n'existait pas, le malade étant venu à pied. Ainsi, le fait de pouvoir prendre un fiacre suffit pour donner à un malade le caractère d'urgence nécessaire pour être admis à l'hôpital !

***

Les chirurgiens des hôpitaux, réunis en assemblée générale, ont voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Les chirurgiens des hôpitaux réclament pour les malades indigents le droit absolu de s'adresser au chirurgien de leur choix et d'être traités par lui. Ils demandent l'abolition des circonscriptions hospitalières. »

Ils ont, en outre, décidé, pour montrer que cette question ne s'impose pas d'aujourd'hui seulement à leur sollicitude, de publier la protestation qu'ils ont lue en mai dernier à M. le ministre de l'Intérieur :

« *Note pour M. le ministre de l'Intérieur, et protestations des médecins et des chirurgiens des hôpitaux contre l'arrêté du directeur de l'Assistance publique, concernant les réformes hospitalières, approuvé par le préfet de la Seine, le 13 avril 1895.*

« Au nom des médecins des hôpitaux :

« M. le professeur Potain, membre de l'Institut,

« M. le professeur Hayem, président de la Société des médecins des hôpitaux,

« M. le docteur Millard, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, d'une part ;

« Et, d'autre part, au nom des chirurgiens des hôpitaux :

« M. le professeur Guyon, membre de l'Institut,

« M. le professeur Terrier, président de la Société des chirurgiens des hôpitaux,

« M. le professeur Perier, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique,

« Élus par leurs collègues, ont fait, le samedi 4 mai 1895, une démarche auprès de M. le ministre de l'Intérieur.

« Conformément au désir exprimé par M. le ministre, ils ont l'honneur de lui remettre la note ci-dessous, résumant l'objet de leur démarche et y joignant les copies de la protestation des médecins et de celle des chirurgiens des hôpitaux.

« Des réformes dans le mode d'admission des malades et dans le système des consultations données dans les hôpitaux ayant été jugées nécessaires, M. le directeur de l'Assistance publique a soumis au Conseil de surveillance un projet qui fut immédiatement envoyé à une commission composée de MM. Félix Voisin, vice-président du Conseil, Bernheim, Bonthoux, Brouardel, Dubuisay, Lannelongue, Millard, Navarre, Rochard, Strauss, Perier, rapporteur.

« La commission commença ses travaux le 9 mai 1893, ils durèrent jusqu'à la fin de la session, 6 juillet. Le rapport fut déposé le 23 novembre, discuté dans les séances du 21 décembre 1893, 2 janvier, 25 janvier et 8 février 1894. — A cette dernière séance, MM. Voisin et Perier furent délégués par le Conseil de surveillance auprès de M. le préfet de la Seine pour lui demander l'autorisation de communiquer le projet voté par le Conseil avant son approbation définitive et officielle, en raison de polémiques de presse qui avaient présenté au public intéressé les faits sous une forme incomplète et souvent inexacte. — M. le préfet leur a répondu qu'étant donné la publicité qui s'était faite sur cette question, il était profitable à l'étude des réformes présentées que les documents émanant du Conseil de surveillance fussent communiqués avant même qu'il les ait approuvés, et il a bien voulu accorder l'autorisation sollicitée. Le rapport de M. Perier a donc été transmis par l'Administration aux médecins et

aux chirurgiens des hôpitaux et du Bureau central, ainsi qu'aux membres du Conseil municipal.

« Un mois après, dans sa séance du 13 mars, le Conseil municipal adoptait les conclusions d'un rapport fait au nom de sa cinquième commission sur le même sujet. Le projet du Conseil municipal différait de celui du directeur de l'Administration, qu'avait adopté le Conseil de surveillance, par ce point fondamental que le projet du directeur respectait en partie la liberté des malades malheureux, tandis que celui du Conseil municipal n'en tenait absolument aucun compte.

« Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, croyant M. le directeur d'accord avec son Conseil de surveillance, prêts à accepter les réformes dont on leur avait communiqué le texte en même temps que le rapport de la commission, ne songèrent pas à soulever d'objections et, pendant un an, ils n'entendirent plus parler des réformes qu'ils supposaient arrêtées définitivement et dont ils n'attendaient plus que la mise en vigueur.

« Leur surprise fut grande quand ils apprirent que M. le directeur avait changé d'avis pour se conformer entièrement à celui du Conseil municipal.

« M. le professeur Lannelongue, député du Gers, en entretint M. le préfet de la Seine et fut obligé de le mettre au courant de la question. M. le préfet ne prit aucun engagement et se montra naturellement disposé à se conformer au projet que lui présenterait M. Peyron.

« Médecins et chirurgiens rédigerent alors une protestation dont la lecture, faite à titre officieux, au Conseil de surveillance, le 11 avril, fut interrompue par l'annonce téléphonique du fait accompli; M. le préfet, cédant à de pressantes sollicitations, avait donné, la veille, sa signature.

« La protestation des médecins et des chirurgiens n'en conserve pas moins toute sa valeur. D'ailleurs, tout esprit impartial ne saurait que reconnaître la justesse de l'opinion émise par M. Fleury-Ravarin, aujourd'hui député du Rhône, lorsque, en 1893, dans son rapport au Conseil supérieur sur la revision du décret du 12 août 1886, il faisait ressortir « l'inconvénient d'un système où le malade « ne peut choisir son médecin. Il n'est pas nécessaire « d'insister, disait-il, sur ce qu'une telle situation a de « rigoureux et de pénible. Quand il s'agit de confier à un « homme de l'art ce qu'on a de plus précieux, la santé, de « lui abandonner son corps et de mettre sa vie entre ses « mains, il y a un point qui prime tout: c'est la confiance « qu'on doit avoir en son savoir et en son honorabilité ».

« Cette pensée si humanitaire et si démocratique n'a point frappé le Conseil municipal, et on s'étonne à bon droit que M. le directeur y soit devenu insensible. Elle paraît cependant si peu discutable qu'on ne peut se refuser à croire que M. le préfet a été mal renseigné; aussi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux croient-ils devoir s'adresser à M. le ministre de l'Intérieur pour le prier d'en appeler à M. le préfet, mieux informé, et tenter de le faire revenir sur une décision dont ils prévoient les fâcheuses conséquences; ils ne doutent pas que la lecture des protestations ci-jointes n'amène M. le ministre et M le préfet à partager leur conviction. »

(Ici les protestations que nous avons déjà publiées, des médecins et chirurgiens des hôpitaux.)

L'Université de Provence. — Le Conseil général du Var a émis le vœu qu'il soit créé une Université de Provence renfermant tous les enseignements supérieurs ou spéciaux, et qu'une École d'Agriculture soit créée dans chaque arrondissement du Var.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 novembre 1895

M. Brouardel lit, au nom de M. Lafon, une note sur les erreurs qu'on peut commettre dans *l'analyse des eaux par la liqueur hydrotimétrique* achetée dans le commerce. M. Lafon a trouvé, en effet, des liqueurs hydrotimétriques mal titrées, et il conseille aux chimistes de préparer eux-mêmes leurs liqueurs titrées et de vérifier les produits chimiques qu'ils emploient.

— L'observation que M. Jonnesco (de Bucharest) présente ensuite à l'Académie, a trait à un cas de *mal Pott dorso lombaire* avec *triple abcès par congestion* chez un jeune homme de dix-neuf ans. Le mal de Pott avait débuté il y a plusieurs années. Quand le malade entra à l'hôpital, il présentait trois abcès par congestion communiquant largement entre eux : un dans chacune des deux fesses et le troisième au devant du sacrum, proéminant fortement derrière la paroi postérieure du rectum. Après avoir évacué par de larges incisions les abcès fessiers, M. Jonnesco trépana le sacrum et arriva sur la poche purulente qui se trouvait au devant de cet os ; nettoyage et râclage de cette poche, drainage suivant le procédé de Mickulicz. Les résultats de cette intervention furent des plus favorables ; deux mois plus tard, la guérison des abcès était complète.

Le travail de M. Jonnesco est renvoyé à l'examen de M. Berger.

— M. Viard, de l'Isle-sur-Serein (Yonne), lit ensuite une observation d'*ostéomyélite du fémur*, avec nécrose de la diaphyse et d'une partie des épiphyses. Plusieurs points de cette observation méritent d'être mis en relief. Tout d'abord, il s'agit d'un homme qui ne présentait, comme antécédents pathologiques, qu'une blennorrhagie en 1879, à laquelle firent suite des accidents de rétention et d'incontinence d'urine. Cinq ans plus tard, cet homme était pris de phénomènes généraux, en même temps que se développaient des abcès multiples de la cuisse droite, dus à une nécrose du fémur. Bientôt ces abcès s'ouvraient et, par les orifices, s'éliminaient de petits séquestres provenant de la diaphyse et des épiphyses. Cet état se prolongea pendant neuf ans; puis, au bout de ce temps, les lésions osseuses commencèrent à se réparer, les abcès se tarirent, et actuellement le fémur est assez solide pour que le malade puisse se livrer à des travaux pénibles. Le traitement a consisté simplement dans l'immobilisation, l'injection de teinture d'iode dans les trajets fistuleux et la médication tonique.

Le travail de M. Lafon est renvoyé à l'examen de M. Labbé.

Élection a deux places de correspondant étranger (Physique et Chimie).

Première élection.

M. Nencki (Saint-Pétersboug)..	53 voix.	Élu.
Bulletins blancs.....	4 —	

Deuxième élection.

M. Ludwig (Vienne).....	43 voix.	Élu.
M. Bunge (Bâle).....	1 —	
Bulletin blanc.....	1	

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La parole est d'abord donnée à M. Quenu, à propos du procès-verbal. Il s'agit de la question de *l'intervention chirurgicale dans les plaies du poumon*, et il est assez curieux de voir des faits importants portés à la tribune de la Société de Chirurgie qui n'ont pas été mentionnés au Congrès de chirurgie, sur une question mise à l'ordre du jour de ce même Congrès.

Toujours est-il que M. Quenu, déjà en 1893, a été sur le point d'ouvrir un volet thoracique pour arrêter une hémorragie consécutive à une ponction faite pour un kyste hydatique du poumon ; mais cette intervention n'a pas été légitimée à cause de l'amélioration du malade. En avril de cette année, dans le service du même chirurgien, on amena un garçon de dix-neuf ans, qui avait reçu un coup de couteau dans le septième espace intercostal droit. L'hémorragie avait été abondante, et le lendemain, à sa visite, M. Quenu trouva son blessé dans un état grave. Il ponctionna la plèvre et en retira du sang presque pur ; il y eut une légère amélioration, courte du reste, et une deuxième ponction fut nécessaire ; elle amena 2,000 grammes de sang presque pur. L'état du malade, le lendemain de cette deuxième ponction, nécessita l'ouverture de la plèvre. M. Quenu réséqua la septième côte et put se rendre compte que l'hémorragie n'était pas due à l'artère intercostale. Il incisa la plèvre, évacua une grande quantité de sang et trouva, vis-à-vis de la plaie externe, quelques adhérences et des caillots lui indiquant la source de l'hémorragie. Il tamponna la cavité à la gaze iodoformée, et à partir de ce moment la guérison marcha rapidement.

L'orateur termine en disant que, comme M. Michaux, il pense qu'il faut intervenir dans les blessures du poumon, ou immédiatement dans le cas d'un duel, pour arrêter l'hémorragie, en sachant bien que l'ouverture pleurale, permettant à l'élasticité du poumon d'agir, arrête l'écoulement du sang, ou bien secondairement lorsqu'un épanchement persiste et s'il cause de l'aggravation de l'état général.

M. Berger fait remarquer qu'on a déjà conseillé l'ouverture large de la plèvre dans les hémorragies du poumon, et préfère le tamponnement de la cavité pleurale avec de la gaze antiseptique à la recherche du vaisseau dans le parenchyme pulmonaire.

M. Delorme est partisan de l'intervention et préconise même l'incision du poumon pour rechercher la source de l'hémorragie.

M. Picqué fait ensuite un rapport sur une observation du Dr Maurange, intitulée *cystostomie sus-pubienne pour hypertrophie de la prostate sur une vessie non infectée*. Il s'agissait d'un homme porteur d'un calcul dans une prostate ayant acquis le volume d'une orange. Le calcul fut enlevé et le meat sus-pubien fonctionnait si bien que le malade pouvait sortir le quatorzième jour.

A cette observation M. Picqué en ajoute une seconde, copiée sur la première, et qui lui est personnelle, et insiste avec raison sur l'importance de l'appareil que doit porter le malade dans la suite. L'appareil de Collin lui a parfaitement réussi, et il rappelle que lorsque l'urinal ne s'applique pas bien et ne recueille pas la totalité des urines, chez certains malades l'infirmité créée a des conséquences dangereuses, l'aliénation mentale, par exemple. M. Picqué en cite un exemple, et la cause était bien celle de la maculation par les urines, puisque la simple fermeture du meat hypogastrique a suffi pour rendre la raison à l'urinaire.

La séance se termine par des communications qui feront l'objet de rapports : d'abord une lecture de M. Jonnesco (de Bucharest) sur un cas d'*abcès sous-phrénique gazeux intra péritonéal traité par la laparotomie avec succès ;* ensuite une observation de M. Lejars intitulée *hernie ombilicale étranglée ; résection de 61 centimètres d'intestin ; entérorraphie circulaire, guérison ;* enfin une communication de M. Delbet, ayant trait à un cas de *corps étranger du rectum* (une bouteille de 24 centimètres de longueur) enlevé à l'aide de la rectotomie postérieure et de la résection du coccyx.

Eugène Rochard.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Concours du Bureau central (Médecine). — Le jury tiré se compose de MM. Potain, Tenneson, Joffroy, Bergeron, Bourcy, Lécorché, Tarnier.

Amphithéâtre de Clamart. — MM. Launay et Robineau ont été nommés, après concours, prosecteurs. MM. Albert Mouchet et Pierre Wiart ont été nommés, après concours, aides d'anatomie.

Nomination d'assistants suppléants de consultation (Services de médecine). — *Charité :* M. Springer. — *Lariboisière :* M. Letienne. — *Hôtel-Dieu :* M. Triboule. — *Cochin :* M. de Saint-Germain. — *Pitié :* M. Regnier. — *Tenon :* M. Pineau. — *Andral :* M. Soupault.

Maison nationale de Charenton. — Un concours pour l'internat de la Maison nationale de Charenton s'ouvrira le 26 novembre 1895.

Distinctions honorifiques — M. le Dr Gadaud, sénateur, est nommé officier du Mérite agricole.

Hospice des Enfants assistés, 74, rue Denfert-Rochereau. — M. Kirmisson commencera, le lundi 11 novembre, à 10 heures, ses leçons cliniques. Il les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités des membres.

Opérations le lundi, à 8 h. 45.

Consultations les mardi, jeudi et samedi, à 9 heures.

A propos du sérum de Maragliano. — Le ministère de l'Intérieur d'Italie vient de prendre un arrêté interdissant pour le moment la vente libre et l'emploi thérapeutique du sérum antituberculeux du professeur Maragliano, jusqu'à ce que le Conseil supérieur d'hygiène se soit prononcé sur la valeur de ce remède.

Il autorise cependant l'usage de ce traitement sous la responsabilité directe du préparateur pour que celui-ci puisse en expérimenter les effets. (*Médecine moderne.*)

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 46. L'UNION MÉDICALE 16 Novembre 1895.

SOMMAIRE

I. L.-G. Richelot : Derniers résultats de l'hystérectomie vaginale.
II. Feuilleton.
III. Congrès français de Chirurgie. (*Suite.*)
IV. A propos du discours de M. Strauss sur les circonscriptions hospitalières.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Soc. de Chirurgie ; 3° Soc. médicale des Hôpitaux.
VI. Échos et nouvelles.

DERNIERS RÉSULTATS DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Par L.-G. RICHELOT (1).

Dans mon livre publié à la fin de l'année dernière (2) sont exposées 274 observations d'hystérectomie vaginale, qu'on peut diviser ainsi :

44 cancers utérins	3	morts.
61 suppurations pelviennes	5	—
126 affections non suppurées	5	—
43 fibrômes utérins	1	—

Ce relevé donne une mortalité générale de 5.10 %, qui tombe à 4.78 si on compte seulement les affections non cancéreuses. Elle est de 8 % dans les suppurations pelviennes et de 3.96 dans les affections non suppurées.

Depuis la fin de l'année 1893, époque à laquelle s'arrête mon livre, jusqu'au 1er août 1895, j'ai fait 202 opérations nouvelles, dont voici les résultats :

14 cancers utérins	3	morts.
66 suppurations pelviennes	3	—
89 affections non suppurées	2	—
33 fibrômes utérins	2	—

(1) Communication faite au Congrès de Chirurgie.

(2) L.-G. Richelot : *L'Hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses.* (Paris, O. Doin, édit.)

Les affections non suppurées, que je diviserais en plusieurs chapitres si je voulais en faire l'analyse détaillée, comprennent des cas très divers : salpingo-ovarites parenchymateuses, hydrosalpinx, rétroversions compliquées, adhérences étendues et processus fibreux du petit bassin. J'y range quelques faits particuliers : deux kystes ovariques, deux kystes parovariens, deux kystes dermoïdes. J'y range un petit nombre de lésions en apparence légères, mais devenues graves par la persistance des douleurs ou des pertes : ovaires polykystiques, métrites hémorragiques rebelles, une métrite reconnue tuberculeuse, deux utérus géants. Il y a aussi quelques « névralgies pelviennes », sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure. Il y a enfin des hystérectomies vaginales secondaires, après échec thérapeutique de la laparotomie.

Les chiffres de cette nouvelle série nous donnent une mortalité générale de 4.95 %, qui tombe à 3.72 si on ôte les cancers. Elle est de 4.54 % dans les suppurations pelviennes et de 2.24 dans les affections non suppurées. La comparaison des deux séries est toute à l'avantage de la seconde :

	1re série	2e série
Mortalité générale	5.10	4.95
— dans les aff. non cancéreuses.	4.78	3.72
— dans les suppurations	8.	4.54
— dans les aff. non suppurées	3.96	2.24

FEUILLETON

Pyschologie d'une réforme.

« .... Est-ce à dire qu'il faille donner aux médecins une part d'initiative prépondérante ? Loin de là. » Capitaine X...

Vous n'avez sûrement pas oublié, cher confrère, l'étrange contradiction qui souligna l'illogisme du texte ci-dessus. Permettez-moi, cependant, de vous la rappeler en deux mots.

C'était quelques semaines avant l'occupation de Tananarive. Le corps expéditionnaire était disloqué, décimé, détruit par les maladies. Sans combats, sans luttes, sans presque qu'un seul homme ait reçu la moindre blessure de guerre, les quinze mille soldats envoyés là-bas fondaient, sous les atteintes de la fièvre, avec une telle rapidité, que la question faillit se poser de savoir si l'on conserverait assez de troupes valides pour former la colonne volante qui planterait nos couleurs sur les tourelles du « Palais d'argent ».

L'émotion fut vive et les colères ardentes quand on sut à quelles négligences, à quelles fautes, à quel mépris des lois de l'hygiène, il fallait attribuer cette lamentable situation. Il n'est homme tenant une plume qui ait pu s'abstenir de manifester son indignation et de stigmatiser tant de coupable inconscience. Des militaires eux-mêmes se crurent obligés de blâmer durement l'erreur de leurs pairs et de mettre en vive lumière l'aberration qui avait fait commettre toutes ces imprudences. Mais comme les suites douloureuses qu'elles entraînaient avaient été prévues et prédites, comme elles n'avaient d'autres causes que le superbe dédain dans lequel on avait tenu les conseils des hommes compétents, ou, pour mieux dire, avec lequel on les avait écartés, comme la considération du corps de santé n'en pouvait être atteinte et que son autorité, au contraire, allait s'en trouver confirmée et agrandie, il devenait utile de parer ce coup, fût-ce au prix d'une sottise, et l'on affirma que l'initiative des médecins devait être écartée

Enfin, si j'additionne les deux séries, je trouve 476 cas avec 21 morts, soit une mortalité de 4.41 % au lieu de 5.10 que j'avais en 1893. On le voit, j'ai fait encore un progrès; surtout la statistique partielle des suppurations (4 1/2 %) est satisfaisante.

Parmi les cas de mort, il y en a qui chargent la statistique, et cependant ne devraient pas compter: telle une femme de trente-huit ans, prise de double congestion pulmonaire cinq jours après une opération dont les suites locales étaient parfaitement simples; une puerpérale récente, opérée d'urgence avec 40° et une infiltration purulente diffuse de l'épiploon, et que l'intervention n'a pas empêché de mourir; une diabétique avérée, cachectique, opérée aussi par nécessité, en présence de compressions et de pertes graves, et qui s'éteignit dans le coma au bout de huit jours, etc. Mais, que la chirurgie ou le chirurgien soit responsable, qu'il y ait ou non des circonstances atténuantes, les échecs sont bien rares eu égard au nombre des opérées ainsi qu'aux difficultés opératoires; si bien que nous pouvons dire: l'hystérectomie vaginale a d'ores et déjà répondu à notre attente en faisant ses preuves de *bénignité* relative.

Un second point me tient à cœur, c'est celui de l'*efficacité thérapeutique*. S'il est un fait que mes observations mettent en évidence, c'est la netteté et la franchise des guérisons. Voilà, certes, un des meilleurs arguments que puissent faire valoir les partisans de l'hystérectomie vaginale. En étudiant les résultats de la laparotomie, beaucoup d'auteurs ont montré qu'elle guérit très bien les grosses lésions, les suppurations pelviennes; d'autres ont observé qu'elle réussit mal contre les petites lésions et les névralgies. De ces deux propositions, la seconde est souvent vraie et la première ne l'est pas toujours; aussi m'est-il arrivé souvent après les petites lésions traitées par la voie sus-pubienne, et quelquefois après les grosses, d'avoir à enlever l'utérus pour obtenir une guérison parfaite. Et cette guérison parfaite est la règle. J'ai seize cas nouveaux d'hystérectomies vaginales secondaires, consécutives à des laparotomies pour suppurations pelviennes, salpingites parenchymateuses, névralgies avec trompes et ovaires plus ou moins altérés. Or, quinze de ces malades ont bénéficié au maximum de mon intervention; leur guérison est achevée. La seizième, une hystérique douloureuse à qui je n'ai touché qu'à mon corps défendant, a été revue trois mois après, très bien portante, sans douleurs et n'ayant plus d'attaques; je ne promets rien pour l'avenir.

Tous ces faits démontrent l'insuccès thérapeutique possible de l'ablation des annexes, et l'importance de la « castration utérine ». Voilà pourquoi, sans doute, l'hystérectomie vaginale, quand on juge à propos de la faire d'emblée, donne régulièrement des succès. Jamais je n'ai mieux compris sa valeur que chez une malade (n° 287) qui avait un pyosalpinx à gauche et un hydrosalpinx à droite, et dont l'utérus était littéralement imprégné de pus fétide. Sa cavité en était remplie, et sa paroi épaisse contenait deux gros foyers purulents interstitiels que j'ai ouverts au cours du morcellement. Je ne vois pas, en vérité, par quel mécanisme cette femme aurait pu guérir après l'extirpation des annexes, à moins d'une hystérectomie vaginale secondaire.

Je ne veux pas dire qu'il n'y ait aucune nuance dans les guérisons, ni aucun échec à éviter. Autant les lympathiques guérissent volontiers et justifient souvent les opérations partielles, autant les arthritiques nerveuses saisissent le moindre prétexte pour faire de la douleur et de la congestion. Celles-ci,

---

avec d'autant plus de soin qu'elle était plus indispensable. Dans les circonstances où la connaissance approfondie des ois de l'hygiène et de la pathologie tropicales était nécessaire, il ne fallait à aucun prix accorder quelque action aux médecins, loin de là.

Je sais bien que les militaires auxquels on parle de ces choses ont une victorieuse réponse toujours prête: c'est qu'il n'est nul besoin d'être docteur pour savoir des vérités qui sont banales à force d'être connues et que nul n'ignore. Je leur concède, mais du moins m'accorderont ils en retour, que les règles qu'on a si outrageusement violées ne sont pas des découvertes nouvelles, et que le danger de mort auquel s'expose tout Européen qui remue la terre dans la zone torride n'est pas une notion fraichement éclose d'hier dans le plus moderne des laboratoires; et j'aime mieux, pour eux, croire qu'ils ignoraient cette loi que d'admettre qu'ils l'ont transgressée.

Je ne reviens pas sur ces faits pour le vain plaisir de me livrer à des récriminations rétrospectives, mais parce qu'ils sont le témoignage encore récent et encore poignant d'un état d'esprit non moins incompréhensible que funeste, dont les militaires n'ont pas le monopole — encore qu'il arrive chez eux, en raison même de leur psychologie, de leur éducation et de leur organisation, à son plus haut degré de puissance et d'expression — mais dont est possédé, en France, quiconque détient une part d'autorité.

Tandis que les masses profondes de la population apprécient de mieux en mieux l'importance des services que nous rendons, admirent de plus en plus les magnifiques et presque quotidiennes conquêtes de l'art médical, manifestent à l'envi leur gratitude pour des efforts, pour un dévouement qui ne se lassent pas et dont les mobiles sont de l'ordre le plus élevé, les hommes à qui leur situation officielle donne quelque influence sur la direction des œuvres auxquelles nous sommes mêlés, semblent jaloux de réduire notre rôle, de nous confiner sur les points le plus étroitement techniques de notre mission, de nous y supplanter même, et, comme s'ils étaient envieux de l'autorité morale sans cesse accrue qui est notre grand honneur, de s'en venger par des brimades, par des vexations qui, passant au-dessus de nous sans nous atteindre, n'ont

même après l'hystérectomie totale, reviennent quelquefois nous voir avec des points névralgiques, des douleurs vagues, de la constipation, etc. Tout est souple dans leur cavité pelvienne ; elles sont plus inquiètes que souffrantes, elles viennent nous demander si vraiment il n'y a plus rien, et après notre examen s'en retournent satisfaites. Elles sont rétablies, en un mot, vont et viennent et travaillent sans fatigue, mais elles sont toujours des arthritiques nerveuses. Si quelqu'une, par hasard, est moins heureuse et se déclare aussi malade après qu'avant, c'est que l'opération a été faite, par erreur ou par nécessité, sur une neurasthénique, une hystérique vraie ou une aliénée, c'est-à-dire une de ces femmes qui sont les *noli me tangere* de la gynécologie.

J'ai dit que la netteté et la franchise des guérisons étaient liées pour une grande part à la castration utérine. J'y reviens sous une autre forme : la guérison parfaite n'est pas liée à l'ablation intégrale des annexes. Les adversaires de l'hystérectomie ont prétendu, *a priori*, que son défaut est de rester quelquefois incomplète et de laisser dans le ventre des parties malades qui seront la cause de douleurs et de poussées nouvelles. Ses partisans eux-mêmes, les moins expérimentés, ont pensé que, pour faire une bonne opération, il était nécessaire de ne pas laisser le moindre lambeau. C'est une grande erreur, et d'autres ont dit avec raison que les trompes et les ovaires s'atrophient et demeurent silencieux après la disparition de l'utérus, bien plutôt que l'utérus après la disparition des annexes. Quand des adhérences totales ont obligé le chirurgien à sculpter seulement l'utérus au milieu du « processus fibreux » ou à vider les poches purulentes et à les traiter méthodiquement, la malade guérit très vite, la masse pelvienne s'assouplit en quelques semaines, les poches sont oblitérées par le travail cicatriciel, sans qu'il reste ni fistules ni suppuration prolongée ; d'une façon générale, les retours offensifs ne sont pas à craindre.

Ainsi, dans la nouvelle série que je vous présente, les 66 cas de suppuration comprennent : 30 ablations bilatérales intégrales ; 5 bilatérales, sauf un ovaire ou une trompe ; 11 unilatérales ; 20 castrations utérines pures, sur lesquelles j'ai même une fois laissé le fond de l'utérus. Parmi les 89 cas d'affections non suppurées, il y a : 64 ablations bilatérales intégrales ; 3 bilatérales, sauf un ovaire ; 8 unilatérales ; 14 castrations utérines pures. Et sur ce nombre, pas une malade n'a eu de suites prolongées ; une seule (n° 403) est venue, cinq mois plus tard, se faire ouvrir un abcès iliaque du côté droit, et justement l'extirpation des annexes avait été complète.

Je suis loin de nier les accidents secondaires que plusieurs chirurgiens ont vus ou entendu raconter. On peut faire, par inexpérience ou par difficulté extrême, une opération incomplète mauvaise. Mais ce que j'affirme, c'est que l'opération incomplète n'est pas mauvaise par elle-même ; c'est qu'en allant avec méthode aussi loin que la prudence le permet, en ouvrant les collections, en traitant les organes dangereux et respectant ce qui n'est pas nuisible, on fait d'aussi bonne besogne que dans les cas simples où tout s'enlève aisément. Le principe qui doit nous guider, le but auquel nous devons tendre, n'en est pas moins l'extirpation complète ; il faut le dire aux chirurgiens encore timides qui seraient tentés de s'arrêter à moitié chemin. Mais, pour ceux qui ne s'arrêteraient jamais et s'acharneraient à tout arracher, il n'est pas inutile de répéter qu'après la disparition de l'utérus, le pan-

---

d'autre effet que de frapper ceux qui souffrent, pauvres et malades.

Les réformes que vient d'inaugurer l'Assistance publique ne me paraissent point relever d'une autre cause. Ici, comme à Madagascar, les avertissements et les prédictions n'avaient point manqué. Des avis compétents avaient été formulés avec une insistance et une quasi-unanimité qui en décuplaient encore la valeur. Mais il n'est pire sourd que qui ne veut entendre. Contre vents et marées, contre toute logique et toute raison, la réforme projetée a vu le jour ; elle subit en ce moment, que dis-je, elle a déjà subi le cuisant contrôle des faits et de l'expérience. Les événements n'ont point mis de lenteur à justifier des prévisions qu'il était d'ailleurs facile d'établir, en quelque sorte, à coup sûr.

C'est le 14 octobre que le nouveau système était mis en vigueur ; sept jours plus tard se produisait le fait lamentable qui a suscité tant d'émotion à Paris, de ce malheureux pneumonique cahoté, mourant, de Lariboisière à la Charité.

Quelle amère ironie n'y a-t-il pas, après cela, à lire, dans un long article publié par un des fauteurs du système, cette phrase trop tôt écrite : « L'exemple de ces odyssées de malades, parcourant Paris à la recherche d'un lit d'hôpital, est classique ; chacun a pu voir dans son entourage de ces cas de pérégrinations barbares d'un hôpital excentrique au bureau central, du bureau central à un hôpital situé à une autre extrémité de Paris. L'Administration semblait jouer à la raquette avec des moribonds, qui trop souvent ne survivaient pas à leurs déplacements successifs. » A supposer qu'il n'y eût aucune exagération dans ce reproche, le fait que je viens de rappeler, ceux des malades d'Hérold et de Tenon, ne sont pas pour lui donner beaucoup de force, et l'argument reste sans portée.

Ces tristes mésaventures ne demeureront pas isolées, elles iront se multipliant ; chaque jour aura la sienne. J'en veux pour preuve cette nouvelle histoire, racontée lundi matin même dans un journal, et que je reproduis dans le simple et navrant laconisme du récit :

« Une malheureuse femme, porteuse d'un petit enfant âgé de quelques mois, se présente à l'hôpital Bichat, boulevard Ney.

sement des organes malades peut valoir autant que leur suppression.

Un chapitre encore bien intéressant, au point de vue de la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale, c'est celui des grandes névralgies pelviennes. Je n'ai garde, en ce moment, de vouloir réveiller la discussion que j'ai portée, il y a trois ans, devant la Société de Chirurgie, que j'ai reprise et développée dans mon livre. A cette époque, il m'a semblé que mes collègues, malgré les objections qu'ils m'ont présentées, opéraient aussi souvent que moi sur le symptôme douleur. Il m'a paru aussi que d'autres faisaient une confusion regrettable en attribuant à l'hystérie presque toutes ces douleurs pelviennes, et en disant que la chirurgie était impuissante à les guérir et pouvait même les aggraver. Sans doute, il faut se garder autant que possible, je l'ai dit plus haut, d'opérer les neurasthéniques, les hystériques vraies et les aliénées; mais il y a, en dehors de ces catégories, l'arthritisme pur et simple, et les arthritiques nerveuses ont des névralgies utéro-ovariennes comme elles auraient des migraines ou des sciatiques. Avec un peu de sens clinique et en opérant sur ce terrain, on obtient des résultats remarquables et on rend de grands services.

Parmi les malades peu nombreuses dont l'état m'a paru assez grave pour intervenir sur cette indication, il y en a deux surtout dont je veux, en terminant, vous raconter l'histoire, car elles sont des plus instructives et montrent bien que l'étude préalable et le choix du terrain ont une importance capitale.

La première (n° 355) est la femme d'un de nos collègues, professeur dans une ville de province, âgée de quarante-cinq ans. Elle avait tous les attributs de l'arthritisme, poussées fréquentes d'eczéma, éruptions furonculeuses, etc., mais aucun des stigmates de l'hystérie proprement dite, ni anesthésies, ni boule, ni attaques. Elle souffrait depuis vingt-deux ans; tous les traitements avaient été essayés sous la direction vigilante de son mari, toutes les eaux de France mises à contribution; l'électricité avait échoué comme le reste. Les plus grandes douleurs remontaient à quinze ans, et depuis trois ans la malade ne quittait presque plus la chaise longue. En 1892, une crise violente m'avait été signalée; il y avait, disait-on, de la péritonite avec fièvre et ballonnement, il y avait même une pyo-salpingite; c'est l'histoire de toutes ces crises de névralgie pelvienne. Les phénomènes de péritonisme ayant disparu, la malade, qui avait demandé une opération, n'en voulait plus; son mari, ne croyant pas à des lésions pressantes et n'admettant que le nervosisme, ne savait à quel saint se vouer. Charcot avait dit qu'une opération pourrait être un jour nécessaire; Terrier l'avait conseillée avec réserve; Rigal, sans y pousser, la laissait entrevoir comme une planche de salut et cherchait, avec le plus grand tact, à calmer les craintes de la malade, à soutenir son moral et à prévenir son découragement.

C'est alors que je la vis à Paris, en juin 1894. Il y avait peu de chose dans le petit bassin, une légère rétroversion et quelques vieilles adhérences. Dans la situation déplorable où elle se trouvait, mon jugement ne pouvait hésiter, l'hystérectomie vaginale avait seule des chances de succès. Malheureusement, la neurasthénie était profonde; les troubles dyspeptiques, la faiblesse des jambes, les idées tristes me faisaient prévoir à quel point il serait difficile de rendre le calme à un système nerveux éprouvé depuis si longtemps. Sans être une « fausse utérine », la malade était de celles que le traitement local ris-

---

« On la dirige vers l'Hôtel-Dieu, l'hôpital Bichat n'ayant pas de crèche, partant pas de berceaux pour enfants.

« A l'Hôtel-Dieu, on se contente de prendre ses nom, prénoms et adresse, et on lui dit de revenir le lendemain matin, à huit heures et demie.

« Elle revient à l'heure dite. *On la renvoie à l'hôpital Bichat*, qui est l'hospice de sa circonscription.

« La pauvre femme, marchant avec peine et dans un état qui faisait pitié, partit avec son enfant, sous la pluie, à pied, dans la direction de l'hôpital Bichat. Bien qu'elle eût fait diligence, elle ne put arriver à cet hôpital qu'à neuf heures et quart. On lui ferma la porte au nez. La consultation était terminée depuis un quart d'heure!

« La malheureuse femme s'affaissa sur un banc en sanglottant, et, en un clin d'œil, un rassemblement considérable se forma devant la porte de l'hôpital, commentant avec colère les règlements inhumains de l'Administration.

« L'odyssée de cette pauvre femme et de son enfant n'est-elle pas lamentable? Qu'est-ce qu'un règlement au nom duquel on se renvoie, comme un jeu, les malades d'un hôpital à un autre, sans souci des malheurs qui en peuvent résulter? »

N'est-il pas bien piquant de comparer cette dernière phrase à celle que je citais plus haut et qui avait la prétention d'être une péremptoire condamnation de ce même système? D'où vient que ces mêmes va-et-vient de malades, s'ils étaient si nombreux et si graves jadis, n'aient jamais soulevé l'émotion dont ils sont l'objet depuis ces dernières semaines? La gravité de l'argument qu'on a tiré de là permet d'apprécier l'importance des autres — *ab uno disce omnes* — ainsi la plus grande facilité donnée aux familles des malades pour aller les voir dans les hôpitaux est bien démontrée par l'exemple de cet habitant du quartier Saint-Antoine qui a été hospitalisé à Hérold.

Au surplus, il est d'ores et déjà prouvé que cette double réforme, circonscriptions et consultations, est absolument désastreuse. Elle ne tient pas debout. Aussi n'est-elle explicable qu'en tenant compte des données de psychologie administrative que j'ai esquissées en commençant. Je ne dirai pas que personne ne s'y est trompé. Les auteurs même, les pères de la méthode, ont pu — il faut le leur

que fort de laisser en détresse; et je dis à son mari que l'opération, très facile et sans dangers sérieux, aurait beaucoup de peine à la guérir, mais pourrait l'améliorer. Sans prendre aucune décision, elle me donna rendez-vous dans une ville d'eaux où je devais aller pendant les vacances.

Sur ces entrefaites, elle eut occasion de voir Brissaud, qui lui déclara que l'opération était inutile et même lui serait funeste en la rendant plus malade. Je me demandai pourquoi Brissaud avait été si affirmatif, au risque de démoraliser complètement la pauvre femme. En faisait-il une hystérique, pour méconnaître ainsi les chances qu'elle avait de tirer profit d'une intervention? Pour moi, je n'ignorais pas les conditions fâcheuses créées par la neurasthénie, mais je n'avais pas le droit de considérer la malade comme absolument incurable.

C'est ainsi qu'après bien des hésitations nouvelles, l'opération fut faite le 29 août 1894. Je trouvai un utérus en rétroversion mobile, de gros ovaires sclérokystiques, des trompes légèrement indurées et des adhérences molles autour des annexes. Et qu'en advint-il? Ce qui était prévu : la malade est améliorée, elle a quitté sa chaise longue pour y revenir de temps à autre; elle marche et fait quelques visites, elle souffre moins. La guérison n'est pas franche, les douleurs, moins fortes, ont le même caractère qu'autrefois, mais nous sommes loin de l'aggravation prédite par Brissaud. J'espère même que l'avenir amènera de nouveaux progrès, car j'ai vu plusieurs nerveuses mettre deux années à trouver leur équilibre et à se déclarer satisfaites. Je conclus de cette observation que l'état neurasthénique prononcé est une des pierres d'achoppement que le chirurgien doit prévoir; que, s'il est mis en demeure de passer outre, il peut, dans certaines conditions, tirer quelque parti d'une situation grave; qu'enfin, nous ne devons pas tout confondre avec l'hystérie, la forme la plus rebelle et pour nous la plus désespérante. Mon deuxième cas va vous montrer combien la chirurgie est puissante quand la neurasthénie n'est pas en cause, et combien il est utile de ne pas prendre banalement pour des hystériques toutes les femmes qui ont des névralgies pelviennes.

Il s'agit, cette fois, d'une fille de vingt-sept ans (n° 358) qui vint me trouver à Saint-Louis en novembre 1893, ayant depuis quatorze ans des douleurs utérines excessives. Élevée par des parents d'adoption qui la battaient, l'exploitaient et la nourrissaient mal, elle avait beaucoup souffert de toutes façons. Elle était sage-femme, instruite et intelligente, et gagnait aisément sa vie; mais les crises douloureuses revenaient maintenant avec une telle fréquence qu'elle avait dû cesser tout travail. C'étaient comme de violentes contractions utérines qui l'arrêtaient au milieu de la rue, à chaque instant, sans compter les pesanteurs habituelles, le ténesme rectal, etc. Les règles étaient fort irrégulières, très peu abondantes, et revenaient quatre ou cinq fois par an. Elle était vierge et avait un col étroit et difficilement perméable.

J'essayai la dilatation par les laminaires, qui ne put être supportée. Contre le vaginisme, qui rendait tout examen très pénible, je me décidai à faire la dilatation vaginale, et, à la faveur de l'anesthésie, j'y ajoutai la divulsion du col utérin. Après cette intervention, les crises névralgiques cessèrent brusquement, et je crus avoir guéri ma malade.

Mais, au bout de deux mois, toutes les douleurs étaient revenues; et, dans le courant de l'année 1894, elle vint me dire que sa situation était intolérable, et qu'il fallait lui enlever l'utérus. Un peu

---

souhaiter — se laisser prendre à des apparences, séduire par des prétextes. Mais le vrai motif est dans le désir secret, très secret et non moins vif, de mettre en tutelle et d'amoindrir le corps médical des hôpitaux. Battre en brèche l'autorité que donnent à ses membres leur supériorité reconnue, leur haute situation professionnelle et leur valeur scientifique. Oh! le doux rêve, longuement et délicieusement caressé! le cher but patiemment poursuivi! Oh! que les choses iraient bien dans les hôpitaux, s'il ne s'y trouvait pas de médecins.

Ces sentiments ne sont point spéciaux à l'Assistance publique de la capitale. Partout ils existent; en province ils se traduisent parfois par des mesures d'une imbécillité démesurée. Les conseils municipaux et surtout les commissions administratives des hospices, composées le plus souvent d'officiers et de fonctionnaires en retraite, arrivent, dans ce sens, à des résultats étonnants. Je sais des hôpitaux où, de par l'autorité absolue de ces commissions, il est expressément interdit aux médecins de pratiquer des autopsies. J'en sais où l'entrée des salles est interdite d'une façon formelle aux médecins qui ne sont pas ceux de la maison. Et si quelque intervention chirurgicale exige que le titulaire du service réclame l'aide de quelques-uns de ses confrères de la ville, il ne peut le faire qu'après en avoir demandé l'autorisation aux pontifes de la commission.

Je reproduisais, au début de ce feuilleton, une citation qui en dit long sur la manière dont les militaires comprennent le rôle du corps de santé et qui trahit bien clairement les raisons de leur doctrine. Il en est de même dans la Marine. Ce journal même rappelait, il y a deux ans, une brutale réponse faite par un amiral ministre à un député qui lui peignait la désolante situation du corps de santé de la Marine et lui demandait d'y porter remède : « Le corps de santé est un mal nécessaire. Je le supporte, voilà tout. »

Ainsi ces sentiments sont universellement répandus et je ne m'avançais pas trop, il me semble, en y voyant l'origine première, avouée ou non, consciente ou inconsciente, des règlements dont l'application soulève aujourd'hui tant d'orages. Et si j'avais besoin de fournir une confirmation de mon idée, peut-être la trouverais-je dans une autre phrase de l'article déjà signalé de la *Revue bleue* : « Cette

surpris par cette proposition, je refusai net et lui donnai les raisons qui, à son âge, devaient la détourner d'une opération radicale. Elle avait prévu ma réponse, et se retira sans mot dire. Puis elle revint, et je compris qu'elle était sérieuse. Elle connaissait bien la question, elle avait suivi des services de gynécologie et vu des malades plus ou moins semblables à elle subir longtemps sans profit des traitements palliatifs, revenir après des interventions parcimonieuses, guérir par des opérations complètes. Ses projets d'avenir étaient faits; dans les conditions où elle devait vivre, il lui fallait la santé; je devais reconnaître que ses raisons valaient bien les miennes.

Cependant, je la renvoyai encore; et, quand je fus de son avis, je la laissai revenir plusieurs fois avant de céder à sa prière. Puis je cédai, non parce qu'elle insistait, mais parce qu'elle avait raison.

A part la névralgie pelvienne, elle paraissait d'une bonne santé, active, dévouée, nullement aigrie par ses douleurs et par son enfance malheureuse. Son tempérament morbide n'apparaissait pas clairement; et comme, d'autre part, il n'y avait pas trace de lésions anatomiques, ces douleurs violentes et tenaces n'étaient pas faciles à expliquer. J'espérais bien qu'avec ce bon état général et cette localisation absolue des douleurs dans le petit bassin, une opération radicale me donnerait le résultat cherché; mais j'étais bien aise de me confirmer dans cet espoir en me faisant donner l'assurance que je n'avais affaire, chez cette malade, à aucune forme d'hystérie. Et comme Brissaud s'était trouvé en désaccord avec moi, tout récemment, dans un cas non pareil, mais comparable à celui-ci, j'eus l'idée de l'envoyer à Brissaud. Voici ce qu'il me répondit : « Il m'est impossible de rien trouver d'hystérique dans cette affaire... Je comprends que vous ayez songé à la névrose, étant donné que cette jeune femme n'a pas cessé de souffrir depuis son enfance... Si c'est de l'hystérie, c'est une hystérie mono-symptomatique, et je ne crois pas beaucoup à celle-là, sous la forme viscérale. Du moins, je n'en ai jamais vu. Il n'y a aucun trouble de sensibilité, pas d'anesthésies ni d'hyperesthésies cutanées ou sensorielles. Enfin, rien. »

Cette réponse de Brissaud m'intéresse infiniment. Voilà donc une jeune femme qui n'a pas trace de neurasthénie ou d'hypochondrie, et de plus, elle n'est pas hystérique. Elle a, cependant, une névralgie pelvienne invétérée. C'est donc une névralgie, tout simplement; et il est inutile de chercher midi à quatorze heures pour me démontrer que cette névralgie ne guérira pas.

Le fait est que celle-ci a guéri merveilleusement. L'opération fut faite le 19 septembre 1894; utérus petit et mobile, trompes et ovaires sains. Depuis lors, la malade n'a pas souffert un instant, elle a repris ses travaux et n'est plus jamais arrêtée.

Il est donc bien vrai que, pour un chirurgien qui sait ce qu'il fait et n'opère pas à tort et à travers, ces grandes névralgies pelviennes, qui ne méritent pas d'autre nom, quoi qu'on en puisse dire, sont justiciables de l'hystérectomie vaginale. Et c'est bien l'hystérectomie vaginale qui réussit; car, d'après tout ce que j'ai vu, ma malade avait toutes les chances possibles de continuer de souffrir, si je lui avais laissé l'utérus et m'étais borné à la castration ovarienne.

Vaccination et mariage. — En Suède et en Norwège on ne peut se marier légalement qu'après production d'un certificat attestant que le fiancé et la fiancée portent les marques d'une légitime vaccine.

dissociation cruelle, contre laquelle s'insurgent tant de bons esprits, n'a pas été inventée comme à plaisir pour courber le front de fiers Sicambres devant la Majesté municipale... » J'estime que le seul fait d'exprimer cette pensée et que les termes mêmes dont elle est parée trahissent la préoccupation dont on se défend. Car en quoi la majesté municipale (si délicate que soit la modestie des deux minuscules initiales) avait-elle à souffrir de l'ancien état de choses et, si elle n'en souffrait pas, quelle association d'idées l'a fait intervenir ici? C'est que, précisément, il fallait essayer de courber les fiers Sicambres, — faire œuvre d'autorité et montre de puissance. Ce défaut de l'humaine nature est, du reste, vieux comme le monde. Et ils abondent, hélas! les hommes que blâmait Tite-Live, en mettant à leur sujet, dans la bouche du vieux Capitalinus, quatre fois consul, ces paroles : « ... *Malæ rei quam nullius duces esse volunt.* »

Et maintenant, pour conclure, je laisse parler un journal populaire, qui dit, avec le suprême bon sens de tout le monde : « Interdire à un malade pauvre, sous prétexte de règlementations administratives, de se faire soigner par le médecin ou le chirurgien qui lui inspire confiance, c'est une mauvaise action. Quand ces mesures donnent lieu à des scandales comme celui que nous avons rapporté, elles deviennent tout simplement odieuses. »

La consommation du tabac. — Ce qu'on fume, prise ou chique dans les diverses parties du monde :

La consommation annuelle du tabac par tête d'habitant est, d'après une statistique récente, de 100 grammes en Finlande, 200 grammes en Roumanie, 540 grammes en Espagne, 640 grammes en Angleterre. En Serbie, France, Russie, Norvège, Allemagne et Autriche, elle s'élève de 600 grammes à 1 kilogramme progressivement (942 grammes pour la France). En Belgique, 2 kil. 500; en Hollande, 2 kil. 600, et enfin, États-Unis et Suisse, 2 kil. 700. La production du tabac, en millions de kilogrammes, est la suivante : 200 ou 250 pour les Etats-Unis, 180-190 pour les Indes anglaises, 70-71 pour l'Autriche-Hongrie, 49-50 pour la Russie, 45-50 pour les Indes néerlandaises, 42-45 pour l'Allemagne. (*Médecine moderne.*)

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

SUITE (1)

La question de l'**hypertrophie de la prostate** a donné lieu à de très intéressantes communications, et entre autres à une étude de M. ALBARRAN, que nous regrettons de ne pouvoir donner *in extenso*.

Notre collègue donne d'abord *les effets de la castration double sur le volume de la prostate*. La preuve anatomique de l'atrophie de la prostate après la castration, nous dit-il, n'est pas faite; mais au point de vue clinique, la diminution du volume existe, et cette diminution est due, soit à l'atrophie et beaucoup à la décongestion de la glande. Mais, la *castration agit sur la contractilité vésicale*, et cela d'une manière différente, suivant les cas. Quand il y a dysurie sans rétention d'urine, ou rétention aiguë, le nombre des mictions diminue à cause de la décongestion qui se produit. Quand il y a rétention chronique complète ou incomplète, c'est le volume moindre de la glande qui oppose un obstacle mécanique moindre. M. Albarran ne veut pas se hasarder à tirer de cette étude des indications précises pour l'emploi de la castration dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate : la question reste à l'étude. Pour le moment, il n'est pas disposé à intervenir dans les cas de dysurie sans rétention, ni dans les rétentions aiguës. Dans les rétentions chroniques incomplètes, il pense que la castration peut être proposée lorsque le cathétérisme ne réussit pas à guérir la rétention, et qu'elle doit être conseillée dans les cas de cathétérisme habituellement difficile.

M. LEGUEU prend ensuite la parole. Il a pratiqué deux fois cette opération, et pense qu'elle agit surtout en décongestionnant la glande, et estime qu'en ce moment, il y a d'autres moyens que la castration d'obtenir cette décongestion.

C'est sur les **indications de la résection de la prostate** chez les prostatiques que M. DESNOS prend la parole. Il ne comprend pas l'espèce de défaveur qui plane en France sur cette intervention. Pour sa part, il a pratiqué, depuis sept ans, 22 résections de la prostate. Les résultats ont été : 2 morts (1 par infection, 1 mort subite), 1 aggravation (incontinence qui n'existait pas primitivement), 4 états stationnaires et 15 améliorations ou guérisons. Dans ces derniers cas, la rétention a cessé (6 cas) ou a diminué dans une forte mesure, les douleurs ont disparu et les difficultés de miction se sont amoindries. Il faut, pour obtenir de bons résultats, que la vessie soit contractile et que les malades soient relativement jeunes.

(1) Voir les numéros précédents.

Pour terminer les communications sur la prostate, M. ROUTIER cite deux cas de **cathétérisme rétrograde chez des prostatiques**. Pour le chirurgien de Necker, c'est une opération simple et qui donne de bons résultats. Il donne sa technique opératoire et finit en disant, qu'il a eu cinq fois l'occasion de lier les canaux déférents pour remédier à la congestion de la prostate et qu'il n'a eu qu'à se louer de ce procédé, supérieur pour lui à la castration.

La seconde question, mise à l'ordre du jour, avait pour titre : **traitement des complications précoces et tardives dans les solutions de continuité des os** (crâne et rachis exceptés). C'est M. HEYDENREICH (de Nancy) qui s'était chargé du rapport, et il nous a donné une étude complète de tous les moyens de traitement employés à l'heure actuelle, pour les interventions opératoires précoces et pour les interventions opératoires tardives. Nous regrettons de ne pouvoir donner à nos lecteurs cet intéressant travail, trop long pour être publié dans nos feuilles; nous ne pouvons non plus donner ses conclusions, car le rapporteur n'en a pas donné. Telle n'est pas la communication de M. PÉAN, sur le même sujet, qui en donne *vingt*, ce qui nous paraît peut-être un peu exagéré ; aussi nous garderons-nous de les reproduire.

M. BERGER (de Paris) estime qu'il faut dans cette discussion distinguer les fractures diaphysaires des fractures articulaires, et il étudie l'utilité de l'intervention dans la plupart d'entre elles. L'intervention sanglante, pour lui, ne doit pas être faite dans les fractures de la clavicule, sauf dans des cas très rares. Pour les fractures de la jambe, même pour les obliques et les spiroïdes, la suture osseuse serait insuffisante, et on ne doit intervenir au membre inférieur que lorsque l'interposition de fragments, de brides ou de fibres musculaires rend l'irréductibilité impossible.

Parmi les fractures articulaires, celles du genou et du coude seules peuvent donner lieu à une intervention, et encore dans des cas très rares.

En résumé, M. Berger estime que le moment n'est nullement venu d'engager les chirurgiens dans la voie des opérations pour les fractures non compliquées de plaie, même si ces dernières sont difficiles à réduire et à contenir.

L'avis de M. Berger n'est pas partagé par M. DEMONS, qui se montre partisan résolu des sutures dans la fracture de la clavicule.

M. LEJARS (de Paris) traite ensuite de la **ligature des os** qui peut, dans les fractures obliques, donner d'excellents résultats, et il étudie les procédés de *ligature*. Celle-ci est dite *simple* quand elle est seule employée et agit en cerclant les fragments perpendiculairement à l'axe de la diaphyse ; ou elle peut

être encore *combinée*, c'est-à-dire unie à la suture des fragments. M. Lejars décrit aussi un nouveau procédé de ligature qui donnerait une coaptation très intime de fragments.

Quelques faits de chirurgie osseuse amènent M. J. Bœckel (de Strasbourg) à la tribune. Ce chirurgien donne sa statistique dans le traitement précoce des fractures fermées, et il émet l'avis que la suture osseuse est le seul traitement rationnel de certaines fractures récentes de la clavicule, du maxillaire inférieur, difficiles à réduire ou à maintenir réduites ; mais ce qui nous étonne, c'est que M. Bœckel, à propos des fractures de la rotule, dise : exceptionnellement on pourra tenter la suture, et les fractures de cet os devront être traitées par les anciennes méthodes.

C'est aussi sur les **sutures de la rotule** que M. Adenot (de Lyon) fait une communication, et il cite trois observations qui lui sont personnelles et une observation de suture de l'olécrane pour fracture, en insistant sur la *bascule* que le triceps fait faire au fragment.

M. Villar prend ensuite la parole et cite sa pratique personnelle. Neuf fois, il est intervenu, cinq fois pour des fractures anciennes, ce qui n'a rien que de très logique, et quatre fois pour des fractures récentes du maxillaire inférieur ou de la clavicule, parce qu'un fragment de ce dernier os menaçait de percer la peau.

M. Moty s'occupe des pseudarthroses et donne une petite classification qui lui est personnelle. Il a pratiqué la greffe osseuse dans deux cas de pseudarthrose.

M. Jonnesco (de Bucharest) cite un cas d'**ostéotomie oblique du fémur** pour consolidation vicieuse dans un cas de fracture ancienne du col fémoral, et un cas de **suture de la rotule** pour une fracture commutive.

Enfin l'ordre du jour sur la question mise à l'étude est épuisée après une communication de M. Redard (de Paris) sur un cas d'**application d'attelles d'aluminium** pour une pseudarthrose de l'humeur; la guérison a été complète.

La fin de la séance est occupée par des communications diverses sur la **chirurgie des membres**. Citons d'abord l'important discours de M. Reclus sur l'**abstention systématique dans les grands écrasements des membres**. L'orateur cite des cas des plus graves dans lesquels les blessés ont pu être sauvés, et il donne la technique de son embaumement que nous ne reproduirons pas, parce qu'il nous manque la formule de sa pommade polyantiseptique. C'est une véritable intervention qui doit être faite avec toutes les précautions de propreté possibles. M. Reclus a, de plus, ajouté à son embaumement l'injection préventive de sérum antitétanique, suivant la méthode de Roux et de Nocard. On sait combien sont fréquents les accidents tétaniques dans ces grands traumatismes et combien peu d'action a le sérum lorsqu'il est injecté après l'apparition des premiers accidents.

M. Kirmisson (de Paris) fait une communication sur le **manuel opératoire et résultats des arthrodèses du pied**. Il insiste sur la nécessité de faire porter l'ankylose non seulement sur l'**articulation tibio-tarsienne**, mais encore sur l'articulation sous-artiagalienne, au moyen d'une cheville en ivoire qui traverse l'astragale et s'implante dans le calcaneum. L'orateur décrit son procédé et cite sa statistique.

Dans les 15 faits où il a pratiqué les divers modes d'arthrodèse du pied, ses opérés ont guéri de la façon la plus simple. 11 fois il a fait l'arthrodèse tibio-tarsienne : 9 fois l'opération a porté uniquement sur cette articulation, et 2 fois elle s'est étendue en même temps à l'articulation médio-tarsienne. Dans 2 cas seulement l'arthrodèse de l'articulation astragalo-scaphoïdienne a été pratiquée, et enfin 2 fois l'arthrodèse de l'articulation médio-tarsienne en totalité.

Sur ces 15 opérations d'arthrodèse, 11 ont été accompagnées d'enchevillement, sans que la présence de la cheville en ivoire ait déterminé le moindre inconvénient. Les résultats fonctionnels ont été en général très satisfaisants. Chez 5 malades, il est resté une légère mobilité dans l'articulation opérée et, par suite, le résultat est demeuré incomplet ; cependant les malades ont bénéficié de l'opération.

Citons encore la relation de quelques observations, dont l'une due à M. Legueu, ayant pour titre : « **Hernie musculaire consécutive à une rupture musculo-tendineuse ancienne** ». Des expériences auxquelles s'est livré M. Legueu, il résulte que la section sous-aponévrotique d'un tendon rend plus facile, sur le même muscle mais à distance, la production d'une hernie musculaire par perforation aponévrotique, ou rend celle-ci plus volumineuse lorsqu'elle est déjà faite.

Viennent ensuite un cas d'**amputation interscapulo-thoracique** pratiquée avec succès par M. J. Bœckel (de Strasbourg) pour un sarcôme de l'épaule, et un cas d'**amputation du pied** faite par M. Phocas (de Lille) pour une hypertrophie partielle congénitale.

***

Nous arrivons maintenant à la journée du samedi 26 octobre, la dernière du Congrès, dans laquelle il y a eu séance matin et soir.

En suivant l'ordre du jour indiqué, nous trouvons d'abord une communication du Dr Sorel (du Havre)

sur **un cas de pleurésie purulente traitée par l'ouverture large du thorax et la décortication du poumon.** Le malade était malheureusement tuberculeux et ne mourut cependant que treize mois après l'opération.

Puis vient M. Hassler, médecin militaire, qui communique deux observations relatives, la première à un fibrôme pur de la paroi abdominale, et la deuxième à une opération de Létiévant-Estlander, avec extraction d'une épingle et de deux drains perdus depuis dix mois dans la plèvre.

La **névralgie faciale** donne lieu à d'intéressantes relations. C'est d'abord un cas curieux rapporté par M. Malherbe (de Nantes); il s'agit d'un homme atteint depuis treize ans de douleurs intolérables de la face. Après une résection du nerf maxillaire inférieur et du ganglion sphéno-palatin, survint une guérion de sept mois; puis une nouvelle récidive nécessita une résection assez pénible du nerf buccal et du nerf auriculo-temporal superficiel. Les douleurs persistèrent pendant quinze jours encore, puis disparurent de nouveau pendant sept mois. Une troisième intervention, consistant en une résection du rebord alvéolaire, ne procura aucun soulagement. Que convient-il de faire maintenant? Extirper le ganglion de Gasser? M. Malherbe a vu déjà des cas de récidive après cette opération.

M. Chalot (de Toulouse) a eu **un cas de mort à la suite de l'extirpation du ganglion de Gasser.** Son crochet pénétra dans le sinus caverneux, et le malade mourut d'hémorragie. Par contre, il pratiqua deux fois la résection du ganglion de Meckel et du nerf sous-orbitaire par le procédé de Lossen-Braun, et a obtenu deux guérisons durables, l'une depuis vingt ans, l'autre depuis quinze mois.

M. Guinard (de Paris) a pratiqué trois fois la résection du **ganglion de Meckel** pour remédier à une névralgie faciale rebelle. Les deux premiers opérés restent guéris depuis deux et trois ans. Il ne parle pas du troisième, car l'intervention ne date que de six semaines. Aussi M. Guinard proteste contre la résection d'emblée du ganglion de Gasser, qui peut n'être pas nécessaire, et conclut en disant :

1° Toutes les fois qu'une névralgie faciale a débuté par la sphère du nerf sous-orbitaire, il faut pratiquer la résection de ce nerf et du ganglion de Meckel; et cela, même si les phénomènes douloureux ont atteint ultérieurement les autres branches du trijumeau;

2° La résection du ganglion de Gasser ne doit jamais être pratiquée d'emblée, quelle que soit l'étendue du territoire douloureux. On y aura recours qu'après avoir tenté l'extirpation extra-crânienne des branches du trijumeau, opération incontestablement plus innocente et plus facile;

3° La résection du nerf sous-orbitaire et de son ganglion peut, comme dans ces trois observations, amener la guérison d'accidents douloureux, siégeant même dans des régions éloignées.

(A suivre.) Eugène Rochard.

A PROPOS DU DISCOURS DE M. STRAUSS

SUR LES CIRCONSCRIPTIONS HOSPITALIÈRES

Nous ne voulons pas reprendre point par point le discours de M. Strauss au Conseil municipal, ce serait perdre notre temps, car si, comme l'avait dit ce conseiller municipal, on voulait « que ce débat ait toute l'ampleur nécessaire, que toutes les opinions puissent librement s'y faire jour !! » il n'aurait pas fallu se borner à entendre la cloche de M. Strauss et de M. Peyron, et peut être entendre aussi celle des médecins; mais passons, et cueillons quelques fleurs. D'abord, cette belle phrase. « Le système des circonscriptions hospitalières est solide; il est inébranlable et défie toutes les attaques ». Nous allons bien voir.

M. Strauss s'écrie : « Qui d'entre vous ne s'est fait l'interprète des plaintes des malheureux » (plus loin ces malheureux sont devenus des *patraques*, dont la place est dans les asiles et non dans les hôpitaux), contre le bureau central, et plus loin encore :

« Lorsque, dans l'ancien état de choses, vous obligiez un malade du XVIIIe arrondissement à se faire hospitaliser à Necker, à l'autre extrémité de Paris, vous ne lui imposiez pas seulement la gêne souvent excessive d'un transport lamentable à travers Paris, vous occasionniez encore un embarras véritable à sa famille et à ses amis, toutes les fois qu'ils voulaient le visiter. »

C'est vraiment extraordinaire de voir le président de la cinquième Commission ne pas être plus au courant de ce qui se passe avec les nouvelles circonscriptions hospitalières; tous les jours on voiture les malheureux malades d'un hôpital dans un autre, nous en avons donné de nombreux exemples, et la chose est forcée, c'est le vice même des circonscriptions hospitalières qui ne sont que fictives. Lariboisière et Saint-Antoine, pour ne prendre que deux hôpitaux, sont toujours complets, et les malades du quartier sont envoyés à Tenon ou à Hérold. Que deviennent alors les fameuses circonscriptions ?

Mais M. Strauss se combat lui-même, car il avoue : « Nous avons telles régions, comme à Passy ou les 1er, 2e et 3e arrondissements, absolument dépourvues d'hôpitaux, alors que certains quartiers de la rive gauche, comme, par exemple, celui que représente M. Lazies, en sont trop abondamment dotés ». Eh bien, alors ! Mais continuons. Savez-vous comment M. Strauss qualifie l'incident de Lariboisière, de ce pauvre malade parcourant Paris avec une pneumonie et 40 degrés ? « l'incident déplorable *intentionnel*, pourais-je dire ». Intentionnel, nous ne comprenons plus.

Où M. Strauss montre peut-être un peu plus le bout de l'oreille, c'est quand il dit : « Il existe aujourd'hui deux services, l'un qui est en quelque sorte subalterne, celui des bureaux de bienfaisance; l'autre qui constitue une *sorte d'aristocratie* (allons donc !), celui des hôpitaux. »

Finissons-en et répondons à M. Strauss, qui a tant de fois cité M. Fleury-Ravarin dans son discours, par une phrase de M. Fleury-Ravarin lui-même, phrase que M. Strauss se serait bien gardé de donner à la tribune du conseil municipal.

Il faisait ressortir « l'inconvénient du système où le malade ne peut choisir son médecin. Il n'est pas nécessaire d'insister, disait-il, sur ce qu'une telle situation a de rigoureux et de pénible. Quand il s'agit de confier à un homme de l'art ce qu'on a de plus précieux, la santé, de lui abandonner son corps et de mettre sa vie entre ses mains, s'il y a un point qui prime tout : c'est la confiance qu'on doit avoir en son savoir et en son honorabilité ».

Et, pour donner le dernier coup à ce système des circonscriptions hospitalières qui défie toutes les attaques, quelques faits :

— Que dire de ces malades refusés dans tous les hôpitaux parce qu'ils n'ont pas de domicile, qu'ils couchent sous les ponts ou à l'asile de nuit? Sont-ce des malheureux, ceux-là ?

— Que dire de cette pauvre mère ayant une opération urgente, ne voulant pas se faire opérer dans l'hôpital de sa circonscription parce que son fils y était mort il y avait peu de jours, et à laquelle on refuse l'admission à l'hôpital voisin ?

— Que dire enfin de cette malade refusée à Beaujon parce qu'elle appartenait à la classe des gens qui naviguent sur la Seine. Elle n'a pas de circonscription non plus, celle-là! On téléphone à l'Administration centrale, qui répond de demander sur quelle rive elle habite ! Mais son bateau change de rive, et elle n'est pas admise à l'hôpital.

Nous en passons, et des meilleurs, et terminons en disant que lorsqu'un malheureux qui claque la fièvre est obligé de fournir des papiers, que ces papiers, représentés par une quittance de loyer, ne sont pas suffisants, qu'on lui refuse la porte de la consultation et qu'on l'envoie demander au commissariat de police un certificat de séjour, celui-ci, s'il n'a pas dans ces pérégrinations trois fois attrapé la mort, est en droit de demander compte aux hommes qui ont pris la responsabilité de tels actes.

ACADEMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 novembre 1895

Séance de lecture de rapport; mais à côté de rapports de prix, citons celui de M. Rochard, sur un travail de M. Fontan, ayant trait à la thérapeutique opératoire des abcès du foie.

M. Blache a lu, en outre, un travail *sur la cure d'air dans le traitement de la tuberculose pulmonaire* à l'hôpital d'Ormesson. On sait que l'hôpital d'Ormesson reçoit des enfants tuberculeux à lésions peu avancées. Ces petits malades sont soumis à une hygiène et à une propreté rigoureuses. Ils prennent deux bains par semaine et chaque bain est suivi de frictions énergiques ; ils sont vêtus de laine et passent toute la journée à l'air, à l'exception, bien entendu, des fébricitants que l'on laisse couchés. L'alimentation est intensive. Dans ce traitement exclusivement hygiénique, il n'y a place pour aucun médicament; toutefois l'huile de foie de morue est donnée pendant tout l'hiver.

Quant aux résultats obtenus, ils sont extrêmement favorables, et la statistique est, à ce sujet, suffisamment probante. Sur une centaine d'enfants traités annuellement à Ormesson, on constate :

Guérisons	42,7 °/₀.
Améliorations	40,2 °/₀.
Etat stationnaire	8,9 °/₀.
Cachexie	4,59 °/₀.
Décès	3 °/₀.

Ces chiffres sont assez éloquents et disent, d'une part, toute l'efficacité des moyens hygiéniques et de la cure d'air dans le traitement de la tuberculose infantile, et, d'autre part, tous les services rendus par l'hôpital d'Ormesson où ce traitement est organisé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. Heurtaux (de Nantes) a adressé à la Société une observation d'*anévrysme multilobulé de l'artère fémorale*, guéri par l'*extirpation du sac et la résection de 14 centimètres de l'artère et de la veine fémorales*. A ce propos, il cite les différents chirurgiens qui sont partisans de cette méthode et, avec cette seule observation, prend pied dans le débat en disant que l'extirpation est la méthode de choix des anévrysmes.

Cette opinion est appuyée par M. Quenu, qui a eu un succès à l'aide de cette méthode appliquée à l'anévrysme inguinal, et qui cependant émet cet avis : c'est qu'avant de se décider à opérer une tumeur anévrysmale il faut s'assurer qu'il n'existe pas d'autres altérations de l'artère. La tension augmente en effet par le fait de la suppression du calibre du vaisseau, et cette tension peut faire rompre un anévrysme situé plus haut; il en cite un exemple.

MM. Kirmisson, Schwarzt et Marchand ne partagent pas la même opinion. Pour eux, la ligature est la méthode de choix et l'extirpation la méthode de nécessité. L'ablation est en effet plus grave, M. Heurtaux a failli perdre sa petite malade d'hémorragie, et chacun des orateurs précités apporte des observations de guérison par la ligature.

M. Quenu reprend la parole pour renverser les termes et dire que pour lui l'extirpation est la méthode de choix et la ligature la méthode de nécessité, et il invoque, pour soutenir sa thèse, les arguments donnés par Delbet dans son travail.

M. Championnière clôt la discussion en émettant cet avis que cette question ne peut pas être tranchée au pied levé, que les deux méthodes ont fait des progrès, que l'extirpation, impraticable il y a quelques années, est devenue possible aujourd'hui, et que la ligature ne donne pas non plus lieu aux accidents auxquels elle donnait lieu autrefois.

Avec M. Tuffier, nous reprenons la question de la *chirurgie du poumon*. Il veut mettre deux points en lumière, d'abord l'*hémo-thorax* ; et avec trois observations bien prises, il montre que l'élévation de température n'est pas suffisante pour faire prendre le bistouri. Ses malades ont eu, en effet, 39° et 40° de température, et cela pendant plusieurs jours. Ils ont pourtant parfaitement guéri, et une ponction faite à l'un d'eux montre un épanchement complètement aseptique. De là la nécessité d'examiner la qualité de l'épanchement avant d'intervenir.

Le deuxième point a trait à une question de médecine opératoire. M. Tuffier tient particulièrement au décollement de la plèvre pariétale qui, devenant flasque, permet à la main de saisir le poumon par son intermédiaire, sans produire de pneumo-thorax, et de se rendre ainsi compte des lésions de cet organe. Il cite un exemple de gangrène du poumon ; il put, en décollant la plèvre dans le huitième espace intercostal, après avoir réséqué la huitième côte, explorer le poumon, et put alors se rendre compte que la

lésion était située plus haut, par conséquent probablement, dirons-nous à M. Tuffier, dans la plèvre interlobaire. Il incisa le poumon et eut un flot de pus. La guérison suivit cette intervention, et M. Tuffier propose de faire de ce décollement pleural la règle dans les interventions sur le poumon.

M. Michaux lui répond d'abord, à propos de l'hémo-thorax, qu'il est des cas, et ce sont ceux-là qu'il a voulu viser, dans lesquels on ne peut attendre, car il y a danger immédiat par hémorragie, ou toujours menaçant à cause de l'asphyxie du malade et de l'extrême faiblesse qui résulte de l'hémorragie. Quant à la température, elle n'est pas la conséquence de l'infection de l'épanchement, mais peut être expliquée par la pneumonie consécutive au traumatisme du parenchyme pulmonaire.

Pour ce qui a trait à l'exploration du poumon à travers la plèvre décollée, elle n'est pas de mise dans l'hémo-thorax ; d'abord l'épanchement et les caillots ne permettent pas de palper le poumon et ensuite il faut nécessairement ouvrir la plaie pour tarir l'hémorragie.

M. Delorme a fait, comme M. Tuffier, des expériences sur le cadavre et a pu vérifier ce que vient de dire M. Tuffier sur le décollement de la séreuse.

Quant à M. Championnière, il rappelle que les faits d'élévation de température dans l'hémo-thorax sont connus et qu'on sait qu'ils n'entravent pas la guérison. Il pense qu'à l'heure actuelle on a beaucoup trop de tendance à intervenir. Il faut savoir attendre la résorption et bien immobiliser le sujet blessé. Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 novembre 1895

Il est très vraisemblable que la *néphrite*, qui se produit quelquefois au cours de la *fièvre typhoïde*, ne reconnait pas toujours le même processus pathogénique. Pour quelques auteurs, c'est le bacille d'Eberth qui est la cause immédiate de l'inflammation rénale; passant par diapédèse des capillaires glomérulaires dans les tubes du rein, il irait directement irriter les épithéliums des tubes contournés. Mais on ne trouve pas dans tous les cas le bacille typhique dans le rein ainsi lésé. Seitz et Ribbert, en Allemagne; Chantemesse et Widal, en France, l'ont en vain cherché dans de nombreux cas. Aussi, a-t-on pensé que la néphrite avait souvent pour cause une infection secondaire, par les microbes pyogènes par exemple, ou par les innombrables micro-organismes qui pullulent dans l'intestin des typhiques; l'élimination de ces microbes par le rein ou le passage de leurs toxines, détermineraient la néphrite. Il est probable que les deux théories sont vraies. Dans un cas que MM. Rendu et Bodin ont récemment observé, la néphrite semblait due au bacille typhique ; celui-ci a été trouvé dans le rein.

Il s'agit d'une femme de vingt ans, qui entra à l'hôpital avec tous les signes d'une fièvre typhoïde hyperthermique. Quelques jours après, elle présentait sur les membres et la face, de larges taches érythémateuses qui persistèrent jusqu'à la mort. Les urines étaient rares et fortement albumineuses. Malgré les bains froids, la température montait et atteignait 40° et 41°. M. Rendu prescrivit alors, en deux jours, 2 grammes d'antipyrine en lavements; la température s'abaissa, mais la malade mourut au quinzième jour environ de sa fièvre typhoïde, avec des phénomènes d'urémie.

A l'autopsie, en dehors des lésions classiques de la fièvre typhoïde, on trouva des lésions rénales très marquées. Les reins, très congestionnés, présentaient les altérations typiques de la néphrite épithéliale. Ils renfermaient en outre des bacilles typhiques en nombre considérable, formant des amas dans la lumière des tubes contournés et quelquefois aussi dans les branches descendantes et ascendantes de Henle, mais ne se trouvant jamais dans le tissu interstitiel.

Dans un travail récent sur les néphrites infectieuses, M. Enriquez (1) rapporte trois faits dans lesquels il trouva le bacille typhique dans le rein ; mais il réussit une seule fois à le colorer sur les coupes. Or, dans la figure qui représente ces coupes, on voit que les bacilles étaient localisés dans le tissu conjonctif interstitiel; il n'y en avait ni dans les vaisseaux glomérulaires ni dans les tubuli.

Il est donc permis de se demander si dans ce cas le bacille typhique n'a pas été confondu avec le coli-bacille, qui se diffuse si facilement dans le tissu conjonctif après la mort. En effet, dans toutes les néphrites infectieuses, les micro-organismes, pneumocoques, staphylocoques, s'accumulent de préférence au niveau des vaisseaux glomérulaires et des tubes contournés. Dans le cas de M. Rendu, le bacille typhique s'est comporté comme les autres microbes pathogènes, avec cette différence cependant que les artères glomérulaires ne contenaient pas de bacilles.

M. Rendu insiste, en outre, sur plusieurs points intéressants de son observation : l'éruption de la face et des mains, survenue avant toute intervention thérapeutique; l'élévation considérable de la température malgré les bains froids et sa chute brusque après un lavement d'antipyrine, suivie bientôt de collapsus urémique et de mort.

M. Chauffard présente une objection à propos de la constatation du bacille d'Eberth dans le rein. En effet, si la précocité de la néphrite, dans le cas de M. Rendu, est bien en faveur de sa nature typhique, il faut néanmoins faire une réserve sur la nature du micro-organisme trouvé dans le rein. La différenciation du bacille d'Eberth et du coli-bacille est encore aujourd'hui extrêmement difficile.

Au point de vue du traitement, M. Chauffard pense que dans ces cas d'hyperthermie tenace, il faut augmenter le nombre des bains froids et abaisser la température de l'eau jusqu'à 16 et 18°. C'est la seule arme contre la fièvre; les moyens chimiques sont dangereux.

Dans un cas observé par M. Merklen, une malade entrée à l'hôpital au huitième jour d'une maladie fébrile, avec des taches rosées, présentait une hématurie qui persista jusqu'à la chute de la température. L'examen de l'urine recueillie aseptiquement dans la vessie, y révéla la présence du bacille d'Eberth. Lorsque, au bout de quinze jours, l'hématurie cessa, le bacille disparut de l'urine. C'était un cas de néphro-typhus; la malade n'avait présenté aucun autre signe de la fièvre typhoïde. On connait, d'autre part, la tendance hémorragique du bacille d'Eberth. Dans un fait de M. Catrin, il s'agissait aussi de néphrite hémorragique au début d'une dothiénentérie.

M. Hanot fait remarquer que les reins, dans le cas de M. Rendu, n'étaient pas gros. Or, dans les néphrites infectieuses de la fièvre typhoïde, ainsi que l'ont dit plusieurs auteurs, et ainsi que M. Hanot a pu le constater lui-même dans sept autopsies, les reins sont énormes, atteignant quatre et cinq fois le volume normal. Dans ces sept faits les organes étaient dans tous leurs points atteints de dégénérescence granulo-graisseuse. M. Hayem a trouvé, lui aussi, les reins volumineux et blancs dans les néphrites infectieuses typhiques; mais quelquefois aussi les reins

(1) Thèse de Paris, 1892.

ont un volume normal et présentent des taches pâles comme on en voit dans le foie.

Quant aux bains froids, M. HANOT, qui appliqua lui-même et d'une façon très rigoureuse la méthode de Brand dans les sept cas dont il a parlé, ne leur vit produire aucun abaissement de la température.

— Que devient *la digestion gastrique après la gastro-entérostomie?* C'est ce que M. HAYEM s'est demandé à propos de deux malades de son service auxquels cette opération avait été pratiquée pour sténose pylorique. On pourrait penser que l'estomac, mis en communication par sa portion la plus déclive avec l'intestin grêle, ne peut plus retenir pendant un certain temps les aliments dans la cavité, et que, par suite, la digestion gastrique se trouve supprimée. Or, il n'en est pas tout à fait ainsi : la fonction de l'estomac peut encore s'accomplir, ainsi que le démontrent les analyses du suc gastrique.

— M. MARIE a obtenu de la *médication thyroïdienne* des résultats aussi satisfaisants que possible dans un cas de *goitre vulgaire*. Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte d'un goitre simple ayant débuté cinq ans auparavant; elle entra à l'hôpital le 14 septembre dernier ; son goitre atteignait le volume d'une orange. Elle ne présentait aucun trouble respiratoire ni circulatoire. On lui prescrivit deux tablettes de corps thyroïde de mouton par jour, ce qui représente une dose très faible. Cinq jours après le début du traitement, la diminution du goitre était déjà sensible. Après douze jours, le diamètre transverse maximum de la tumeur avait passé de 90 à 55 millimètres, et son diamètre vertical de 55 à 40 millimètres. En outre, elle avait perdu sa consistance et était devenue molle.

Vers le douzième jour du traitement, la malade éprouva quelques accidents de thyroïdisme, mais très légers.

Bruns, en Allemagne, a traité par la médication thyroïdienne 60 cas de goitre simple et a obtenu ainsi 14 guérisons, 20 améliorations très marquées et 9 améliorations notables. Comme l'indique cet auteur, les conditions les plus favorables au succès du traitement peuvent ainsi se résumer : *goitre de volume modéré, d'origine récente, chez un sujet jeune*. Ces trois conditions se trouvaient réunies dans le cas de M. Marie.

— En se basant sur ce fait que la glande pituitaire est constamment hypertrophiée et altérée dans l'acromégalie, M. MARINESCO a pensé obtenir de bons résultats dans cette maladie par l'administration aux malades de corps pituitaire (sous forme de tablettes).

Cette intéressante tentative thérapeutique a été faite sur trois malades, un homme et deux femmes, présentant tous le facies acromégalique caractéristique, des troubles de la vue, de la céphalalgie paroxystique. En outre, la troisième malade était diabétique : la quantité d'urine était en moyenne de 12 litres, et l'urine contenait 48 grammes de sucre par litre.

Le traitement par les tablettes de corps pituitaire a amené, dans les phénomènes présentés par ces malades, des modifications profondes portant sur l'état objectif et sur l'état subjectif. La céphalalgie a diminué considérablement et même a disparu pour quelque temps chez l'un d'eux ; les douleurs pseudo-névralgiques des membres ont été aussi améliorées ; l'état général est devenu plus satisfaisant. Par contre, chez aucun d'eux, on n'a constaté une diminution apparente des extrémités malades ; toutefois, la tuméfaction des parties molles a semblé moins prononcée dans un cas. Le plus caractéristique des phénomènes objectifs a été l'accroissement de la diurèse. Chez la malade diabétique, notamment, la quantité d'urine de chaque jour s'est élevée de 16 litres à 21 et même 24 litres.

Sans nier d'une façon absolue, ajoute M. Marinesco, le rôle de la suggestion dans l'amélioration obtenue, nous pensons cependant que le traitement a exercé une action élective sur la tumeur pituitaire ou bien sur la circulation intra-crânienne.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Banquet offert au professeur Tillaux. — Les amis et élèves de M. le professeur Tillaux lui offriront un banquet à l'Hôtel Continental, le mercredi 20 novembre, à l'occasion de sa nomination au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur Duplay a commencé son cours le vendredi 15 novembre 1895, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Lundi, visite et examen des malades (salles des hommes); mardi, leçon clinique et opérations. Amphithéâtre de la clinique, à neuf heures et demie; mercredi, visite et examen des malades (salles des femmes); jeudi, opérations. (Chirurgie abdominale) ; vendredi, leçon clinique et opérations. Amphithéâtre de la clinique, à neuf heures et demie; samedi, exercices gynécologiques : salle des femmes et salle du spéculum.

Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir. — Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. Cazin, mardi, à cinq heures (amphithéâtre de la clinique).

Exercices cliniques. Examen des malades par les élèves sous la direction de M. Cazin, jeudi et samedi, à cinq heures (amphithéâtre de la clinique).

Conférences de gynécologie. Méthode d'exploration gynécologique, par M. Clado, lundi, à cinq heures (amphithéâtre de la clinique).

Exercices de gynécologie. Examen des femmes par les élèves, sous la direction de M. Clado, mercredi, à cinq heures (salle du spéculum).

Conférences et exercices pratiques d'anatomie pathologique et de bactériologie, par M. Berdal, jeudi, à onze heures (laboratoire de la clinique).

Maladies des voies urinaires. — Le Dr H. Picard commencera, le mardi 15 octobre, à trois heures et demie, 16, rue Dauphine, un cours public et gratuit sur les maladies des voies urinaires, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 47. L'UNION MÉDICALE 23 Novembre 1895.

SOMMAIRE

I. Georges Baudouin : Des mélanodermies.
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Congrès français de Chirurgie. (*Suite.*)
IV. A. Gilbert et L. Fournier : Du sang défibriné comme milieu de culture.
V. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Société de Chirurgie ; 3° Société médicale des Hôpitaux ; 4° Revue de la Société de Biologie.
VI. Toujours les réformes hospitalières.
VII. Les livres nouveaux.
VIII. Échos et nouvelles.

HÔPITAL DE LA PITIÉ

Service de M. Albert ROBIN

Des mélanodermies, par M. G. Baudouin.

On distingue sous le nom de mélanodermie la coloration noire anormale, et plus ou moins généralisée de la peau, due à une pigmentation exagérée. Ce n'est pas une *maladie*, mais un *symptôme* commun à des affections très différentes, tantôt relevant de causes internes, tantôt relevant d'influences extérieures.

De là, deux grandes variétés :

I. — Mélanodermies de causes internes, comprenant deux groupes de faits, suivant que :

1° La mélanodermie constitue l'élément principal d'une maladie générale : mélanodermie de la maladie d'Addison ; de la maladie des vagabonds, ou phtiriase ; de la syphilis (syphilide pigmentaire) ; mélanodermie de l'arcenicisme ;

2° La mélanodermie n'est qu'un élément morbide secondaire (dans la tuberculose ; goître exophthalmique ; chlorose ; malaria ; cirrhose des diabétiques ; enfin, certaines dermatoses).

Le type le plus complet de la mélanodermie généralisée est celui de la *maladie d'Addison*.

Mélanodermie de la maladie d'Addison. — Apparaît rarement au début, presque toujours après la période de *prodromes* (anéantissement, lassitude, affaiblissement progressifs, diminution de l'appétit, amaigrissement, douleurs disséminées, nausées et vomissements ; en un mot, *asthénie* progressive qui peut durer plusieurs mois.

D'abord peu sensible, souvent méconnue, elle se développe sous forme d'une *teinte* bleuâtre, sépia, noyer foncé, *généralisée* ou *localisée* aux points où la peau est moins épaisse (face, abdomen, etc.), plus accusée, en tous cas, dans les régions découvertes, exposées à l'air et à la lumière, et dans celles qui, normalement, sont plus pigmentées.

Les *poils* et *cheveux* peuvent être épargnés ou envahis. Par place (à la face surtout), on constate un piqueté noir sur le fond déjà teinté. La peau est sèche, raide, parcheminée.

Sur les muqueuses *(joues, langue, conjonctive)*, l'affection donne lieu à des plaques pigmentaires.

L'*évolution* est progressive ordinairement, jusqu'à la mort (qui survient au bout d'une à plusieurs années, souvent à la suite de complications : hémoptysies, troubles de menstruation, etc. ; en un mot, de phénomènes d'anémie croissante).

Quelquefois, il y a des *rémissions* correspondant à des alternatives d'amélioration dans l'état général. La guérison est douteuse.

Mélanodermie de la syphilis ou *syphilide pigmentaire.* — Ce sont des maculatures hyperchromiques (d'une teinte brunâtre), survenant dans la syphilis secondaire sur la région du col, quelquefois étendues au dos, à la poitrine, au tronc, séparées les unes des autres par des espaces de peau saine, qui paraît même décolorée. Ces taches disparaissent spontanément, mais après une durée prolongée.

La *mélanodermie médicamenteuse* ou *toxique* s'observe surtout dans l'*arsenisme*. — Elle est caractérisée par une coloration jaune brunâtre ou brun sombre de la peau. C'est une pigmentation diffuse, tantôt généralisée, tantôt localisée, ou tout au moins proéminente au niveau de lésions préexistantes de dermatoses chroniques soignées par l'arsenic.

Mélanodermie des vagabonds. — Chez les vagabonds on observe un épaississement, une induration, une pigmentation foncée des téguments, quelquefois même des *ongles* et des *muqueuses*. Liée peut-être à la phtiriase, qui produit une irritation constante de la peau et qui est fréquente chez les malheureux, elle tient probablement aussi en partie à la cachexie consécutive à la misère.

Mélanoses d'importance secondaire. — S'observent dans la tuberculose, goître exophtalmique, chlorose, malaria, cirrhose des diabétiques, sclérodermie, certaines dermatoses, enfin dermatites exfoliatrices, pityriasis rubra, dermatite herpetiforme, lèpre, prurigo, eczéma chronique, etc.

II. — Mélanodermies de causes externes. C'est une hyperpigmentation survenant chez certaines personnes à l'*occasion* de tout traumatisme cutané, ordinairement localisée aux points spécialement traumatisés.

Mélanodermies consécutives aux pressions prolongées (corsets, jarretières, bandages, etc.).

Mélanodermies consécutives aux vésicatoires ou aux révulsifs quelconques (iode, térébenthine, acide picrique, chrysarobine, etc.).

Mélanodermie consécutive à l'impression du vent, du froid, soleil (hâle, éphélides solaires).

Diagnostic. — La mélanodermie est-elle liée à la maladie d'Addison, ou non ?

Si le tableau de la maladie d'Addison est classique, l'erreur est difficile. Cependant la confusion est possible avec la mélanodermie des cachexies, dues à la tuberculose, au cancer, à l'impaludisme.

Pour le cancer et la tuberculose, le diagnostic est quelquefois impossible.

Dans la *malaria*, la coloration est parfois cendrée, grise jaunâtre d'abord, puis jaune brun; elle est uniformément généralisée, jamais en plaques ; n'envahit pas les muqueuses.

La *mélanodermie des vagabonds* et de la phtiriase est plus intense sur le tronc, l'abdomen, les membres inférieurs, que sur les parties découvertes; elle est curable.

Dans le diabète bronzé, il n'y a pas de pigmentation des muqueuses et, d'ailleurs, l'examen des urines fournira de précieuses indications.

La *syphilide pigmentaire* se distinguera par sa forme, sa localisation, l'évolution, l'étude de la santé générale, la coïncidence avec d'autres manifestations syphilitiques ou les commémoratifs.

La *mélanodermie de l'arsenicisme* se révèlera par les commémoratifs et, à leur défaut, la prédominance au niveau des lésions cutanées préexistantes.

Les mélanodermies de cause externe ne sauraient se confondre avec les mélanodermies de cause interne.

La *mélanodermie vraie* pourrait enfin être confondue avec la coloration de la peau consécutive à l'absorption des sels d'argent ou *pseudo-mélanodermie;* mais, dans l'argyrie, la peau luisante a une teinte bronzée bleu grisâtre ou ardoisée caractéristique.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Dans toutes les mélanodermies vraies, on trouve des corpuscules de pigment dans toutes les cellules profondes du corps muqueux de Malpighi, dans les cellules fixes du corps papillaire et dans la partie superficielle du chorion. On peut constater que les cellules migratrices portent du pigment et surtout, en plus grande quantité, autour des vaisseaux sanguins. Ces leucocytes arrivent dans le derme tout chargés de pigment et, chemin faisant, le déposent dans les téguments.

Chez le nègre, à l'état normal, la localisation du pigment est la même dans la couche profonde de l'épiderme et dans le derme, que dans l'hyperchromie pathologique de la race blanche.

Origine du pigment et pathogénie de la mélanodermie. — Le pigment est formé par la substance colorante des globules rouges qui, absorbée par les cellules migratrices, est transportée dans les tissus.

Quant au *mécanisme de la mélanodormie*, il est encore fort mal connu. Les lésions observées dans la maladie d'Addison (infiltration tuberculeuse circonscrite ou diffuse des capsules surrénales, altérations des filets nerveux unissant les capsules au sympathique, lésions des ganglions semi-lunaires), ont été invoquées sans preuves convaincantes.

Diverses hypothèses ont été invoquées pour expliquer leur action :

1° Les cellules épithéliales produiraient sur place le pigment; leur activité ne se révèlerait que par suite de l'excitation du sympathique (Chatelain);

2° D'après Brown-Séquard, les capsules surrénales modifieraient la matière qui fournirait le pigment. A cette théorie, on peut opposer les cas d'absence congénitale des capsules;

3° Le pigment viendrait du sang, sa répartition dépendrait d'une excitation du sympathique;

4° Le pigment serait emmagasiné et distribué par les cellules dermiques, dont les fonctions seraient présidées par les nerfs spéciaux.

Pronostic. — Variable suivant les cas; la lésion locale n'est rien, la maladie générale, à laquelle se lie la destruction globulaire exagérée et la production du pigment, est tout.

Traitement. — Surtout prophylactique.

Pour les mélanodermies de cause externe, préserver la peau des agents susceptibles de la provoquer.

Pour les mélanodermies de cause interne, pas de thérapeutique spéciale. Dans les cas seuls d'intoxication par l'arsenic, l'hyperchromie cutanée cessera si on suspend l'usage du médicament.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Le pain complet. — La lutte contre l'alcoolisme par l'enseignement dans les écoles.

Les questions d'hygiène ont pris une telle importance, elles inspirent au public un intérêt tel que ce n'est plus par la presse scientifique qu'elles sont traitées; ce sont les journaux politiques qui les agitent et qui passionnent l'opinion pour elles. Dans ma chronique du 26 octobre dernier, je parlais de la campagne entreprise par le *Petit Journal* en faveur du projet de MM. Duvillard et Badois, pour amener l'eau du lac de Genève à Paris; aujourd'hui, la même

feuille en dirige une semblable en faveur du *pain complet*, c'est-à-dire du pain contenant toutes les parties du grain de blé, moins la couche corticale.

De toutes les industries relatives à l'alimentation, la *meunerie* est celle qui a fait le plus de progrès à notre époque. Au commencement du siècle, la *mouture* des grains était opérée par de petits moulins très mal outillés, qui ne travaillaient qu'à *façon*, à la demande du cultivateur, et ne donnaient que trois produits : la *farine à pain de ménage*, le *son* et le *remoulage*. Les grandes minoteries qui se sont établies depuis soixante ans fournissent cinq espèces de *farines*, plus le *son*, la *recoupe* et le *remoulage*. Le nettoyage des grains a surtout atteint un degré de perfection remarquable. Cette opération préliminaire débarrasse, comme on le sait, les graines des céréales des graviers, des poussières, des moisissures, des larves d'insectes, en un mot de tous les corps étrangers qui peuvent y être mélangés. Le blutage s'opère d'une façon tout aussi complète. Il est poussé plus ou moins loin, suivant la qualité qu'on veut obtenir. Dans les campagnes, on ne blute guère à plus de 15 %; dans les manutentions militaires on va jusqu'à 20 % pour les blés tendres, mais on s'en tient à 12 % pour les blés durs. La farine avec laquelle on fait le pain blanc est blutée à 22 %; mais à Paris, depuis bien des années, on n'emploie que la farine blutée à 28 et même à 30 %, et, pour le pain de luxe, on va beaucoup plus loin.

Les hygiénistes se sont souvent élevés contre cet excès d'épuration. Beaucoup de médecins pensent que le pain fait avec des farines blutées à 15 ou 20 % est préférable pour la santé à celui qu'on fait avec de la fleur de farine, à laquelle une épuration radicale a enlevé les principes utiles à la santé. Mege-Nouriez et M. A. Burger ont mené, à trente ans de distance, en faveur du *pain de ménage* une campagne analogue à celle qui se poursuit aujourd'hui (1), mais cette dernière est basée sur un argument tout nouveau.

Dans les grandes minoteries dont je parlais tout à l'heure, on se servait naguère, comme dans les petits moulins, de meules en pierre siliceuse se mouvant autour d'un axe vertical. On avait perfectionné leur fonctionnement en les repiquant plus souvent, et avec plus de soin; mais c'était toujours le même mode de mouture; le grain de blé y était complètement écrasé et passait tout entier dans la farine, dont le blutage éliminait ensuite le son.

Depuis quelques années, on a substitué à ces meules de pierre des cylindres d'acier cannelé, tournant autour d'un axe horizontal, comme ceux d'un laminoir. Ces cylindres peuvent être écartés ou rapprochés à volonté. Ils font une bonne et rapide besogne et, dans toutes les grandes minoteries, on s'est empressé de les substituer aux vieilles meules, qu'il fallait démonter et repiquer fréquemment. Seulement, et c'est là-dessus qu'est basée la campagne du *Petit Journal*, on leur reproche de ne pas écraser le grain et de se borner à le couper dans le sens de la longueur, de façon à enlever les couches superficielles et à éliminer le germe, riche en matières grasses et principes azotés, utiles pour la nutrition, mais d'une altérabilité qui rend difficile la conservation des farines, déjà compromise par la nécessité dans laquelle on se trouve de mouiller les grains avant de les soumettre à l'action du cylindre.

Pour comprendre les inconvénients qu'on attribue aujourd'hui à cette pratique, il faut se rappeler que le grain de blé, suivant la comparaison de Wiel et Gnehm, peut être assimilé à l'œuf, dans lequel la coquille, l'albumine et le jaune sont superposés de dehors en dedans. La coquille est représentée dans le blé par les enveloppes du grain, l'épicarpe, le mésocarpe et l'endocarpe; l'albumen vient ensuite et constitue la masse farineuse. Ses couches les plus excentriques, celles qui touchent aux enveloppes, sont les plus riches en gluten. Si les procédés actuels de mouture éliminent, comme on le prétend, l'embryon ou germe, qui renferme des éléments azotés, il ne restera plus guère que de l'amidon ou, du moins, la farine de froment perdra la majeure partie de sa valeur nutritive et la supériorité dont elle jouissait, sous ce rapport, à l'égard des autres céréales.

Je ne sais pas si le fait a été démontré par des analyses concluantes et suffisamment répétées, mais il vaut la peine qu'on s'en occupe. La question n'a pas une importance majeure pour les classes aisées et même pour les ouvriers des villes qui consomment de la viande, des œufs, du poisson, et dont le régime est très suffisamment azoté; mais elle intéresse au plus haut point la population des campagnes, dont la nourriture ne se compose en grande partie que de pain. Il est vrai que, le plus souvent, les paysans font moudre leur blé par les petits moulins qui leur restent; mais ceux-ci disparaissent peu à peu sous la concurrence des minoteries et, bientôt, ce ne sera plus qu'un souvenir.

Le pain trop épuré a un autre inconvénient que tous les hygiénistes ont depuis longtemps signalé : il ne constitue pas un aliment aussi complet que le pain bis. Il renferme moins de sels et notamment moins de phosphates, lesquels sont surtout renfermés dans l'enveloppe du grain. Débarrassé de tout ce qui n'est pas assimilable, il donne moins de résidu et son usage contribue à la constipation habi-

(1) A. Burger : « Le pain de ménage, sa mouture, sa farine, sa fabrication ». *(Revue de la science nouvelle*, numéros de mai et de juin 1891.)

tuelle aux gens du monde, dont les aliments quintessenciés ne produisent que des selles peu copieuses, lentes à circuler, difficiles à émettre. Les gens de cabinet, qui font en même temps trop peu d'exercice, sont surtout sujets à cette gêne, et beaucoup d'entre eux, pour échapper à l'ennui des laxatifs ou des lavements, ont recours au pain bis, au pain de seigle, voire même au pain de son. Seulement, pour obtenir le résultat recherché, il faut en consommer une quantité assez grande, et l'appétit s'y refuse souvent.

Quoi qu'il en soit, la campagne du *Petit Journal* a porté ses fruits, grâce à son immense tirage. Déjà, dans Paris, 110 boulangeries ont mis en vente le pain complet et l'ont baptisé *pain du Petit Journal*. C'est à rendre jaloux les hygiénistes qui, ne disposant pas d'une publicité pareille, sont rarement écoutés et prêchent le plus souvent dans le désert.

— Le ministre de l'Instruction publique vient de donner satisfaction à un vœu formulé depuis bien longtemps par les hygiénistes, en faisant officiellement entrer, dans l'enseignement des écoles primaires, des conférences sur les dangers de l'alcoolisme. Lors de la mémorable discussion qui eut lieu sur ce sujet, en 1871, à l'Académie de médecine, Chauffard disait déjà : « La tâche de fournir le « remède du mal honteux nommé alcoolisme in- « combe à ceux qui façonnent et qui vivifient l'es- « prit et le cœur des générations actuelles; ces « générations, il faut les instruire et les moraliser ».

Le Dr Bergeron concluait de la même façon. La même thèse a été soutenue depuis par le Dr Legrain (1) et par le Dr A. Laurent, de Rouen (2); enfin, la question a été traitée, d'une façon pratique, au cinquième Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques, qui s'est tenu à Bâle, dans la dernière quinzaine d'août. Le délégué du ministère de l'Instruction publique, après avoir montré l'influence qu'un enseignement semblable peut avoir sur de jeunes esprits, a fait connaître l'intention du ministre de donner des ordres dans ce sens aux instituteurs primaires. M. Steeg, inspecteur général de l'enseignement primaire, assisté d'une Commission spéciale, a rédigé une instruction qui remplit complètement le but et qui vient de paraître.

Ce qu'elle demande aux instituteurs, c'est d'être personnellement convaincus que l'alcoolisme est le grand fléau des sociétés modernes et de faire passer cette conviction dans l'esprit de leurs élèves, en commençant par leur donner l'exemple de la sobriété. Ils auront principalement à lutter contre les mauvais exemples que l'enfant reçoit fatalement des gens plus âgés, quelquefois même de ses parents, et cela principalement dans les campagnes; mais l'action continue de l'instituteur, son influence moralisatrice triompheront de ces obstacles; il faut seulement que la pression ministérielle continue a s'exercer dans cette voie, pour que la persévérance de son personnel enseignant ne se lasse pas. Il ne faut pas oublier que ce personnel est une armée (1), et que tous les enfants passent aujourd'hui par les écoles. On s'occupe en ce moment d'élaborer, au ministère de l'Instruction publique, un manuel destiné aux écoles normales primaires, et qui fournira aux maîtres les éléments de conférences pratiques à l'usage des enfants.

JULES ROCHARD.

(1) A. LEGRAIN : *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, p. 242.
(2) A. LAURENT (de Rouen) : *Lutte contre l'alcoolisme des écoles*. Rouen, 1895.

(1) On compte en France 64,212 instituteurs laïques ou congréganistes, et les écoles sont fréquentées par 2,789,467 garçons. (*Annuaire statistique de la France pour l'année 1891*, p. 186.)
(2) Voir les numéros précédents.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

SUITE (2)

M. A. CHIPAULT (de Paris) fait une communication sur **quelques types cliniques nouveaux de lésions radiculaires et médullaires.**

A côté des types cliniques dus à des lésions radiculaires pures, et qui produisent des troubles sensitifs à la topographie radiculaire, il existe des types cliniques qui établissent la réalité d'une topographie sensitive médullaire toute différente.

L'auteur cite un certain nombre de signes de lésions radiculaires peu connus : la névralgie radiculaire idiopathique, dont il a observé un exemple portant sur la huitième racine cervicale postérieure droite, exemple traité avec succès par la résection intra-durale de cette racine; les écrasements mono ou pauci-radiculaires traumatiques, précieux au point de vue de la physiologie radiculaire, et les élongations radiculaires, tantôt brusques, tantôt chroniques : de cette dernière variété, il rapporte un exemple intéressant.

L'auteur décrit ensuite une variété nouvelle de commotion médullaire avec troubles sensitifs à topographie médullaire.

Il termine son étude en démontrant la possibilité, dans un cas de mal de Pott ou de fracture vertébrale, de distinguer cliniquement, parmi les troubles sensitifs, ce qui revient à la moelle et ce qui revient aux racines.

La **chirurgie des vaisseaux** a donné lieu à d'intéressantes communications.

M. RICARD (de Paris) traite d'abord **de la suture des plaies accidentelles ou opératoires des**

gros troncs veineux. Il montre que la suture appliquée sur les parois des veines, comme on l'applique sur les parois intestinales blessées, procure une hémostase parfaite, tout en conservant le calibre de la veine et en respectant sa circulation.

Il cite ensuite deux observations : dans le premier cas, opéré à l'Hôtel-Dieu, en 1892, il s'agissait d'un cancer du corps thyroïde, dont l'extirpation nécessita la résection totale de la veine jugulaire interne, jusqu'à son embouchure dans le tronc brachio-céphalique. La ligature latérale n'était pas possible, il ne fallait pas compter sur la suppression totale de ce tronc veineux. M. Ricard pratiqua la suture à points séparés, d'après la méthode de Lembert, et fit une suture de soutien avec les tissus voisins. La réunion fut parfaite, il n'y eut ni hémorragie, ni trouble circulatoire consécutif.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une dilatation ampullaire de la veine fémorale, produite sous l'influence d'un bandage porté depuis la première enfance. Cette dilatation n'était pas limitée à la saphène, mais elle s'étendait à la veine fémorale elle-même et rendait la résection totale impossible. L'incision du sac qui avait permis de constater cette disposition fut oblitérée par quatre points de suture, comme s'il s'agissait d'une plaie ordinaire, et la peau fut réunie par dessus. Les suites furent des plus simples.

On peut donc conclure que dans les cas de plaies accidentelles ou opératoires de veines volumineuses, lorsque la ligature, soit totale, soit latérale, est impossible ou dangereuse, le chirurgien trouve dans la suture, aseptiquement pratiquée, une ressource d'indiscutable valeur.

M. Delbet (de Paris) vient soutenir à la tribune du Congrès la supériorité de l'extirpation sur la ligature dans le **traitement des anévrismes**, et donne des chiffres nouveaux :

De 1875 à 1888 il a trouvé 320 ligatures, 63 extirpations. De 1888 à 1894, il a trouvé 109 ligatures, 76 extirpations. Sur ces 76 cas d'extirpations pas une mort. Sur les 109 ligatatures, 10 morts, c'est-à-dire une mortalité de 8,33 %. En 1888, la mortalité était pour la ligature de 18,95 %, pour l'extirpation de 11,32 %. Quant aux gangrènes consécutives, sur les 109 ligatures, 12 cas de gangrènes (8,25 %). Sur les 76 cas d'extirpations, 3 gangrènes. On voit donc la supériorité à ce sujet de l'extirpation.

Qualités de la guérison : Après la ligature, la guérison n'est pas forcée ; on peut avoir ou des échecs ou des récidives. Sur les 109 cas, 6 cas de ce genre. De plus, après la ligature, on peut constater des complications telles que l'inflammation du sac ou l'impotence du membre.

Conclusions : 1° La ligature est plus grave que l'extirpation ; 2° elle expose davantage à la gangrène ; 3° elle est moins efficace, il y a 5 % d'échecs ; 4° la guérison est souvent imparfaite, il reste des douleurs de la parésie de l'impotence.

En résumé, quand un anévrisme doit être opéré, il faut toujours faire une opération directe sur le sac.

Si le sac est petit, souple, sans collatérales, on fait la ligature au-dessus et au-dessous du sac. Quand le sac est dur, grand, quand il y a des collatérales, on fait l'extirpation complète.

Et pour rester dans le même sujet, citons la communication de M. Bousquet (de Clermont-Ferrand), qui a traité **par l'extirpation un anévrisme artério-veineux de l'avant-bras**, consécutif à un coup de feu, et qui a guéri son malade.

Sur quoi M. Poncet (de Lyon) pouvait-il faire une communication ? Sur l'**actinomycose**. Que ce soit à la Société de Chirurgie, à l'Académie, au Congrès, c'est toujours l'actinomycose, aussi pourquoi M. Reboul se permet-il de prendre un pareil sujet ? On peut donc voir de l'actinomycose ailleurs que chez M. Poncet ; oui, à Nimes, paraît-il. C'est du moins ce que nous dit M. Reboul, qui a observé une manifestation thoracique de cette affection.

Citons aussi le travail de MM. Malherbe et Perrochaud (de Nantes) **sur quelques tumeurs à tissus multiples** : épithélioma calcifié de la peau, épithélioma polymorphe des glandes salivaires.

M. Girard (de Berne) a pratiqué la **désarticulation de l'os iliaque pour sarcôme**. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-sept ans, ayant un sarcôme énorme de la cuisse, et qui subit la désarticulation de la hanche, mais peu après survient une récidive. M. Girard pratiqua alors la désarticulation intra-pelvienne de l'os iliaque. L'opération fut assez simple, et la malade sortit de l'hôpital au bout de six semaines.

Malgré toute l'ablation de l'os iliaque, il n'y eut pas de troubles dans la position des viscères abdominaux ; la défécation est normale ; la station debout se fait avec des béquilles, la station assise se fait sur une seule fesse.

Enfin, terminons la séance du matin par l'exposé des communications des cavités de la face.

M. A. Broca nous parle des **végétations adénoïdes du naso-pharynx**. Il a pratiqué ou fait pratiquer plus de 500 ablations de végétations adénoïdes du naso-pharynx. Chez les enfants âgés de moins d'un an, il opère à la pince ; chez les autres il se sert du couteau de Gottstein. Quand il existe une hypertrophie amygdalienne concomitante, il commence à en faire l'ablation par le bistouri.

Certains auteurs, ont pensé, tout récemment, qu'il fallait différencier les végétations adénoïdes simples, tuberculeuses et syphilitiques. C'est peut-

être poser la question d'une manière qui prête à la confusion. Il faut réserver le nom de végétation adénoïde à l'hypertrophie lymphoïde simple, et ajouter qu'il peut exister dans le cavum certaines productions végétantes, tuberculeuses, syphilitiques et peut-être épithéliomateuses, dont le diagnostic différentiel est souvent obscur.

Parmi ces productions végétantes, quelle est la fréquence des lésions tuberculeuses ? D'après Lermoyez, cette tuberculose végétante est possible, mais rare. M. Broca est de cet avis ; une seule fois, il a vu évoluer une angine tuberculeuse après l'ablation de végétations. Après avoir observé ce fait, il a envoyé à M. Pilliet les pièces de 100 malades ; pas une seule fois le microscope n'a révélé la tuberculose.

Cette rareté concorde mal avec la fréquence des résultats positifs que l'inoculation au cobaye a fournis à M. Dieulafoy. Mais des bacilles semés à la surface d'une muqueuse saine peuvent fort bien donner ces résultats, ainsi que M. Straus l'a montré pour la muqueuse pituitaire. La muqueuse est alors infectée, dangereuse, mais elle n'est pas tuberculeuse ; et même, sans le devenir, elle peut se laisser traverser, d'où une infection ganglionnaire sans lésion spécifique de la porte d'entrée, comme on l'a prouvé expérimentalement.

Pour les végétations adénoïdes vraies, la récidive doit s'expliquer, par le développement de fragments non enlevés. La preuve en est qu'elle a lieu surtout, en bas et à gauche, là où le coup de curette est le plus difficille à donner ; il l'a observée assez souvent au début de sa pratique, et aujourd'hui elle est exceptionnelle sur les opérés de M. Broca.

M. Jonnesco (de Bucharest) lit ensuite la relation d'un cas de **rhinoplastie totale** par la méthode italienne modifiée. Il a eu un plein succès, et M. Moure (de Bordeaux) lit un travail sur deux cas d'**ostéomes du conduit auditif**. C'est à l'ablation de la tumeur plutôt qu'au nivellement du conduit qu'il faut avoir recours à cause de la dureté de l'ostéome qui défie tout instrument.

***

Les **organes génitaux** de la femme ont fait l'objet des communications de la dernière séance.

M. Bouilly a fait une intéressante communication **sur les indications et la valeur de l'incision vaginale**. Il l'étudie successivement dans l'ablation : 1° des kystes de l'ovaire ; 2° des fibrômes de l'utérus ; 3° dans l'extirpation des annexes ; 4° dans la cure des hématocèles péri-utérines. La voie vaginale pour l'ablation des kystes doit être une voie d'exception ; elle est recommandable seulement dans les cas où le kyste est petit, situé en arrière et sur les côtés de l'utérus. Dans tout autre cas, il faut préférer les opérations par l'abdomen. Il a pratiqué l'opération par le vagin trois fois avec succès.

L'extirpation des fibrômes par la voie vaginale, avec conservation de l'utérus, est indiquée lorsque le fibrôme est petit, situé à la face inférieure de l'utérus. Elle est indiquée encore dans les fibrômes cavitaires insérés dans le fond de l'utérus ; dans ce cas, on effondre le cul-de-sac antérieur du vagin, on incise l'utérus, on extirpe le fibrôme et on suture l'utérus. Ces opérations par le vagin sont moins dangereuses que l'hystérectomie vaginale et on conserve de plus l'utérus.

Pour les extirpations des annexes d'un côté, l'incision vaginale donne d'excellents résultats ; c'est souvent une incision exploratrice, car, si on trouve les annexes malades des deux côtés, on fait l'extirpation bilatérale avec l'hystérectomie. Il a fait six fois l'extirpation bilatérale par le vagin.

L'incision vaginale, dans les collections sanguines péri-utérines, devient l'opération de choix.

Ces collections, en effet, peuvent infecter le péritoine ; par le vagin, cette infection a le moins de chance de se faire.

On fait l'incision, on retire les caillots, on lave la poche, quelquefois même on peut curetter doucement ; on met un gros tube, on fait l'antisepsie du vagin. La guérison s'obtient en quinze ou vingt jours.

M. Reynier n'est pas de ce dernier avis, et il préfère l'incision abdominale dans les **hématocèles rétro-utérines** non suppurées. Il sait certainement des cas heureux par la voie vaginale, mais il en a vu de funestes. Par la laparotomie, il est intervenu 12 fois, 3 fois pour des grossesses extra-utérines, 9 fois pour des salpingites hémorragiques, dont 4 étaient des grossesses tubaires.

M. Picqué prend la parole sur le même sujet ; il est convaincu que dans l'hématocèle extra-utérine, il s'agit toujours d'un hématosalpinx, et il pense qu'il est nécessaire de distinguer dans les grossesses extra-utérines celles qui continuent leur cours qu'il faut traiter par la laparotomie, et celles arrêtées dans leur évolution, qu'il opère aujourd'hui par la voie vaginale.

C'est encore sur un cas d'**hématocèle**, mais **sous-péritonéo-pelvienne**, que M. Lejars fait une communication. C'est, du reste, une observation des plus rares. La tumeur faisait saillie au niveau de la fosse ischio-rectale droite ; il l'incisa, décortiqua la poche et guérit sa malade, qui ne garda qu'une fistule stercorale opérée plus tard avec succès.

Enfin, pour épuiser cet intéressant sujet, M. De-

MOULIN relate un cas de **grossesse tubaire, terminée par rupture et guérie par l'intervention.** M. Demoulin, pour parer à une hémorragie intra-péritonéale très grave, pratiqua la laparotomie huit heures après le début des accidents et put refermer le ventre sans drainer.

Les cas de **tuberculose génitale chez la femme** sont rares ; M. PICQUÉ en relate une très intéressante observation. Il a pratiqué la laparotomie chez une jeune fille de dix-neuf ans et a extirpé un double pyosalpinx tuberculeux.

M. PAMARD (d'Avignon) communique au Congrès un cas qui vient confirmer cette idée que l'**ablation des ovaires** n'est d'aucune utilité pour la guérison de l'hystérie, et M. VAUTRIN (de Nancy) entretient ses collègues de l'**extirpation des fibrômes du ligament large.**

Au point de vue du traitement, on peut distinguer les fibrômes ligamentaires en trois catégories : 1° les fibrômes pédiculés, dont le traitement est simple ; 2° les fibrômes de moyen volume, pour lesquels la méthode de choix est l'énucléation ; 3° les fibrômes énormes remplissant généralement le bassin et débordant dans la cavité abdominale, qui sont justiciables de l'hystérectomie abdominale totale.

Ce chirurgien a pratiqué cette opération, pour un volumineux fibromyome ligamentaire, chez une femme de quarante-sept ans, qui portait en outre une hernie ombilicale en partie irréductible. La malade rentrait chez elle un mois après l'intervention.

EUGÈNE ROCHARD.

DU SANG DÉFIBRINÉ

comme milieu de culture.

Communication faite à la Société de Biologie, le 16 novembre, par MM. A. GILBERT et L. FOURNIER.

Le milieu de culture que nous présentons n'est autre chose que du sang défibriné et coagulé par la chaleur. Nous avons eu pour but, en laissant dans le sérum les éléments figurés du sang, de fournir à quelques microbes certaines substances qu'ils trouvent dans l'organisme même, et que l'on peut supposer utiles à leur développement. On sait à ce point de vue quel parti Pfeiffer sut tirer de cette même hypothèse ; grâce à la goutte de sang dont il enduisait la surface de ses tubes de gélose, il réussit à cultiver le microbe de l'influenza (1).

Le procédé le plus simple pour obtenir le milieu de culture que nous avons employé, consiste à défibriner le sang, pris aseptiquement à l'homme ou à certains animaux, en l'agitant fortement dans le flacon stérilisé où il a été recueilli. A l'aide d'un matras-pipette on sépare ensuite des coagulums de fibrine, la partie liquide, puis celle-ci est répartie dans des tubes et gélatinisée par la chaleur comme le sérum ordinaire.

L'un des premiers microbes que nous ayons cultivés sur le milieu ainsi préparé, est le pneumocoque. L'aspect des cultures est absolument différent de celui que donnent les colonies transparentes et à peine visibles, que l'on obtient sur la gélose et le sérum ordinaire. Ici, au bout de dix-huit à vingt heures, on voit apparaître, au niveau de la strie d'ensemencement, une teinte verte ; rapidement ce trait vert s'élargit et change de couleur à son centre ; en effet, en trente-six ou quarante-huit heures, il a déjà une largeur de 2 millimètres environ ; il est de couleur jaune, bordé d'un fin liséré vert. La saillie qu'il forme au-dessus de la surface du milieu de culture est extrêmement légère. D'autre part, la tache jaune gagne en profondeur, et bientôt on peut voir apparaître à la face postérieure du tube, au niveau des points où le milieu forme une lame mince, des taches verdâtres qui s'élargissent en devenant jaunes à leur centre, se réunissent entre elles et finissent par reproduire le large trait de la face opposée (1).

La virulence et surtout la vitalité du pneumocoque sur le sang défibriné coagulé se conservent pendant un temps beaucoup plus long que dans les cultures sur milieux ordinaires. Nous ne pouvons actuellement insister sur ce sujet ; nous y reviendrons ultérieurement en étudiant quelques autres particularités de la culture du pneumocoque sur le sang défibriné.

(1) *Zeitschr. f. Hyg.*, 1893.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1895

La séance est encore en partie remplie par la lecture de divers rapports de prix. M. DUPLAY vient cependant présenter une observation de *suture intra-viscérale dans un cas de fistule vésico-vaginale.*

Il s'agit d'une femme de trente et un ans, chez laquelle la fistule vésico-vaginale était consécutive à une hystérectomie vaginale. Cette fistule siégeait très haut et sur une paroi si mince, qu'en voulant intervenir par le procédé

(1) Dans un travail récent (*Gaz. degli Hospitali*, n° 56, 1895), Pacinoti a étudié, à propos des modifications des crachats pneumoniques, l'action du pneumocoque sur l'hémoglobine.

Ayant fait tomber une goutte de sang à la surface d'une culture sur gélose, il la vit prendre, au bout de deux jours, une teinte rouge, jaunâtre ou chocolat, puis grisâtre. Pacinoti admit que ces changements de coloration sont dus à la réduction et à la décomposition de l'hémoglobine. L'examen spectroscopique du sang d'un lapin atteint de scepticémie pneumonique, lui fournit la preuve évidente de la réduction de l'hémoglobine.

classique, M. Duplay mit à jour l'épiploon et vit sortir un peu de l'intestin. Il se hâta de fermer la petite perforation. Le 15 juillet dernier, il se décida à intervenir par la vessie. Une cystotomie sus-pubienne lui permit d'aborder facilement la fistule; il en dédoubla les bords sur une étendue de 1 centimètre, puis fit la suture à deux étages : la partie extra-vésicale profonde fut réunie à la soie ; la partie de la muqueuse vésicale décollée, fut suturée par trois catguts fins, formant alors une sorte de crête. Enfin, réunion de la plaie vésicale hypogastrique et de la plaie abdominale. Moins d'un mois après, la malade était absolument guérie.

C'est un succès de plus à porter à l'actif de la méthode imaginée par Trendelenburg.

— M. Laborde présente ensuite, au nom de M. Frémont, de Vichy, une note relative *à l'estomac isolé expérimentalement.*

Lorsqu'on réunit l'œsophage au duodénum, les animaux continuent à s'alimenter et à bien se porter. L'estomac isolé continue à sécréter du suc gastrique très acide, doué d'un très grand pouvoir digestif. Si les pneumo-gastriques sont sectionnés au niveau du cardia, l'estomac isolé ne fournit plus qu'une sécrétion neutre, muqueuse. Les chiens à estomac isolé, chez lesquels les pneumo-gastriques ont été coupés, sont conservés pour voir si la sécrétion peptique se rétablira de nouveau. Chez quelques-uns, opérés depuis déjà trois mois, elle ne s'est pas encore reproduite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Transcrivons d'abord la communication de M. Chaput, à à propos du procès-verbal sur le traitement des anévrismes et sur celui de l'*anévrisme fémoral, traité par l'incision du sac.*

« J'ai soigné récemment un malade de cinquante-six ans qui présentait, dans la région du triangle de Scarpa, un énorme anévrisme, mesurant 15 centimètres de long sur 8 de large. Cette tumeur, qui avait commencé à apparaître en juin 1895, avait grossi très rapidement; elle augmenta notablement sous nos yeux, à tel point que, craignant de la voir se rompre, je l'opérai d'urgence le 16 septembre 1895.

« Je fis d'abord une incision dans la fosse illiaque pour aborder l'illiaque externe; je liai, puis je coupai le vaisseau entre deux ligatures.

« J'abordai ensuite l'artère fémorale au-dessous de l'anévrisme; je la coupai également entre deux ligatures.

« Je me mis alors en devoir de disséquer et d'enlever le sac. Mais il adhérait considérablement aux tissus voisins, qui étaient très durs. Après avoir isolé péniblement la face antérieure du sac, je pensai que je rendrais la dissection plus facile en incisant la poche et en procédant comme une cure radicale de hernie.

« L'incision donna lieu à un énorme jet de sang; je promenai l'index dans l'intérieur du sac, afin de tâcher de découvrir l'embouchure de la fémorale profonde, d'où provenait le sang, mais je ne réussis pas.

« Je renouvelai plusieurs fois ma tentative, chaque fois inutilement.

« Je dus me contenter de tamponner le sac à la gaze iodoformée. Je suturai la plaie cutanée, sauf au niveau du sac. Malgré un délire alcoolique qui dura quinze jours, et au cours duquel le malade se dépansa plusieurs fois, la guérison survint sans accidents. Le 5 novembre dernier, la plaie était complètement cicatrisée; l'œdème du membre avait disparu; il n'y avait ni troubles trophiques, ni troubles de la sensibilité.

« Comme MM Delbet et Quénu, je suis partisan de l'extirpation des anévrismes quand elle est possible et facile. Le procès de la ligature n'est plus à faire. M. Delbet vient de le refaire au Congrès de chirurgie, et il semble actuellement démontré que la ligature expose davantage à la gangrène, à la rupture, à la récidive de l'anévrisme ; en outre, l'adhérence du sac aux nerfs voisins provoque souvent des douleurs violentes.

« A propos de douleurs, permettez-moi de vous rappeler mon observation de l'an dernier. Il s'agissait d'un anévrisme poplité ; je liai la fémorale à l'anneau de Hunter. La tumeur diminua et durcit, mais le malade éprouvait de vives douleurs dans le mollet. Je dus faire l'extirpation secondaire ; au cours de l'opération, je blessai le nerf sciatique poplité interne, qui, aplati, lamelleux, adhérent au sac, se distinguait à peine de ses parois.

« L'extirpation, dans certains cas, est très difficile et très dangereuse. M. Heurtaux a eu de grandes difficultés; dans son cas, il n'a pas employé moins de 35 pinces hémostatiques. Un malade de Trélat est mort d'infection.

« Dans l'observation que je viens de relater, vous avez vu combien la dissection a été difficile, et comment je n'ai pu continuer l'extirpation après l'incision du sac, à cause de l'hémorragie. J'aurais pu, à la rigueur, faire l'extirpation sans inciser le sac, mais il est probable aussi qu'au cours de la dissection, la poche aurait été ouverte, auquel cas les choses se seraient terminées exactement de la même façon.

« D'une manière générale, je pense qu'on doit toujours s'efforcer de faire l'extirpation totale ; je crois que la ligature et la section de l'artère en amont et en aval simplifient l'intervention. Il vaut mieux disséquer le sac sans l'ouvrir de parti pris. Si la poche est ouverte par mégarde, et si l'hémorragie est incoercible, on pourra toujours terminer l'opération par le bourrage du sac qui suffira à faire l'hémostase.

« En résumé, l'idéal, dans le traitement des anévrismes, c'est l'extirpation ; si elle est impossible, très difficile ou dangereuse, on pourra se contenter de l'incision, après avoir lié l'artère au-dessus et au-dessous. La ligature au-dessus et au-dessous du sac, sans incision du sac, constitue encore une manœuvre plus simple. Plus simple et plus bénigne encore est la ligature simple d'Anel. Je conclurai donc en disant que l'extirpation est l'opération de choix, les autres interventions n'étant que des pis-aller imposés par la nécessité. »

M. Poirier ne partage pas l'avis de M. Chaput. Pour sa part, il a vu la gangrène du membre succéder à l'extirpation d'un anévrisme poplité, et il en connaît deux autres exemples. M. Quenu lui demande des explications sur cette opération. C'était un anévrisme pour lequel il a fallu lier le tronc tibio-péronier et, dans ce cas, la gangrène est fatale.

La chirurgie du poumon a occupé une grande partie de la séance. M. Ricard prend le premier la parole et commence par dire que les moyens médicaux sont insuffisants, tout le monde est d'accord sur ce point; mais il préfère au décollement pleural, préconisé par M. Tuffier, l'exploration directe du parenchyme. Il s'appuie sur les observations qui montrent que le doigt, en contact avec le parenchyme pulmonaire, n'a pu rien sentir; à plus forte raison si le voile de la plèvre pariétale s'interpose entre la main et le poumon. Et, du reste, il est des cas où la collection purulente est à une telle profondeur, qu'il faut ouvrir le

poumon, introduire le doigt dans la plaie pulmonaire, pour sentir l'induration de l'abcès. C'est ce qui est arrivé à M. Ricard, dans une intervention qu'il retrace, et où la collection se trouvait à côté de la plèvre médiastine.

M. Ricard pense que du reste, dans bien des cas, toutes ces suppurations du poumon ne sont que des pleurésies purulentes interlobaires, et termine en disant que, pour lui, l'exploration directe est nécessaire, qu'il faut au besoin décoller les scissures ou se frayer une voie à travers le parenchyme pour reconnaître l'abcès.

Ce n'est pas pour soutenir l'exploration indirecte avec décollement pleural que M. Bazy prend ensuite la parole. Ah, mais non! Il ne veut pas de cette méthode qui, pour lui, ne serait qu'un procédé, et il s'appuie sur le sort ultérieur de cette cavité extra-pleurale faite par le chirurgien, et qui va s'infecter et produire des accidents. Peut-on, du reste, explorer le poumon avec l'interposition du feuillet pariétal décollé? Il ne le pense pas et préfère l'exploration directe, dont il a vanté les avantages au Congrès de chirurgie. Il est du reste heureux de s'appuyer sur l'opinion de M. Ricard. Mais ce décollement est, de plus, difficile. M. Bazy a fait des expériences sur le cadavre; ce décollement est minutieux: on perce facilement la plèvre, et quand ce n'est pas le doigt, un fragment de la côte réséquée s'en charge. C'est une opération très longue; mais encore qu'on ait décollé suffisamment la plèvre, peut-on à travers celle-ci sentir une différence de consistance? Non, d'après les expériences de M. Bazy, qui n'a pu sentir à travers une épaisseur de deux centimètres de parenchyme un corps étranger introduit dans le poumon.

M. Tuffier répond qu'il n'a que deux mots à dire et soutient qu'il y a là une méthode nouvelle; que le point capital est de décoller le poumon sans faire un pneumo-thorax toujours grave pour les malades; qu'il apportera du reste, d'ici peu, de nouveaux faits prouvant la supériorité du décollement pleural.

C'est aussi l'avis de M. Quenu, qui, partisan avant tout de l'exploration directe, craint dans celle-ci le pneumo-thorax et trouve le décollement nécessaire, puisqu'il empêche l'entrée de l'air dans la plèvre. Il a ouvert des cavités pleurales et a eu à craindre des accidents graves; il a pratiqué dernièrement le décollement de la plèvre, et tout s'est passé de la façon la plus calme. Il faut donc savoir qu'il y a crainte à avoir si on pratique un grand pneumo-thorax et prendre en considération la façon dont le malade supporte l'anesthésie et la région du poumon sur laquelle on opère.

Dans le cours de la séance, M. Monprofit, d'Angers, a lu une observation de cancer du rectum opéré en conservant l'anus; le rectum ne put être descendu pour être suturé au sphincter, et on dut faire un anus sacré. Il se produit un prolapsus rectal sacré et, deux ans plus tard, M. Manprofit se servit de ce prolapsus pour rétablir le cours normal des matières en guérissant ainsi complètement son malade qui, à l'aide de son sphincter, défie toute incontinence.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 novembre 1895

Il faut rapprocher des faits communiqués dans la dernière séance par M. Hayem sur la *digestion gastrique après la gastro-entérostomie*, deux faits nouveaux rapportés par M. Mathieu : persistance du séjour des aliments dans la cavité stomacale, persistance de la digestion chlorhydropeptique voilà ce que M. Mathieu a observé, lui aussi, dans les deux cas qu'il rapporte. Le résultat de la gastro-entérostomie est de permettre l'évacuation facile du contenu gastrique. On comprend comment elle remédie à la dilatation quelquefois considérable de l'estomac par obstruction pylorique plus ou moins accentuée. Or, l'état de la motricité gastrique semble primer ici l'état du chimisme; certains malades peuvent continuer à prospérer alors que les qualités chimiques de leur suc gastrique vont en s'affaiblissant, pourvu que l'évacuation du contenu stomacal dans l'intestin se fasse convenablement. Rosenheim, à Berlin, était arrivé à des conclusions analogues.

— M. Catrin présente un malade atteint de *névrite d'origine paludique*, qu'il a montré une première fois, il y a quelques mois, à la Société. A ce moment, on émit l'hypothèse qu'il s'agissait de troubles hystériques; la marche de l'affection et les troubles trophiques considérables que présente le malade ne permettent plus aujourd'hui de nier l'existence de la névrite. Le diagnostic porté dès le début par M. Catrin était donc exact.

M. Catrin montre ensuite un *adénome du foie* provenant d'un jeune soldat de vingt et un ans qui avait de l'ascite et, de plus, une pleurésie. On avait pensé à une péritonite tuberculeuse, mais on ne trouva pas à l'autopsie trace de tuberculose dans aucun organe.

— La migration du pus à la région lombaire, dans la pleurésie purulente, est un fait assez rare. M. Galliard a récemment observé chez un phtisique âgé de quarante ans, atteint de pyopneumo-thorax droit depuis plusieurs mois, l'existence d'un vaste abcès lombaire, réductible, fluctuant, et non pulsatile, à l'inverse de ce que l'on observe du côté gauche. L'abcès fut ponctionné et évacué; immédiatement l'air pénétra dans la poche; il en sortait en sifflant lorsque le malade toussait; on pouvait produire du clapotement dans la cavité. Le malade, trop cachectique pour subir une tentative de cure radicale, succomba deux mois après. A l'autopsie, on trouva la plèvre vide, le poumon rétracté, et, faisant communiquer la plèvre avec la cavité de l'abcès lombaire, un trajet de 5 centimètres environ, partant du sinus costo-diaphragmatique en arrière et traversant les muscles pour devenir sous-cutané.

Dans la thèse de Delosse (1), on trouve huit observations de migration d'empyème à la région lombaire, mais dans aucun de ces faits il n'y avait de pneumo-thorax.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

MM. Charrin et Gley ont déjà fait plusieurs communications relatives à l'influence que peut avoir sur la descendance l'imprégnation de l'économie par des produits microbiens. A la suite de ces injections, il y a tantôt stérilité et avortement, tantôt les rejetons naissent morts ou succombent dans les premiers jours; parfois ils survivent plus ou moins vaccinés contre la bactérie, qui a sécrété les principes introduits chez le mâle ou chez la femelle; parfois encore, dépourvus de tout état réfractaire, ils se développent normalement ou bien ils offrent, dans la croissance, des retards, des lenteurs, leur taille demeure inférieure à la normale. MM. Gley et Charrin sont enfin parvenus à produire des difformités.

Des femelles ayant été fécondées par des lapins soumis à l'injection de toxines pyocyaniques, une des lapines donna naissance à cinq petits, dont trois succombèrent presque aussitôt et dont les deux autres présentèrent diffé-

(1) Thèse de Paris, 1884.

rentes malformations. Une même difformité porte, disent les auteurs, sur un des membres postérieurs de chaque animal, le droit pour le premier, le gauche pour le second. Ces membres sont beaucoup plus courts que les opposés; le raccourcissement est de 4 centimètres, le pied, l'avant-pied, font à peu près complètement défaut; à la jambe, fait suite une sorte de moignon muni d'un squelette rudimentaire, recouvert de parties molles, légèrement ulcérées.

L'imprégnation des ascendants par un virus est donc capable de causer, chez les descendants, des difformités plus ou moins marquées. Ces résultats fortifient l'opinion de ceux qui pensent que les maladies des parents, en particulier la syphilis dans l'espèce humaine, peuvent amener l'apparition, chez les enfants, de malformations variées. Ces malformations ne sont pas l'unique conséquence de ces antécédents pathologiques; la stérilité, l'avortement, la transmission du mal, parfois spécialement en matière d'affections vénériennes, l'immunité, l'onanisme, les troubles divers de la nutrition, etc., peuvent aussi figurer parmi ces conséquences.

Avec M. Nobécourt, M. Charrin a constaté que chez les rejetons issus de mères malades (Maternité de Paris), la naissance s'effectue beaucoup moins vite. L'augmentation, depuis, n'est que le cinquième ou le sixième de la normale. Chez ces nouveau-nés comme chez les animaux en expérience, on peut incriminer l'action des sécrétions microbiennes; chez les uns et chez les autres, en effet, le sang, à un moment donné, a contenu des toxines qui ont agi sur la nutrition, car les déchets de l'urine augmentent beaucoup en quantité.

— Dans des liquides provenant d'animaux atteints de fièvre aphteuse, M. Moncorvo a reconnu l'existence d'un microbe se présentant sous forme d'un petit bâtonnet, constituant parfois des chainettes, mesurant 4 à 8 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur; il n'a pas été trouvé dans le sang. Ce microbe ressemble beaucoup à celui qui a été décrit en 1883 par Lingard et Batt, dans la stomatite ulcéreuse. La maladie, dans l'épidermie étudiée par M. Moncorvo, s'est transmise à l'enfant par l'intermédiaire du lait. Une femme a succombé à la fièvre aphteuse après avoir mangé de la viande d'un porc mort de cette maladie.

— M. Marchoux a pu obtenir avec le lapin, un sérum anti-charbonneux qui n'est pas un sérum antitoxique, mais un liquide dont l'action se manifeste par une excitation toute spéciale des phagocytes, qui acquièrent le pouvoir d'englober et de détruire rapidement les bactéridies charbonneuses. Ce sérum est préventif et curatif dans une certaine mesure. M. Marchoux espère que l'on pourra utilement employer son sérum chez l'homme où le charbon ne se généralise qu'après être longtemps resté localisé au niveau de la pustule maligne.

— MM. L. Grimbert et J. Choquet ont trouvé le colibacille dans la bouche de sujets sains, 45 fois %. C'est dans la région des amygdales qu'il se rencontre le plus fréquemment. Pour éviter les confusions, facilement possibles dans l'espèce, les auteurs rappellent les caractères qui, pour eux, appartiennent au coli-bacille type: petit bacille mobile, possédant des cils vibratiles, ne se colorant pas par la méthode de Gram, donnant sur gélatine des colonies transparentes, généralement en île de glace, ne liquéfiant pas la gélatine, faisant fermenter la lactose et donnant de l'indol quand on le cultive dans une solution de peptone.

— M. Mossé a eu occasion d'étudier deux cas d'acromégalie. Chez un de ces malades, l'absence de troubles fonctionnels, de maux de tête, de troubles de la vue et des autres symptômes qui accompagnent les déformations osseuses dans la première période de la maladie, ont fait penser à M. Mossé que le trouble trophique portait son action spécialement sur le squelette, et qu'il s'agissait d'un exemple d'acromégalie associé du gigantisme; l'hypophyse ne paraissait pas très augmentée de volume.

Dans le second cas, le tableau de la maladie de Marie était au grand complet, et la mort est survenue assez vite. L'autopsie a montré essentiellement, parmi les lésions viscérales: 1° une altération très marquée de l'hypophyse et du corps thyroïde; 2° la persistance ou mieux la reviviscence du thymus

L'ensemble de ces lésions a fait penser à M. Massé qu'il était en présence d'un grand trouble trophique portant son action sur tout l'organisme, particulièrement sur les trois glandes hématopoiétiques: hypophyse, corps thyroïde et thymus, dont le rôle et les synergies fonctionnelles commencent à peine à être entrevues.

Actuellement, deux théories restent en présence pour expliquer la pathogénie de l'acromégalie: 1° M. Marie attribue cette dystrophie systématisée à l'altération de l'hypophyse insuffisante alors à neutraliser certaines substances toxiques qui, en s'accumulant dans le sang, provoquent les transformations acromégaliques; 2° la théorie nerveuse fait procéder les désordres d'une lésion encore inconnue du système nerveux. L'altération de la glande pituitaire est alors deutéropathique. Quand elle existe (ce qui semble la règle), les troubles d'auto-intoxication s'ajoutent aux troubles trophiques, d'autant plus que cette altération coïncide ordinairement avec celle du corps thyroïde. C'est la théorie qu'adopte M. Massé. Il voit dans le développement d'un volumineux thymus chez son malade qui a succombé, le résultat d'un moyen de défense de l'organisme, suppléant, par le développement de cette glande, à la suppression fonctionnelle des deux autres.

Chez le malade atteint de gigantisme, la glande pituitaire était peu ou pas altérée, le processus dystrophique portait essentiellement sur le squelette et il s'agissait d'une acro-trophonévrose, d'une déviation de la jonction trophogénique du système nerveux, non d'une vraie maladie; l'injection thyroïdienne resta sans effet sur lui, tandis qu'elle supprima certains phénomènes dus à l'auto-intoxication chez le vrai acromégalique.

Toujours les Réformes hospitalières

On ne pouvait attendre moins de bon sens du Conseil municipal de Paris. Cette assemblée, après une longue délibération, a renvoyé à sa cinquième Commission l'étude des nouveaux règlements hospitaliers, afin d'y apporter les *tempéraments reconnus nécessaires*.

M. le directeur de l'Assistance publique a dû passer un mauvais quart d'heure dans les dernières séances du Conseil, et surtout dans celle où a été voté le renvoi à la Commission. Les conseillers, éclairés par l'étude des faits, ont montré les points faibles du nouveau règlement, et ont dit de fort excellentes choses que nous allons reproduire d'après le compte rendu officiel de la séance.

Mais, tout d'abord, mettons M. Strauss, le président de la cinquième Commission, vis-à-vis de lui-même. Il y a huit jours, il s'écriait: « Le système des circonscriptions hospitalières est solide; il est inébranlable, il défie toutes les attaques ». Lundi, à la séance, on a voté; ce n'était plus cela, jugez plutôt: « La Commission s'efforcera d'apporter

au Conseil, dans le plus bref délai possible, un rapport qui permettra d'apporter, s'il y a lieu, les *correctifs* et *amendements* qu'on jugera convenable ». Quelle palinodie !

Citons maintenant quelques extraits des discours prononcés. M. Paul Brousse s'écrie avec grande raison, répondant à M. le directeur de l'Assistance publique :

« Ainsi, il parait accepté qu'un médecin pourra choisir ses malades ; j'aimerais mieux que le malade choisit son médecin. Et si le malade ne veut plus d'un médecin, sera-t-il obligé de le subir ? Le cas peut pourtant se présenter pour un malade obligé de retourner à l'hôpital où il a été opéré précédemment, et, selon lui, à tort ou à raison, mal opéré. »

M. le directeur répond : « D'après le règlement *tel qu'il existe aujourd'hui*, le malade ne peut demander d'aller dans tel ou tel service », et il se fait répondre par M. Brousse : « c'est la géographie qui s'y oppose », et plus loin par M. Arsène Lopin : « alors les conseillers municipaux seront les vrais directeurs des hôpitaux ».

M. Lerolle a aussi la parole dans l'intérêt des malades ; ne s'est-il pas écrié :

« On croirait vraiment parfois qu'il s'agit ici uniquement de faire la guerre aux médecins des hôpitaux : il faudrait aussi s'inquiéter de l'intérêt des malades.

« Or, je vous assure que bien des malades se plaignent de la façon dont ont été comprises vos circonscriptions hospitalières. »

La vérité est, comme l'ont toujours dit les médecins des hôpitaux, qui vivent à l'hôpital quoi qu'on dise, que les circonscriptions hospitalières définies comme elles le sont aujourd'hui, avec l'impossibilité pour un malheureux d'aller voir le médecin de son choix, ne peuvent être que préjudiciables à l'intérêt du Parisien pauvre !

Mais si M. le directeur de l'Assistance publique tient à faire des réformes — oh ! que la chose n'est pas difficile, — il n'a qu'à regarder son administration. Nous pouvons nous-mêmes lui en indiquer quelques-unes. Et d'abord celle-ci : on ne se doute pas que le malade d'un hôpital de la ville lumière, reste de quatre heures du matin à une heure sans la moindre potion.

Comme il n'y a pas double jeu de fioles, ou parce que la routine le veut ainsi, on a passé à quatre heures du matin à tous les chevets des malades, et on enlève toutes les potions prises ou non terminées ; et les nouvelles drogues n'arrivent que vers une heure. Par conséquent, huit heures sur vingt-quatre, la médication ne peut se poursuivre. Ne serait-il pas plus simple d'enlever les vieilles potions en apportant les nouvelles ?

***

Continuons à citer quelques exemples des bienfaits des circonscriptions hospitalières :

Dans un hôpital très actif de Paris, le 14 novembre, un malade atteint de pneumonie aiguë, avec 39°,2, est refusé par le directeur, bien que reçu par l'assistant, parce qu'il n'avait pas ses papiers.

Le 18 novembre, une malade, hémiplégique depuis quatre ans, sans accident aigu, est reçue par le directeur sans avis médical.

Conseil de surveillance. — Par suite du vote émis hier soir en comité secret par la Société médicale des hôpitaux, c'est M. Potain qui sera désigné par les médecins des hôpitaux pour les représenter au Conseil de surveillance en remplacement de M. Millard, atteint par la limite d'âge.

LES LIVRES NOUVEAUX

Œuvres de Léon Le Fort,
publiées par le Docteur Félix Lejars.

La mort subite de Le Fort, survenue comme on le sait, le 19 octobre 1893, ne lui a pas permis de réaliser le projet qu'il avait conçu de réunir les nombreux mémoires qu'il avait fait paraître dans le cours de sa laborieuse carrière et de publier l'ensemble de ses œuvres. Son gendre, M. Félix Lejars, a considéré comme un pieux devoir de s'acquitter de cette tâche, et il vient de faire paraître le premier des trois volumes que l'œuvre de Le Fort doit comporter.

Ce volume de 930 pages et d'une justification très serrée ne renferme que les mémoires relatifs à l'hygiène hospitalière, à la démographie et à l'hygiène publique. Il peut sembler étrange, au premier abord, que l'on ait donné à des travaux de cette nature la première place dans l'ensemble des œuvres d'un chirurgien et pourtant cette préférence est justifiée ; c'est en effet par ses travaux en hygiène que Le Fort s'est d'abord fait connaître.

Son étude sur les matinutes, par la richesse et la variété des documents, par le talent avec lequel ils sont mis en œuvre, est un véritable traité *ex-profuso* sur la matière. Elle a fixé l'opinion et fait époque en hygiène hospitalière.

Ses recherches sur les établissements hospitaliers des principaux Etats européens, sur leur construction, leur aménagement et leur hygiène, ont donné l'impulsion et contribué aux améliorations dont les nôtres ont été l'objet. Ses études démographiques offrent le même caractère et remontent à une époque où les questions relatives à la dépopulation de la France n'étaient pas à l'ordre du jour comme elles le sont maintenant.

Rappelons enfin que par ses publications sur les pansements et les germes contages, Le Fort fut l'un des promoteurs du grand mouvement scientifique, dont l'antisepsie chirurgicale a été le dernier terme, bien qu'il n'ait pas mis la dernière main à l'édification de cette grande méthode.

Les deux volumes qui suivront celui qui vient de paraître présenteront, nous le savons d'avance, un intérêt aussi puissant que le premier, et nous ne pouvons que féliciter M. Lejars d'avoir reconstitué dans son ensemble l'œuvre de son beau-père en réunissant ses mémoires épars jusqu'ici dans des recueils où il n'était pas toujours facile de les retrouver.

Jules Rochard.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Concours du Bureau central (médecine). — Le jury de ce concours a été définitivement constitué de la façon suivante : MM. Joffroy, Tenneson, Oulmont, Du Castel, Œttinger, Bourcy et Bouilly. — Voici le sujet de la composition écrite : *Des cirrhoses hypertrophiques du foie ; anatomie pathologique, pathogénie et formes cliniques.*

Nomination d'assistants suppléants de consultation (services de chirurgie). — *Charité :* M. Thiéry. — *Saint-Louis :* M. Regnauld. — *Pitié :* M. Souligoux. — *Neeker :* M. Glantenay. — *Tenon :* M. Isch-Wall. — *Cochin :* M. Wassilieff. — *Broussais :* M. Malherbe. — *Laënnec :* M. Benoit. — *Broca* et *Hospice de la Salpétrière :* M. Ehrhardt. — Provisoirement, M. le docteur Jarjavay ne sera attaché à aucun hôpital.

Concours des prix de l'Internat (médaille d'or). — Le jury est composé de MM. Brissaud, Guyot, Delpeuch, Netter, Nélaton, Constantin Paul, Humbert, Berger, Monod, Ribemond.

Mutations dans les hôpitaux. — Les mutations suivantes auront lieu à la fin de l'année dans les services de médecin des hôpitaux :

MM. Debove passe de l'hôpital Andral à Beaujon ; Troisier, de Lariboisière à Beaujon ; Tapret, de Saint-Antoine à Lariboisière ; Oulmont, de Laennec à Lariboisière ; Ballet, de Saint-Antoine à Andral ; Hirtz, de Tenon à Laennec.

M. Richardière va à Cochin ; MM. Thibierge et Œttinger à Saint-Antoine ; Lermoyez à Tenon ; Le Gendre et Roger à la Maison Dubois ; Bourcy à Hérold ; Marfan aux Ménages ; Gilles de la Tourette à Debrousse ; Béclère à Aubervilliers ; Giraudeau à Sainte-Périne.

Cette liste sera certainement modifiée ; ainsi M. Ballet est revenu sur sa décision de quitter l'hôpital Saint-Antoine pour l'hôpital Andral.

Transfert du laboratoire de Cochin à la Pitié. — M. Albert Robin avait demandé que le laboratoire de thérapeutique, annexé au service du regretté Dujardin-Beaumetz, à Cochin, fût transféré à la Pitié.

Le Conseil a fait droit à sa demande. Les instruments et le matériel du laboratoire de Cochin seront transportés dans le plus bref délai dans le service de M. Albert Robin, et la somme de 2,000 francs, qui figure depuis quatre ans au budget municipal, comme étant affectée au dit laboratoire, sera attribuée à ce même laboratoire transféré à l'hôpital de la Pitié.

Association de la Presse médicale. — *Congrès international de Talassothérapie de Tunis* (avril 1896). — Le 8 novembre a eu lieu, au restaurant Marguery, le trentième dîner de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. Cézilly, syndic. Vingt-deux membres y assistaient.

Après une communication du secrétaire général relative au Congrès international de tallassothérapie de Tunis en 1896, il a été décidé ce qui suit :

Par les soins de l'Association de la Presse médicale, un Comité est institué sous la dénomination de *Comité d'initiative et de propagande du Congrès international de Thalassothérapie, à Tunis*. Ce Comité a pour mission de mettre tout en œuvre pour assurer la participation des médecins de France à ce Congrès.

Le Bureau de ce Comité, composé de MM. Cornil, de Ranse, Cézilly et Marcel Baudoin, secrétaire, fournira tous les renseignements nécessaires aux intéressés et à toutes les personnes qui, à l'occasion de ce Congrès, désireront visiter la Tunisie, l'Algérie et les régions voisines. Toutes les communications relatives aux travaux de ce Comité doivent être adressées au secrétariat général de l'Association médicale, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cinquantenaire de la découverte de l'Anesthésie. — L'Association de la Presse médicale s'est préoccupée, sur la proposition de son secrétaire général, de la façon dont on pourrait fêter, en France, le cinquantenaire de la découverte de l'anesthésie (30 septembre 1846). — Une Commission, composée de MM. Cornil, Lucas-Championnière, a été nommée à cet effet.

Médecins des paquebots. — Voici, d'après le *Bulletin du syndicat des médecins de la Seine*, les honoraires alloués par les diverses compagnies maritimes au médecin de bord.

Aux Messageries maritimes, 175 francs par mois pour commencer, puis 200 et 300 après plusieurs années de voyage, avec un maximum de 500 au bout de cinq à six ans.

A la Compagnie générale trrnsatlantique : sur les lignes de New-York et des Antilles, 300 francs par mois ; sur celle de la Méditerranée, 150 francs le premier semestre, puis 200.

A la Compagnie Fraissinet, 200 francs pour le Levant et l'Asie-Mineure, 300 francs pour le Brésil et la Plata.

Aux Chargeurs réunis, 500 francs par traversée, allée et retour, à la Plata, qui est d'une durée moyenne de trois mois.

Les Compagnies de Marseille allouent 250 francs par mois.

Exercice illégal de la médecine. — Dans son audience du 6 septembre, le tribunal correctionnel d'Épernay a condamné à 500 francs d'amende et aux frais assez importants du procès, le nommé Coyon, ancien curé de Thibie, Festigny, Igny-le-Jard et autres lieux.

Cet ecclésiastique a été reconnu coupable d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le Dr A. Terson a commencé le jeudi 21 novembre, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques :

1° Ophtalmoscopie clinique (avec malades) : Rapport de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales ;

2° Chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves).

M. le Dr Sourdille commencera le 9 décembre, à cinq heures, des conférences pratiques :

1° Anatomie normale et pathologique de l'œil, avec pièces et technique micrographiques ;

2° Bactériologie clinique de l'œil.

Chaque cours aura une durée de six semaines : le premier aura lieu les mardi, jeudi et samedi, à cinq heures ; le second, les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure.

S'inscrire d'avance à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, a repris à sa clinique, *21, rue Guénégaud*, son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 12 novembre, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de trois heures et demie.

On s'inscrit pour les exercices pratiques les mêmes jours, de trois à cinq heures.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 48. L'UNION MÉDICALE 30 Novembre 1895.

SOMMAIRE

I. Gérard Marchant : Deux cas de phlegmon sous-lingual, avec phénomènes généraux graves et tendances à l'asphyxie.
II. Feuilleton.
III. Congrès français de Chirurgie. (*Suite et fin.*)
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine ; 2° Société de Chirurgie ; 3° Société médicale des Hôpitaux ; 4° Revue de la Société de Dermatologie.
V. Les réformes hospitalières.
VI. Échos et nouvelles.

Service du docteur Gérard MARCHANT
A l'hôpital Tenon.

DEUX CAS DE PHLEGMON SOUS-LINGUAL

AVEC PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX GRAVES ET TENDANCES A L'ASPHYXIE

Par M. Henri BLANC, interne des Hôpitaux.

Nous avons tout récemment observé et vu opérer deux malades atteints de phlegmon sous-lingual avec phénomènes généraux graves et tendances à l'axphyxie. Au cours de l'évolution clinique, certaines particularités nous ont frappé et nous ont paru intéressantes à relater. C'est l'observation de ces deux malades que nous publions ici ; nous chercherons ensuite quelle place il convient d'assigner à ces faits dans le cadre encore vaguement dessiné des phlegmons du cou.

Observation I

Antoine R..., journalier, âgé de cinquante-quatre ans, entre dans le service de notre maître, M. Gérard Marchant, à Tenon, pour des phénomènes angineux avec œdème du plancher de la bouche et forte gêne respiratoire. C'est un homme d'une constitution robuste et sans passé pathologique.

Une quinzaine de jours avant son entrée à Tenon, R... avait contracté un léger mal de gorge à la suite d'une marche sous la pluie, mais cette angine paraît avoir été peu de chose. Le malade ne peut préciser si c'était à droite ou à gauche qu'il souffrait le plus, et il a continué son travail.

Il y a huit jours, les phénomènes angineux s'accentuent : la déglutition devient douloureuse, et bientôt les liquides même ne passent plus qu'avec la plus grande difficulté. En même temps surviennent de petits frissons répétés, de la céphalalgie, de l'insomnie, un abattement profond, une aggravation très notable de l'état général : tous phénomènes qui conduisent le malade à l'hôpital. Il y arrive dans l'état suivant : deux choses frappent immédiatement dans l'habitus extérieur du malade ; d'une part son facies, de l'autre le gonflement énorme de son cou. La face est vultueuse, légèrement cyanosée ; l'œil brillant, saillant, exprimant la plus grande anxiété, les ailes du nez battant rapidement, et le sifflement que produit chaque mouvement du thorax, témoignent de la gêne respiratoire.

Aux questions qu'on lui pose, le malade, dont l'intelligence est très nette, répond immédiatement, mais avec une voix faible, fortement nasonnée, presque éteinte ; il articule avec la plus grande difficulté. Il raconte que depuis trois jours il n'a absolument rien pris par gêne de la déglutition, et que

FEUILLETON

Quelques réflexions subversives.

Deux questions d'ordre différent et d'inégale portée, mais intéressant toutes deux la profession médicale, ont été soulevées dans le courant de ce mois, l'une à la Société de Médecine légale, l'autre dans un journal politique.

La première a trait à l'interprétation de l'article 909 du Code civil, ainsi conçu : « Les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testataires qu'elle aurait faites pendant le cours de cette maladie. »

C'est à l'occasion d'un fait particulièrement délicat, survenu au début de cette année, que la Société résolut de s'occuper de la question. Me Decori, l'éminent avocat, a donné lecture, à la séance du 11 novembre dernier, du substantiel rapport qu'il a rédigé au nom de la Commission nommée à ce sujet.

Le rapport expose les variations et l'état actuel de la jurisprudence sur le point en question, et fait ressortir les différences, pour ne pas dire les contradictions que trahissent les textes de plusieurs jugements. C'est que la netteté de la rédaction de l'article 909 n'est qu'apparente. La condition par laquelle il limite l'incapacité des médecins à profiter des dispositions prises en leur faveur est en réalité difficile à bien définir. Les mots « dernière maladie » ou « maladie dont on meurt » sont moins précis qu'ils n'en ont l'air. On pourrait indéfiniment discuter sur leur véritable et logique acception, sans arriver à s'entendre. Tout dépend en effet ici du point de vue auquel on se place. « La dernière maladie existe, dit la Cour de Paris, quelque éloigné que soit le décès, dès l'instant où arrive chez le testateur un état morbide qui défie tous les efforts de la médecine et n'admet plus que des palliatifs pour la douleur et des distractions pour les préoccupations du malade ». Près de trente ans plus tard, un arrêt du tribunal civil de la Seine disait : « Par dernière maladie, on doit entendre

depuis huit jours, seuls, les liquides ont pu passer. Ses nuits sont sans sommeil à cause de ses souffrances et surtout de cet *état de dyspnée et d'anxiété* qui est allé croissant.

La bouche, entr'ouverte avec beaucoup de peine, à cause de la contracture des masséters, laisse voir une langue épaisse, augmentée de volume, enduite d'un large dépôt saburral et légèrement soulevée ; l'haleine est très fétide. L'isthme du gosier et les amygdales sont à peine rouges, sans dépôt d'aucune sorte. Par contre, si l'on soulève la pointe de la langue, on constate immédiatement que le *plancher de la bouche est empâté, fortement œdématié.* Cet œdème du plancher buccal, et nous insistons sur ce point, est *bilatéral, symétrique*, en *fer à cheval.* Toutefois le maximum des lésions paraît siéger sur la ligne médiane, dans la région du frein et en avant de lui. Les mouvements de la langue sont à peine possibles, et cette gêne, jointe à l'impossibilité d'ouvrir la bouche et à l'œdème du plancher, nous explique les difficultés de l'articulation des sons.

A la palpation on sent très nettement dans la *région sublinguale, sur la ligne médiane*, une *tuméfaction diffuse*, faisant saillie dans la bouche, et assez mal limitée sur ses parties latérales. La moindre pression en ce point provoque une très vive douleur.

Cette même sensibilité exquise, nous la retrouvons et la provoquons par la pression, dans la région sus-hyoïdienne médiane, d'un point symétrique, correspondant au foyer sublingual. Quant à la tumeur buccale, elle est le siège d'une fluctuation obscure, mais appréciable. Par la région sus-hyoïdienne on sent un empâtement diffus, une tuméfaction profonde, sans qu'il soit possible de reconnaitre si l'on a affaire à une collection enkystée.

Les ganglions angulo-maxillaires sont à peine engorgés, *mais toute la partie supérieure du cou est très fortement tuméfiée*, portant les traces de morsures de sangsues. La peau est normale, sans coloration spéciale, sans veinosités apparentes. Mais toute la région est œdématiée, élargie, rappelant un peu par son aspect et son développement anormal le cou proconsulaire des diphtéries graves. Ces derniers caractères, joints à la dyspnée et au regard anxieux du malade, donnaient à sa physionomie quelque chose de terrifiant.

Tels sont les symptômes fonctionnels et physiques en présence desquels nous nous trouvions. L'état général n'était rien moins que rassurant. La fièvre, avec frissons répétés, montait à 39°, la dysphagie et la gêne respiratoire allaient croissant, tandis qu'apparaissait une légère teinte subictérique des sclérotiques. Le malade, sans sommeil, sans cesse agité, dont la voix s'affaiblissait, redoutait une crise de dyspnée, se rendant très bien compte, disait-il, *qu'il allait étouffer* si on ne le débarrassait pas de l'obstacle qu'il sentait obstruer son larynx. Tout, en un mot, réclamait une intervention rapide, et surtout le malade, dont l'anxiété atteignait son comble.

Cette intervention fut pratiquée par M. G. Marchant, séance tenante.

L'opération fut des plus simples : Éthérisation. Incision sur la ligne médiane par la région sus-hyoïdienne. On passe à travers l'insterstice des muscles génio-hyoïdiens et des génio-glosses, et on arrive dans la loge sublingale. Là, on tombe sur une poche du volume d'une petite noix, qui donne issue à du pus épais, crémeux, fétide. L'exploration au doigt permet de constater la présence d'une poche, dont les parois sont épaissies, sorte de coque fibreuse, limitant le foyer exactement médian, sublin-

---

non pas un état de lésions organiques dont l'aggravation ou le développement ont ultérieurement entraîné une crise fatale, mais seulement cette période où l'état du malade, défiant tous les efforts de la science, est définitivement reconnu comme désespéré et où la marche incurable du mal amène nécessairement la mort *d une manière immédiate* et déterminante. »

Ces deux manières de voir, si éloignées l'une de l'autre, si opposées même, sont toutes deux très défendables par d'excellentes raisons. La preuve de ce que j'avance sera donnée, je n'en doute pas, par la discussion qui doit se poursuivre à la séance de décembre de la Société de Médecine légale. Si la discussion, au surplus, reste limitée à l'interprétation du texte de loi, elle manquera sinon d'intérêt, du moins d'ampleur. C'est l'esprit même de la loi qui devrait être le sujet de la controverse. La préoccupation qui a guidé le législateur est incontestablement d'une haute moralité ; malheureusement ceux qui l'ont formulée en un article de Code ont fait une besogne un peu comparable à celle du brave Don Quichotte rompant des lances contre des ailes de moulin.

La domination exercée par le médecin sur le moribond qu'il soigne est un leurre. Pour qu'elle pût exister, il faudrait qu'un ensemble de conditions se trouvât réalisé, qui est irréalisable en pratique. Je ne dirai pas qu'il faudrait d'abord que le médecin voulût exercer cette domination et que cette hypothèse est inadmissible. Si élevé que soit le niveau moral de notre profession, elle a, moins que toutes les autres mais comme toutes les autres, ses brebis galeuses, ses déclassés ou ses irréguliers. Pour exceptionnel qu'il soit d'en rencontrer, encore peut-on avec juste raison prévoir le mal qu'ils pourraient faire et se prémunir contre eux. Donc, s'il suffisait qu'un de ces tristes confrères voulût abuser de son influence pour que ses malades la subissent, il faudrait reconnaitre l'utilité de la loi. Cette utilité serait infiniment restreinte, ne s'expliquerait qu'à un nombre extrêmement minime de cas, elle serait réelle cependant. Mais il n'en est pas ainsi.

L'établissement de la domination du médecin sur son client exigerait, entre autres choses, l'impossibilité absolue, pour ce dernier, de recourir à d'autres soins. Et je dis impossibilité matérielle, car prévoyant l'objection tirée de la

gual, rappelant absolument la coque d'un ganglion suppuré. Tout autour, les parties molles sont œdématiées, mais on ne trouve ni foyer secondaire ni fusée purulente. Deux points de suture terminent l'opération, et un drain est laissé dans le foyer.

Les résultats furent remarquables et immédiats. L'intervention avait été faite le matin : le soir même, les phénomènes généraux avaient disparu, la fièvre tombait à 38°; le malade soulagé, souriant, respirait largement et facilement, et demandait à manger. Le troisième jour on supprimait le drain; la fièvre avait complètement disparu, et, le sixième jour, les fils enlevés, un simple pansement au collodion permettait au malade de sortir de l'hôpital guéri.

Observation II

Chez notre second malade, les tendances à l'état asphyxique et les phénomènes généraux étaient tout aussi marqués, mais certains symptômes égarèrent au début le diagnostic. D'une bonne santé antérieure, n'ayant à son actif aucune affection qui mérite d'être notée, M. X..., âgé de cinquante ans, était atteint d'une amygdalite légère du côté droit, qui avait paru céder à quelques gargarismes boriqués, quand, assez brusquement, survinrent une fièvre élevée, des frissons irréguliers et répétés, un état de prostration marqué. A ces symptômes généraux alarmants, indices révélateurs d'une complication imprévue, s'ajoutèrent bientôt de la gêne de la déglutition et des signes physiques qui trompèrent le médecin. Celui-ci, en effet, à un nouvel examen de la bouche et de la gorge, constata un peu de rougeur sur l'amygdale droite, et un œdème très marqué du plancher buccal avec soulèvement de la langue, gênée dans ses mouvements. Mais ce qui attira surtout son attention, ce fut un *gonflement très notable de la région angulo-maxillaire droite*. Cette tuméfaction était autre chose qu'une simple adénopathie. On sentait en ce point une induration œdémateuse diffuse, s'étendant à toute la région sus-hyoïdienne latérale, dont la pression était très douloureuse.

Croyant à un phlegmon sous-maxillaire infectieux, ou syndrome de Ludwig, voyant la gêne respiratoire s'accentuer et redoutant un accès d'œdème glottique, le *médecin fit une incision au centre de la tuméfaction sous-maxillaire. Ce fut une ponction blanche*. Il eut à traverser des tissus indurés, œdématiés, mais ne trouva pas de foyer. Comme la dyspnée allait croissant, comme l'état général faisait redouter une terminaison fatale, le médecin conduisit M. X... à M. Marchant. Tous les détails sur l'évolution de la maladie nous ont été donnés par le médecin; le jour de l'opération, voici dans quel état nous trouvons le malade.

Comme aspect et comme état général, c'est à peu de chose près le tableau que nous avons tracé dans notre observation I : même regard anxieux et brillant, avec un léger subictère des sclérotiques; même gêne respiratoire, avec des crises de dyspnée; même dysphagie, même impossibilité de parler distinctement. La fièvre est ardente (39°5), et la nuit a été sans sommeil avec des moments de délire.

Comme signes physiques, ce qui frappe tout d'abord, c'est *le gonflement énorme de la région sus-hyoïdienne latérale droite*, au centre de laquelle est l'incision faite par le médecin. Mais alors que la veille, du sang seul était sorti par l'orifice, actuellement on voit sourdre du pus. L'examen de la cavité buccale révèle un œdème énorme du plancher; cet œdème n'est pas seulement latéral droit, comme pourrait le faire supposer l'intégrité de la région

---

confiance qui s'attache à tel praticien et non à tel autre, je soutiens qu'un malade qui découvrirait chez son médecin une tendance à jouer un pareil rôle, non seulement perdrait toute confiance en lui, mais en aurait peur et se hâterait de se mettre en d'autres mains. Or, quel est le point de notre territoire où l'on ne puisse faire appel qu'à un seul médecin ?

A supposer que cette prétendue domination pût vraiment s'établir, pour qu'elle eût son plein effet et produisit les résultats contre lesquels la loi a voulu prendre ses précautions, il faudrait encore que le mourant fût seul avec son médecin, dans le tête à tête absolu et facile où le pénitent se trouve avec son confesseur. Cela existe-t-il ? Quiconque dispose d'un avoir qui vaille que le médecin commette semblable forfaiture, ne meurt pas dans l'isolement. Parents, amis, voire domestiques, il y a toujours là quelques bonnes âmes qui veillent sur le magot et ont d'autres chances et d'autres facilités que le médecin pour réaliser à leur profit ce dont la loi se défie de notre part. Et enfin si, dans cette ruée des appétits, c'était quelque indigne confrère qui l'emportait, les frustrés sauraient bien invoquer telle cause de nullité qui rendrait inutile la vilenie commise. Il ne serait pas besoin pour cela d'un article spécial qui ne prive pas seulement le médecin de profits qui pourraient être légitimes, mais qui va jusqu'à peser sur la liberté du mourant en lui défendant de tester suivant son désir.

Pourquoi, en effet, un homme n'aimerait-il pas à reconnaître de la sorte, les soins, le dévouement amical dont il aurait pu être l'objet, pendant de longues années parfois, de la part de son médecin; la droiture et le désintéressement de celui-ci restant d'ailleurs parfaitement insoupçonnés ?

Je concède volontiers, du reste, que l'article 909 n'a pas plus d'inconvénients dans ce sens qu'il n'a d'avantages à l'autre point de vue, à cause, je le répète, du nombre infime de cas où il est applicable.

La seconde question à laquelle je faisais allusion, a une tout autre portée. Il s'agit du secret professionnel. Ici encore, un article de loi intervient pour transformer un devoir de conscience de l'ordre le plus élevé, en une étroite et parfois inintelligente obligation légale. Je dis inintelli-

sous-maxillaire gauche; il est *symétrique, bi-latéral, en fer à cheval*, absolument comme dans l'observation I. De plus, la *pression, sur la ligne sus-hyoïdienne médiane, provoque une très vive douleur*. En résumé, chez notre second malade, nous rencontrions une symptomatologie reproduite, calquée pour ainsi dire sur le tableau esquissé plus haut. Mais deux choses pouvaient dérouter, si on les mettait au premier plan : le gonflement sus-hyoïdien latéral droit avec au centre la fistule et l'intégrité apparente de la moitié gauche du cou.

Comme on le voit, le diagnostic du médecin semblait rationnel, et il était bien tentant, pour le chirurgien, ayant une fistule au centre de la région phlegmoneuse, de se servir de ce fil conducteur pour arriver au foyer. Cependant, guidé par le souvenir de notre premier malade opéré quelques jours auparavant, s'appuyant sur ce fait que l'œdème du plancher buccal était bilatéral, et que la pression en un point nettement situé sur la ligne médiane provoquait une vive douleur, M. Marchant diagnostiqua un phlegmon sous-lingual et adopta une ligne de conduite identique à celle qu'il avait suivie pour l'autre malade.

Les plans qui séparent la peau du plancher de la bouche une fois traversés, on trouve profondément, *au niveau de la base de la langue*, une collection du volume d'une grosse noix, qui donne issue à une quantité notable de pus bien lié, horriblement fétide, avec des débris de tissu cellulaire sphacélé. On peut alors se rendre compte de la marche des accidents. Primitivement, le foyer s'était limité à la base de la langue, puis il s'était fait une fusée sur la partie latérale droite du cou; le pus avait contourné le bord postérieur de la sangle mylo-hyoïdienne et était venu se faire jour à l'angle de la mâchoire, ce qui en avait imposé pour un phlegmon sous-maxillaire.

Voilà les faits cliniques que nous avons essayé de synthétiser sous cette étiquette : Phlegmon sous-lingual avec phénomènes généraux graves et tendances à l'asphyxie. Or ces faits ne nous ont pas paru répondre exactement à l'une des variétés de phlegmons du cou adoptées par les auteurs.

Nous n'avons nullement l'intention d'esquisser ici l'histoire des phlegmons du cou. Nous rappelons simplement les grands traits, les divisions devenues à peu près classiques.

On admet deux classes de phlegmons du cou : les *phlegmons sus-hyoïdiens* et les *phlegmons sous-hyoïdiens;* et, pour l'une et l'autre, deux variétés, suivant qu'ils sont *médians* ou *latéraux*. Seuls les phlegmons sus-hyoïdiens doivent nous arrêter.

Il est un point que la plupart des auteurs qui ont traité cette question (Chassaignac, Sestier, Vidal, Gensoul, Mollière, etc.), laissent dans l'ombre, c'est le point de départ, le siège exact de la maladie; ce qui manque à leur classification, c'est une base anatomique précise.

Cependant Dumonteil-Granpré (1) essaya de distraire une variété du groupe compréhensif des phlegmons sus-hyoïdiens médians et décrivit *les abcès sous-linguaux*. Voici les caractères cliniques qui les distinguent : début brusque, douleur vive à la pression sur le plancher œdématié, gonflement sous-maxillaire, augmentation de volume de la langue, marche rapide, issue favorable le plus souvent par une ouverture, spontanée ou chirurgicale.

Depuis, de nombreux cas de cette variété ont été publiés, et, dans la discussion de juillet 1892 sur les phlegmons du cou, M. Delorme, à la Société de

(1) Dumonteil-Granpré : Thèse de Paris, 1875.

---

gente en me souvenant d'un arrêt qui fit du bruit il y a quelques années et par lequel un médecin, ami intime d'un artiste qu'il avait soigné comme un frère, fut condamné pour n'avoir pas su résister à l'entraînement de défendre sa mémoire contre des propos calomnieux que la presse colportait sur la maladie dont il était mort. Certes, l'on rendit justice à l'intention, mais on ergota sur la question bien futilement macabre, de savoir si le mort ne préférait pas le faux diagnostic au diagnostic rectificatif de son ami. et seul argument valable, il fallut punir le violateur de la *loâ*.

Cette loi, nul ne le conteste, s'appuie sur de puissantes raisons d'utilité sociale, et la rigueur même de ses exigences est un hommage rendu à notre profession, dont elle grandit le rôle. C'est ce qu'a, jadis, magnifiquement exposé et démontré un maître de la déontologie médicale. Et cependant lui-même n'a pu sortir de certaines difficultés très dures, où le jetait sa conscience aux prises avec le texte brutal, qu'en acceptant un compromis entre la conscience et le texte, en « escobardant », comme disait un vieil accoucheur dont j'ai esquissé au refois, à cette même place, la silhouette curieuse; n'est-ce pas escobarder que de renvoyer à une Compagnie d'assurances sur la vie le père prudent qui vient s'informer près de vous de la santé du fiancé de sa fille?

L'obligation du secret professionnel devient de plus en plus angoissante pour nous, dans certaines circonstances, à mesure que nous connaissons mieux les lois de l'hérédité. Les récentes expériences de Charrin et Gley ne peuvent qu'augmenter ces angoisses, et nous sommes bien près du moment où le respect de la loi, devenant incompatible avec l'accomplissement d'un devoir sacré, nous devrons peut-être souvent sacrifier la première au second.

Ce n'est pas nous seulement que troublent les redoutables conséquences du secret professionnel, trop scrupuleusement gardé dans des cas graves. Le public lui-même commence à s'en émouvoir, et l'état d'esprit où cela le jette, se traduisait naguère par l'article d'un organe de la presse politique. La réserve qui nous est imposée, le bâillon qui étouffe notre voix, inquiètent les familles. Dès qu'il s'agit d'alliances, on dresse l'oreille. On sait que ce n'est plus seulement le sort de l'épouse qui dépend des

Chirurgie, a insisté sur la place qu'il convient de leur assigner. Il a décrit longuement ces phlegmons sublinguaux avec état général grave, fièvre ardente, gêne des mouvements de la langue et de la déglutition, présence d'un bourrelet muqueux dans le sillon maxillo-lingual : tous phénomènes dus à une collection purulente siégeant sous le mylo-hyoïdien. Dans ces cas, dit-il, l'incision médiane est insuffisante, et l'incision de choix est une section sous-maxillaire, coupant la région de la glande et rapprochée en avant de la ligne médiane.

Pour les phlegmons latéraux, ce fut autre chose. Que de discussions, que de thèses contraires depuis le jour où Ludwig relata son observation de phlegmon angulo-maxillaire « érysipélateux », comme il l'appelait. Les uns, admettant la conception d'une entité morbide produite par un germe pathogène spécial et toujours le même; les autres ne voyant là qu'un syndrome relevant d'une pathogénie variable encore que mal connue. Quoi qu'il en soit, la dénomination défectueuse d'*angine de Ludwig* s'applique à un syndrome clinique nettement caractérisé et dont les côtés les plus saillants sont : la gravité des phénomènes généraux, les tendances gangréneuses et la marche rapide des accidents et la fréquence de la terminaison fatale.

A côté de cette variété prennent place ces phlegmons d'origine ostéo-périostique, rappelant les caractères des ostéomyélites graves, et sur lesquels a insisté notre maître, M. G. Marchant (1), en même temps qu'il appelait l'attention sur les phlegmons sus-hyoïdiens chroniques sous la dépendance soit d'une lésion osseuse, soit d'un épithélioma du maxillaire ou du plancher buccal.

Enfin, il y a deux ans, une troisième variété a été décrite par MM. J. Brousses et J. Brault (1). Ces deux auteurs ont observé un cas de phlegmon sus-hyoïdien dont le siège serait, selon eux, dans une loge spéciale et bien limitée, qu'ils dénomment *loge glosso-thyro-épiglottique*. Ils résument ainsi les caractères qui doivent aider au diagnostic :

1° Localisation bien spéciale de la tuméfaction et de la douleur en une région du cou, intermédiaire entre les régions sus et sous-hyoïdiennes;

2° Consistance ligneuse de la tuméfaction, due à ce que la collection est nettement et profondément limitée par des plans résistants;

3° Légère infiltration de la région glosso-épiglottique, sans que le doigt puisse percevoir un soulèvement ou une collection en voie de formation;

4° Intégrité complète du plancher buccal de la langue et du pharynx.

Et maintenant, à quelle variété de phlegmon sus-hyoïdien pouvons-nous rattacher nos deux cas? Le premier, par l'ensemble de ses signes physiques, paraît rentrer dans la catégorie des abcès sous-linguaux tels que les décrit Dumonteil-Graupré. Cependant, par l'importance des phénomènes généraux, par les ébauches de complications glottiques, il tend à revêtir une forme bien autrement sérieuse. Chez notre second malade, nous l'avons vu, la marche de la maladie a pu en imposer pour une angine de Ludwig à allures modérées; tandis que par les phénomènes glotto-épiglottiques et le siège profond du foyer au niveau de la base de la langue, ce cas se rapproche du phlegmon de la loge glotto-thyro-épiglottique de Brousses et Brault.

En résumé, entre les abcès sous-linguaux simples de Dumonteil, les phlegmons thyro-glosso-épiglottiques de Brousses et Brault et le syndrome de Lud-

(1) *Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1892, p. 518.

(1) J. Brousses et J. Brault : *Revue de chirurgie*, 1893.

---

tares organiques du conjoint, mais celui de la descendance. On ne redoute plus seulement à cet égard la syphilis, mais aussi la tuberculose, mais aussi les affections psychiques, et si l'on craint moins l'alcoolisme, qui contient toutes les autres en germe, nous, du moins, nous en savons les ravages et quels déplorables générateurs il prépare, et quelles lamentables progénitures, et quels deuils et quelles larmes peuvent être le lot de la famille où il entre subrepticement — vice ou maladie — cachés entre les feuillets d'un contrat de mariage.

Nous pouvions consentir au silence, quand on nous mettait seulement en regard des tristesses que causait notre discrétion et des désastres sociaux qu'eût amené notre franchise; quand on nous montrait ces malheureux que la peur d'être trahis éloignerait de notre cabinet, et qui deviendraient les pitoyables proies de leurs diathèses plutôt que de nous livrer, sans l'inflexible garantie de notre mutisme, le secret de leurs misères ou celui de leurs hontes. Mais le dilemme s'est corsé. Ce n'est plus l'un et l'autre partenaires d'une union qui bornent le champ de la comparaison. C'est jusqu'aux limites de leur postérité que s'étendront les suites d'une erreur ou d'une malpropreté que nous aurons laissé commettre. Me direz-vous que cette postérité sera vite éteinte, si les tares sont graves, et qu'ainsi le mal trouvera promptement son remède en lui-même? C'est la race, alors, contre qui nous péchons en la laissant déchoir et s'anéantir; et c'est le pays que nous trahissons, le cœur léger, sans remords, tranquillisés par l'excuse du texte à observer, disant : c'est la loi qui le veut et point nous; elle a tort, mais nous n'y pouvons rien — tel Pilate, il y a dix-huit siècles, se lavait les mains du sang du Juste.

Il apparaît donc, dès maintenant, qu'un grand intérêt social est en jeu dans l'exercice de cette prérogative et de cette formelle prescription qu'est, pour nous, médecins, le secret professionnel. La question se pose de savoir lequel il faut faire passer avant l'autre. Des craintes, vagues encore, naissent à ce sujet dans l'esprit des foules. Ces craintes, justifiées, ont commencé à s'exprimer, elles ont trouvé leur formule. Comme tant d'autres sujets d'hygiène, celui qui nous occupe en ce moment devient familier à tout le monde et, plus qu'aucun autre peut-être, il s'impose aux

wig, il semble qu'on puisse établir une place pour certains phlegmons profonds du plancher buccal, empruntant aux premiers une partie de leurs signes physiques, aux deux autres leur caractère de haute gravité et leur allure d'affection infectante au premier chef; justiciables d'ailleurs d'une intervention facile. Cette intervention sera aussi hâtive que possible et elle consistera, comme nous l'avons dit dans nos deux cas, à aller chercher le foyer par la ligne médiane, à travers les plans de la région sus-hyoïdienne.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

SUITE ET FIN (1).

Terminons aujourd'hui les communications du Congrès de chirurgie par l'exposé de celles qui ont trait à la chirurgie de l'utérus.

Donnons d'abord la parole à M. Richelot (de Paris) sur son procédé d'**hystérectomie abdominale totale**.

« Le procédé d'hystérectomie abdominale totale que je préconise diffère de tous les autres par quelques points essentiels, nous dit M. Richelot.

« Quand la masse utérine est sortie de la plaie abdominale, il faut du premier coup d'œil juger la situation, voir si les fibromes sont nombreux, comment ils sont placés, sous-péritonéaux, interstitiels, contenus dans le corps utérin sans empiéter sur le col, ou logés dans le segment inférieur et enclavés dans le petit bassin. Il serait déplorable de vouloir chercher à placer immédiatement des pinces sur des ligaments larges, déformés, dédoublés, disparus sous les masses fibreuses. Le moyen que je conseille pour ramener au type normal les cas atypiques et pouvoir faire ensuite ce qu'on veut, c'est d'enlever tout fibrome qui gêne. Les fibromes pédiculés réclament un coup de ciseaux; les interstitiels sont énucléés plus ou moins rapidement; les gros fibromes inclus dans le segment inférieur sont attaqués hardiment par une incision médiane de l'utérus, énucléés ou morcelés patiemment. L'utérus est vidé, devient flasque et mobile au-dessus du petit bassin; les ligaments larges reparaissent et s'étalent sous les yeux de l'opérateur, leur bord supérieur s'abaisse à volonté.

« Après cette énucléation préliminaire des fibromes, on procède à la taille du lambeau péritonéal antérieur pour séparer la vessie et la rejeter derrière le pubis, puis on ouvre le cul-de-sac antérieur. Pour guider les ciseaux, j'introduis mon index gauche dans le vagin. Quand la perforation est faite, mon doigt quitte la cavité vaginale et n'y revient plus; celle-ci, bien entendu, est lavée et aseptique; il n'y a donc, dans cette manœuvre, aucun danger d'infection, pas plus que dans l'hystérectomie vaginale.

« J'ouvre le cul-de-sac antérieur seul; je ne pratique donc pas deux boutonnières vaginales pour saisir avec une pince le pied du ligament large et lier ensuite le reste, comme le font d'autres chirurgiens. Mais, pour passer en arrière le mors postérieur de la pince longue destinée à saisir le ligament large dans toute sa hauteur, je fais, avec la pointe des ciseaux mousses, un étroit orifice à la base de ce ligament, au ras du col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale. En embrassant de la main gauche le ligament, il est facile de trouver le point et de guider les ciseaux. Cet orifice est situé au point précis où je mets la première pince dans l'hystérectomie vaginale pour saisir l'artère utérine.

(1) Voir les numéros précédents.

méditations anxieuses des intéressés. Ceux-ci ont le nombre pour eux, et leur cause est juste. Le législateur a, désormais, le devoir de se préoccuper, lui aussi, de la situation nouvelle aujourd'hui créée, à nous, par nos connaissances mieux assises, plus étendues; aux autres, par leur esprit ouvert à de plus larges horizons, à des notions plus exactes et plus précises; à tous, par le sentiment d'une responsabilité formidable, non plus seulement devant les individus et dans le présent, mais devant la race et dans l'avenir.

Il ne s'agit point, évidemment, de supprimer l'obligation du secret dans ce qu'elle a d'utile et d'avantageux. Il y a lieu seulement d'étendre les exceptions à sa règle. Cela est fort délicat et demandera à être sérieusement mais très franchement étudié. Je ne croirais pas, en ce qui me concerne, avoir rempli tout mon devoir vis-à-vis de moi-même et des autres si, consulté dans un cas où je saurais pertinemment qu'une union projetée est vouée fatalement à toutes les catastrophes, je me rendais, par mon silence, complice de la faute qui se prépare. Et, déposant pour un instant mon caractère de médecin, j'imagine que, père de famille, je me croirais en droit d'exécrer et de maudire l'homme de l'art qui m'aurait laissé vouer mon enfant au malheur. D'autant qu'au médecin qui se serait cru tenu a tant de rigoureuse distraction, je n'aurais pas demandé à lire l'étiquette du mal prohibitif du mariage, mais à savoir seulement qu'une prohibition, quelle qu'elle fût, existait. Sans doute, ceci paraîtra bien brutalement révolutionnaire. Mais la question soulevée est de celles qu'on a le devoir de regarder en face, et sur lesquelles ce serait une faiblesse que de dissimuler son sentiment, par complaisance pour des doctrines admises comme des dogmes.

Œuvre de la tuberculose. — Par suite du décès de M. le professeur Verneuil, le comité de l'Œuvre de la tuberculose a élu membres du bureau : président, M. le professeur Bouchard, de l'Institut; vice-président, M. le professeur Lannelongue; trésorier, M. G. Masson; secrétaire général, M. le Dr L. Henri Petit,

Le prochain Congrès de tuberculose, qui devait avoir lieu en juillet 1896, est reculé à l'année 1897.

Il est bien au-dessus de l'uretère, qui passe obliquement sous le pied du ligament large pour gagner la vessie rejetée vers le pubis. Rien n'est facile comme de présenter à cet orifice le mors postérieur de la pince introduite par le vagin, et de la faire glisser de bas en haut. Le ligament n'a jamais trop de hauteur pour la pince, si le segment inférieur est libre ou si l'énucléation préliminaire a été faite.

« Quand les deux ligaments sont pincés, il reste à détacher rapidement l'utérus et à sectionner en dernier lieu l'insertion postérieure du vagin. Celle-ci donne toujours du sang, et je tiens à y faire une hémostase complète.

« Pour le pansement, je n'introduis plus rien par l'abdomen. Je trouve plus commode de placer dans le vagin un écarteur antérieur, et de glisser entre cet instrument et les pinces un tampon d'ouate iodoformée qui affleure la plaie vaginale et la bouche exactement, puis un second et un troisième au-dessous du premier. Après la suture de la plaie abdominale tout est fini, et le résultat immédiat est exactement celui d'une hystérectomie vaginale. »

Plusieurs chirurgiens ont employé le procédé de M. Richelot, plus ou moins modifié, et on décrit leur pratique au Congrès.

C'est ainsi que M. Tournay (de Bruxelles) propose ces modifications pendant le premier temps: désinsertion du vagin par une incision circulaire autour du col. Deuxième temps : frayer la route au bistouri par le décollement de la vessie en avant et en arrière. Introduire les pinces par le vagin, puis sectionner les ligaments larges, placer les ligatures et détacher les attaches de la tumeur.

M. Delaunay (de Paris) a fait quatre hystérectomies abdominales totales. Les deux premières malades ont été opérées et guéries, suivant les procédés décrits dans sa communication de Lyon. Une autre de ses malades a été opérée par le procédé de M. Richelot, avec cette légère variante que les deux culs-de-sac avaient été largement ouverts. L'opération fut rapide et simple et cependant, trente-six heures après, la malade mourut avec 40° degrés de température.

Enfin M. Moulonguet (d'Amiens) commence l'opération comme s'il s'agissait d'une hystérectomie vaginale, place sur la base des ligaments larges, à une hauteur de deux ou trois centimètres au plus, une grande pince à mors longs — pince d'attente — et quitte le vagin, pour n'y plus revenir.

L'opérateur ouvre alors le ventre, attire la tumeur dont il se débarrasse de la plus grande masse par la pose d'un lien élastique et la section de la tumeur au-dessus. On voit alors et on sent la saillie formée par l'extrémité des mors des pinces rendus saillants par une pression légère, que l'aide exerce. On incise entre ces mors les culs-de-sac péritonéaux s'ils ne l'ont point été par la voie vaginale, et on pousse les pinces jusqu'à ce qu'elles embrassent toute la hauteur des ligaments larges.

Ce procédé diffère de celui de M. Richelot, parce qu'on n'a point à passer ses doigts et ses mains successivement du vagin dans le ventre et parce que la saillie faite par les mors des pinces dans la cavité abdominale facilite l'ouverture des culs-de-sac.

M. Segond, avec la virtuosité qu'on lui connait, fait une communication intitulée : **Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale**. Il ne veut envisager que ceux dont la limite supérieure atteint l'ombilic, attendu que tout le monde s'accorde actuellement à enlever les petits fibromes par le vagin. Dès que ceux-ci atteignent l'ombilic, la plupart des chirurgiens pensent qu'il faut les enlever par la voie abdominale, et il en est qui renoncent à l'hystérectomie vaginale, pour lui préférer l'hystérectomie abdominale totale, dès que la tumeur a le volume d'une tête de fœtus. Pour son compte, il considère que tout fibrome dont les limites supérieures sont simplement tangentes à l'ombilic est justiciable de l'hystérectomie vaginale. Il a groupé ensemble, dans une statistique partielle, tous les cas de fibromes qu'il a opérés dans ces conditions, atteignant l'ombilic, pesant au moins mille deux cents grammes et pour lesquels l'opération a duré une heure au minimum.

Il a réuni ainsi soixante-six cas avec sept décès, ce qui donne une mortalité de 10 %, proportion qui n'est pas trop mauvaise, attendu que, le plus souvent, les femmes atteintes de tumeurs fibreuses ne viennent demander une opération qu'après s'être lassées de tous les traitements, épuisées par leurs hémorragies et se présentant ainsi dans des conditions qui aggravent singulièrement l'intervention chirurgicale.

Sur ses sept opérations suivies de mort, trois avaient duré plus de trois heures, et les quatre autres deux heures et demie. Une de ces malades est morte d'occlusion intestinale avec un volvulus au niveau de la cicatrice vaginale ; une autre, au troisième jour d'hémorragie ; deux autres ont succombé au shock le soir même de l'opération, sans avoir pu se réchauffer : toutes deux, d'ailleurs, étaient des malades pâles, avec un gros foie et de l'albuminurie.

Les cinquante-neuf autres malades ont parfaitement guéri et se portent très bien, quoique les phénomènes congestifs consécutifs à l'hystérectomie aient paru plus fréquents à la suite des opérations pour fibromes qu'après celles qui sont faites pour les lésions des annexes ; pour combattre ces ces phénomènes congestifs, M. Segond a employé la

saignée. Dans les cinquante-neuf observations terminées par la guérison, l'opération avait duré une heure pour quarante-trois cas, une heure et demie pour six, deux heures pour deux, deux heures et demie pour quatre, et enfin, cinq heures pour les quatre derniers cas.

Tout en préférant l'hystérectomie vaginale, dans le traitement des fibromes qui ne dépassent pas l'ombilic, à toutes les méthodes abdominales, M. Segond reconnaît qu'il peut exister des cas où l'hystérectomie vaginale peut être contre-indiquée, et lorsqu'il se rend compte que l'intervention par le vagin sera trop longue, il commence par cette voie et finit par la voie abdominale.

Citons encore la communication de M. Péan, qui apporte la **statistique des opérations** qu'il a **faites sur l'utérus**.

Le nombre des fibromes qu'il a extirpés en cinq ans par la voie vaginale est de deux cent quarante-huit, dont cent deux en 1890-1891 avec cent guérisons et une mort, cinquante-six en 1892 avec cinquante-cinq guérisons et une mort, trente-cinq en 1893 avec trente-cinq guérisons, et enfin cinquante-cinq en 1894 avec cinquante-quatre guérisons et une mort seulement, ce qui fait en tout deux cent quarante-quatre guérisons et quatre morts.

Par la voie abdominale, seule ou combinée avec la voie vaginale, il a fait cent vingt opérations, dont quarante-sept en 1890-1891 avec quarante-quatre guérisons et trois morts, vingt-quatre en 1892 avec vingt-quatre guérisons, vingt-trois en 1893 avec vingt-deux guérisons et une mort, vingt-six en 1894 avec vingt-trois guérisons et trois morts, soit un total de cent treize guérisons contre sept morts.

M. Le Bec (de Paris) a aussi décrit un procédé d'**hystérectomie abdominale totale pour gros fibrome**.

***

Terminons en disant que le Conseil d'administration, dans sa séance du 6 novembre, a mis les questions suivantes à l'ordre du jour du Congrès qui doit avoir lieu à Paris en octobre 1896 :

1° *Thérapeutique chirurgicale des pieds bots :* M. Forgue, de Montpellier, rapporteur ;

2° *Traitement des prolapsus génitaux :* M. Bouilly, de Paris, rapporteur. Nous ne pouvons que féliciter le Conseil de ce dernier choix.

École de Médecine d'Alger. — M. le Dr Labbé est institué chef des travaux anatomiques et d'histologie.

— Le concours d'internat des hôpitaux d'Alger s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Gazeau et Creutz. — *Internes provisoires :* MM. Monnet, Leblanc, Nicolaï, Pamart, Bories et Marcou.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 novembre 1895

On sait les services que rendent actuellement à Paris les *Refuges* ou *Asiles des femmes enceintes*. M. Pinard vient faire l'éloge de ces établissements, et le plus bel éloge qui puisse être fait, en étudiant l'état des enfants des femmes qui y sont secourues. Presque toutes les femmes recueillies et soignées au Refuge de l'avenue du Maine viennent accoucher à la Clinique Baudelocque. On ne tarda pas à reconnaître que leurs enfants étaient remarquables par leur développement. M. Pinard a comparé ces enfants à ceux des femmes venant accoucher directement dans son service, c'est-à-dire ayant, pour la plupart, travaillé pendant toute la durée de la grossesse. Malgré certaines difficultés, la comparaison peut être faite, et elle démontre l'heureuse influence du repos et des soins que les femmes enceintes trouvent soit dans les Asiles spéciaux, soit au dortoir de la Clinique Baudelocque :

500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement, ont donné : poids d'enfants, 1,505,000 grammes ; 3,010 grammes par enfant.

500 femmes ayant séjourné au moins dix jours au refuge, ont donné : poids d'enfants, 1,645,000 grammes ; 3,290 grammes par enfant.

500 femmes ayant séjourné au dortoir de la Clinique Baudelocque, ont donné : poids d'enfants, 1,683,000 grammes ; 3,366 grammes par enfant.

Parmi ces dernières, il y a plus de multipares que parmi les femmes du Refuge :

45 primipares pour 55 multipares au dortoir de Baudelocque ;

69 primipares pour 31 multipares au Refuge.

Ceci explique la légère différence en faveur des femmes ayant séjourné à Baudelocque.

Les chiffres donnés par M. Tarnier sur le poids moyen des enfants nés à la Maternité pendant une période de seize ans, démontrent, en effet, l'influence de la multiparité :

Poids moyen de	3,794 garçons issus de primipares.	3,164 gr.
—	3,159 filles issues —	3,101
—	4,623 garçons issus de multipares.	3,372
—	4,025 filles issues —	3,120

M. Pinard a, en outre, comparé la durée de la grossesse chez les femmes ayant été soignées et chez celles qui ne l'ont pas été, en évaluant le temps écoulé entre les dernières règles et l'accouchement.

Chez 1,000 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, ce temps a été :

De 280 jours et plus.....	482 fois.
De 270 à 280 jours.....	279 —
Au-dessous de 270 jours.....	239 —

Chez 1,000 femmes ayant séjourné au Refuge ou au dortoir, la durée de la grossesse a été :

De 280 jours et plus.....	660 fois.
De 270 à 280 jours.....	214 —
Au-dessous de 270 jours.....	126 —

Ces chiffres sont trop éloquents pour qu'il soit nécessaire d'insister sur l'utilité du repos et des soins pendant la grossesse. Ils indiquent aussi ce qu'il y a à faire si l'on

veut une population forte et vigoureuse, et montrent enfin la reconnaissance à laquelle ont droit les créateurs des Refuges pour femmes enceintes.

— L'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport sur les titres des candidats à la place laissée vacante dans la section de pathologie chirurgicale par la mort de M. Verneuil. Voici l'ordre de classement :

1re ligne,	M. Monod.	4e ligne,	M. Richelot.
2e —	M. Pozzi.	5e —	M. Peyrot.
3e —	M. Delorme.	6e —	M. Bouilly.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Il n'est pas besoin de le dire, c'est sur la *chirurgie du poumon* que reprend la discussion, et la parole est d'abord donnée à M. Quenu, qui complete la communication commencée dans la dernière séance.

Ce chirurgien revient sur l'insuffisance des moyens médicaux (auscultation et même ponctions). On va donc à l'aveugle et l'on ne sait où l'on est, même après résection des côtes. A ce moment, on a à sa disposition l'exploration directe, après ouverture de la plèvre, comme le veulent M. Bazy et M. Ricard. M. Quenu admet cette pratique dans certains cas, mais l'ouverture de la plèvre peut être dangereuse chez certains malades qui asphyxient dès que se produit le pneumo-thorax.

L'exploration indirecte, faite à travers le décollement de la plèvre, est le second moyen. M. Quenu l'adopte, en préconisant une large résection costale. Cette résection faite, on palpera le poumon et, si on ne sent rien, M. Quenu est d'avis de décoller la plèvre. L'orateur sait bien qu'on peut objecter que les foyers profonds échappent au palper, avec décollement de la plèvre. Mais peut-on sentir ces foyers avec l'exploration directe? Pas davantage. Cela prouve seulement qu'il est des cas au-dessus de l'intervention. M. Quenu termine en disant qu'il est encore difficile de trancher la question et qu'il est nécessaire de recueillir des observations.

M. Poirier parle ensuite de la *décollabilité* de la plèvre. Elle est facile, en allant prudemment, sur une plèvre normale. Une plèvre enflammée chroniquement, au contraire, ne se décolle point. Quant à l'exploration du poumon, elle est difficile à travers la séreuse décollée, et M. Poirier cite un exemple à l'appui, dans lequel il a omis une cavité pulmonaire, en palpant le poumon, même directement.

M. Delorme ne peut s'empêcher de faire remarquer que la plèvre peut être décollée, comme le dit M. Tuffier, mais que la chose est difficile et longue, comme le soutient M. Bazy. On peut donc décoller la plèvre, il n'y a qu'à essayer de le faire et, si on ne réussit pas et qu'on l'ouvre, on fera alors l'exploration directe.

A travers la plèvre décollée, on peut se rendre compte de ce qui se passe dans le poumon, soit par la vue, soit par la palpation.

On ne s'est pas assez préoccupé, continue M. Delorme, des effets produits par le pneumo-thorax. C'est, pour lui, la congestion pulmonaire qui fait le danger et, dans ce cas, il faut pratiquer la ligature des membres et au besoin la saignée.

Dans les cas difficiles, ajoute M. Michaux, où la lésion est petite, on ne sent pas l'induration; il est donc nécessaire de faire l'exploration directe du poumon, et même de se faire une voie à travers le parenchyme pulmonaire. C'est ce qu'il a fait, ainsi que M. Ricard, et ils ont toujours trouvé le poumon très tolérant.

M. Berger rappelle une observation dans laquelle il ne put arriver sur le foyer qui, cependant, était très net à l'auscultation, ce qui prouve que cette auscultation est insuffisante. « Peut-on quelque chose davantage par *l'inspection directe?* » Non, quand il y a des adhérences; dans ce cas, le poumon n'a pas sa consistance et ne vous guide pas. Quant au décollement de la plèvre pariétale, c'est difficile et on peut la crever. M. Berger, du reste, « a tout à fait peur du pneumo-thorax » et n'est pas partisan du procédé de M. Bazy.

M. Bazy revient sur les deux points traités par M. Tuffier, et répond d'abord à la partie extra-scientifique de la question. Il s'agit de la mort du malade opéré par le chirurgien de Dubois. Nous n'avons pas à revenir sur ce sujet, traité par le *Bulletin Médical*, et du reste, comme le dit M. Bazy, il n'a pas voulu faire d'insinuation. Il s'agissait simplement de savoir si le décès avait eu lieu, et il n'aurait pas d'importance au point de vue du procédé, parce qu'on ne peut juger d'après un seul cas; aussi l'orateur affirme-t-il la réserve de M. Quenu, qui a décollé la plèvre et qui attend les suites de l'opération pour donner l'observation complète.

Quant à la partie scientifique, au décollement de la plèvre, il le trouve, lui, difficile. M. Poirier ne le trouve pas facile; M. Berger le trouve presque impossible; M. Delorme est éclectique. Il ne ressort pas de tout cela que ce soit une pratique aisée.

Enfin M. Bazy aborde, en dernier lieu, la question de la *gravité du pneumo-thorax*. Mais il faut s'entendre. Il ne l'a jamais nié et il ne faut pas lui faire dire qu'il est inoffensif de faire une large brèche à la plèvre. Sa conduite a été tout autre. Il a fait une petite ouverture, y a introduit le doigt et ensuite a entouré son doigt et la plaie pleurale, d'éponges destinées à limiter l'entrée de l'air. Du reste, dans ce cas, il y a toujours des adhérences qui empêchent le poumon de s'en aller dans l'angle costo-vertébral supérieur, et qui limite la gravité du pneumo-thorax. Encore est-il que celui-ci n'est pas si grave; on le rencontre certainement dans les plaies par armes blanches, et délibérément on va au devant de lui, quand on pratique des incisions transpleurales comme celles du kyste hydatique par exemple.

M. Quenu termine la séance en disant qu'il n'a pas rejeté l'exploration directe, qu'il s'est montré éclectique; mais il a eu un cas de pneumo-thorax grave, c'est là un fait clinique et il faut en tenir compte. Chez certains malades en effet, il y a à craindre des phénomènes asphyxiques, et c'est chez eux que le décollement de la plèvre pourra rendre des services.

Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 novembre 1895

A quel moment de son évolution la scarlatine est-elle contagieuse? On a admis, pendant longtemps, que la contagion se faisait surtout à la période de desquamation; en d'autres termes, que l'agent pathogène et transmissible se trouvait dans les squames épidermiques. Mais il est démontré aujourd'hui que, pendant l'éruption et même pendant la période pré-éruptive, la maladie est également contagieuse. M. Lemoine (Val-de-Grâce), qui a pu observer deux importantes épidémies de scarlatine dans l'armée et, en outre, un certain nombre de faits particuliers, vient défendre cette théorie : que la contagion scarlatineuse doit être plutôt attribuée aux accidents du début qu'à ceux de la convalescence.

Certes, on connait deux faits bien certains de contagion par les squames, l'un dû à Sanné, l'autre à Grasset; il y avait eu, dans ces deux cas, envoi par lettres de squames épidermiques. Mais, dans l'un, c'est la malade elle-même qui avait écrit la lettre et, sans doute, l'avait cachetée. Dans l'autre, ce sont les parents du malade qui avaient écrit et envoyé la lettre. On ne peut donc affirmer que ce sont bien les squames qui ont transmis la scarlatine; le germe morbide pouvait se trouver sur les mains des personnes qui ont écrit les lettres.

Si les squames sont contagieuses, on peut même supporter que ce n'est qu'accessoirement ; c'est-à-dire qu'elles ont, par exemple, été souillées par la salive et les sécrétions pharyngées du malade. De nombreuses raisons plaident en outre contre la contagiosité des débris épidermiques. D'adord, ces faits sont d'une rareté extrême ; les tentatives d'inoculation des squames n'ont donné aucun résultat probant ; enfin, de nombreux faits établissent l'existence de la contagion à la suite des scarlatines frustes, dans lesquelles l'angine est l'unique expression du processus infectieux.

A tous ces arguments viennent s'ajouter ceux qu'apporte aujourd'hui M. Lemoine ; ils sont aussi convaincants.

Quand la scarlatine éclate dans un régiment, les malades sont immédiatement envoyés à l'hôpital, bien avant qu'ils soient arrivés à la période de desquamation. Cependant, l'épidémie continue, atteignant en général les hommes du même groupe, de la même compagnie, de la même batterie, de la même chambre ou des chambres voisines. Dans les deux épidémies de scarlatine que M. Lemoine a observées, cette transmission d'hommes à hommes à une période précoce de l'affection, était extrêmement nette. Il en était de même dans un certain nombre de faits particuliers dont M. Lemoine donne les observations détaillées.

De là cette conclusion : le contage scarlatineux est élaboré au début de l'affection, et, très vraisemblablement, là où se trouve la porte d'entrée ordinaire, le pharynx. C'est donc là surtout qu'il faut le poursuivre et l'atteindre. Aussi, comme l'ont conseillé MM. Hutinel, Deschamps et Sevestre, doit-on continuer les irrigations buccales longtemps après la disparition de l'angine, sans négliger pour cela les bains désinfectants, puisque les squames épidermiques peuvent être souillées secondairement.

La durée de la contagiosité reste, il est vrai, inconnue, puisqu'on ignore encore le micro-organisme pathogène de la scarlatine. Mais il est à présumer que cette durée se trouvera raccourcie du fait d'une antisepsie bucco-pharyngée rigoureusement surveillée. Actuellement, on prolonge pendant six semaines l'isolement des scarlatineux. Ainsi que le fait remarquer M. Le Gendre, il y a là peut-être quelques exagérations, surtout si les irrigations de la gorge sont soigneusement pratiquées. M. Sevestre a laissé sortir, au trentième ou trente-cinquième jour de leur maladie, des scarlatineux qui n'ont contaminé aucune des personnes avec lesquelles ils ont été en contact. Quant à la contagiosité de la scarlatine à son début, MM. Le Gendre et Sevestre la regardent comme indéniable.

— On sait que dans la rougeole, l'exanthème n'affecte pas seulement la peau, mais aussi les muqueuses. M. Comby a particulièrement étudié cette année, dans son service de l'hôpital Trousseau, l'*exanthème buccal*, qui accompagne ou même précède l'éruption cutanée. Quand on examine attentivement la bouche des enfants atteints de rougeole, on constate :

1° *Un gonflement* général, mais modéré des gencives, des joues, de la langue, du palais : toute la muqueuse est turgescente;

2° *Une rougeur* violacée de toutes ces parties, avec ou sans salivation exagérée;

3° *Un exsudat*, un dépôt pultacé, opalin, blanchâtre, les recouvrant partiellement, formant souvent des festons autour des dents, et que l'on peut enlever facilement avec la pulpe du doigt sans faire saigner la muqueuse, qui est intacte.

La rougeole détermine donc un érythème buccal avec enduit crémeux, une *stomatite érythémato-pultacée* légère. Cet exanthème buccal peut précéder l'éruption cutanée qu'elle accompagne toujours, et disparaît avec elle. La réaction de la salive, examinée au papier de tournesol, a toujours été neutre. Cet exanthème ne provoque aucune gêne, aucune douleur; il indique une participation active de la muqueuse au processus éruptif; il peut servir au diagnostic dans les cas douteux (rubéole et rougeole); enfin, il est une indication de plus des irrigations buccales destinées à prévenir les véritables complications, les infections secondaires.

MM. Le Gendre et Marfan n'ont jamais constaté cet exsudat pultacé chez les rougeoleux, du moins chez ceux auxquels on faisait soigneusement des irrigations buccales. Quand on l'observe, il semble dû non à la rougeole elle-même, mais à un état de septicité de la bouche, exagéré au cours de la rougeole.

— Au cours de la séance, M. Millard a prononcé l'allocation suivante :

« Messieurs et chers collègues,

« Au moment de quitter le service actif des hôpitaux, après plus de trente-cinq ans d'exercice, j'ai à cœur de vous remercier des témoignages répétés d'estime et de sympathie que vous m'avez donnés durant cette longue période. Après m'avoir appelé à présider vos séances, en 1883, vous m'avez fait l'insigne faveur de m'élire par deux fois, en 1886 et en 1889, pour vous représenter au Conseil de surveillance.

« Dans ce poste d'honneur, et quelquefois de combat, au milieu de transformations difficiles, je me suis efforcé, comme je vous l'avais promis, de soutenir avec vigilance et avec fermeté nos intérêts et nos prérogatives. M'inspirant de vos délibérations, j'ai particulièrement secondé, parmi les réformes hospitalières, celles qui ont trait au perfectionnement de notre outillage scientifique, à l'amélioration des services, à l'installation des laboratoires et surtout à l'enseignement des élèves. Il m'a paru qu'il y avait un très grand intérêt pour tout le monde à resserrer les liens qui doivent rattacher à la Faculté le corps enseignant des hôpitaux.

« J'ai cru devoir, au contraire, combattre avec énergie les mesures qui, sous prétexte de progrès, me paraissaient de nature à entraver la liberté des malades, à établir des barrières entre eux et nous, et qui, en nous écartant des consultations externes et en nous reléguant dans nos salles comme dans des infirmeries pénitentiaires, menaçaient à la fois notre dignité et nos privilèges traditionnels.

« Il ne faut pas se le dissimuler, l'Assistance publique de Paris traverse une crise des plus sérieuses. Il semble qu'on cherche à la désorganiser, à lui ravir son antique indépendance en même temps que son patrimoine particulier. On veut la transformer en une institution purement municipale et traiter comme de simples employés les médecins et les chirurgiens, qui ont conquis leurs grades par les études les plus fortes et par les concours les plus difficiles, qui occupent dans la science et dans l'art le premier rang, qui prodiguent gratuitement, et tous les jours, leurs soins et leur dévouement aux malades, et qui ont su, de

tout temps, mériter la confiance et la reconnaissance de la population parisienne.

« A de pareilles tendances, la meilleure réponse est, assurément, le choix que vous venez de faire de mon éminent successeur, du maître incontesté qui, malgré sa haute situation scientifique et professionnelle, n'a jamais négligé les malheureux ni cessé de demeurer pour tous un modèle dans l'accomplissement de ses devoirs hospitaliers.

« Quant à moi, chers collègues, j'emporterai dans ma retraite le souvenir fidèle et reconnaissant des encouragements que vous m'avez donnés dans le cours des neuf années pendant lesquelles j'ai eu l'honneur d'être votre représentant, et qui resteront comme le couronnement de ma carrière. »

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE

M. Feulard est revenu sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel. Ces injections, couramment employées à l'étranger, ont eu quelque peine à s'acclimater en France. La plupart de ceux qui en ont parlé les ont considérées comme devant être réservées aux cas graves, comme constituant une méthode difficile à appliquer dans la pratique courante et nécessitant de multiples précautions. M. Feulard a traité par ce moyen un certain nombre de malades de la ville, et ses observations sont tout à fait favorables à cette méthode. Il s'est servi de la seringue de Straus, qu'il a un peu modifiée, surtout en garnissant l'extrémité intérieure de la tige du piston d'un bouton d'ivoire, ce qui fait qu'il n'y a plus aucune partie métallique en contact avec le mercure. Cette seringue se stérilise très facilement par l'ébullition et se nettoie sans peine. Les aiguilles sont en platine iridé, longues de 6 centimètres. La dose que M. Feulard conseille d'injecter habituellement est de 5 centigrammes; on doit mettre le calomel en suspension dans 1 centimètre cube d'huile stérilisée et préparer le mélange dans un flacon stérilisé. Les injections ont toujours été faites dans les régions fessières, à la partie supérieure de la fesse, à trois travers de doigt du pli inter-fessier. La peau est lavée au sublimé, l'aiguille portée au rouge; la seringue a été bouillie, et, tandis que son verre est encore chaud, emplie de l'injection. L'aiguille, lubréfiée avec une goutte d'huile simple stérilisée, est enfoncée d'un seul coup profondément, puis, après quelques secondes, quand on s'est assuré qu'on n'a pas piqué un petit vaisseau et qu'aucune gouttelette de sang ne sort, la seringue est emmanchée sur l'aiguille, et l'injection, tiède, poussée légèrement. L'aiguille et la seringue sont retirées d'un seul coup, la piqûre recouverte d'une rondelle d'emplâtre de Vigo ou d'emplâtre rouge; il est inutile de faire du massage.

M. Feulard n'a jamais observé d'accidents à la suite des injections ainsi pratiquées, ni stomatite, ni réaction générale. Le seul phénomène à noter, c'est malheureusement la douleur. Cette douleur, quoi qu'on fasse, paraît inévitable. Elle n'a pas lieu au moment de l'injection, car M. Feulard a traité ses malades dans son cabinet, et ils s'en sont toujours allés allègrement. Elle se montre à partir du troisième jour, dure les quatrième, cinquième et sixième jours, puis décroît et disparaît. Les malades la comparent à un coup violent ou à la souffrance produite par une chute. Aucun patient n'a été forcé d'interrompre ses occupations; le traitement a donc vraiment été un traitement ambulatoire. Les nodosités, si souvent observées, se sont montrées très rarement et ont été insignifiantes; le plus souvent, au bout de dix jours, il n'y avait plus trace de l'injection. M. Feulard a toujours mis un intervalle minimum de huit jours entre deux injections; celles-ci étant faites alternativement dans la fesse gauche et dans la fesse droite; les injections de la fesse gauche sont moins douloureuses. La durée des cures a été au maximum de six injections; le plus souvent, il suffit de quatre.

Les effets thérapeutiques ont été excellents, véritablement excellents dans certains cas, et, du reste, cette puissante efficacité est bien connue.

La discussion qui a suivi la communication de M. Feulard a été un peu confuse. Un certain nombre de membres de la Société ont insisté sur la fréquence des nodosités qui peuvent être très volumineuses, sur l'intensité parfois excessive des douleurs, sur la possibilité de stomatites graves.

M. Thibierge a préconisé l'huile grise, qui cause des douleurs beaucoup moins vives que le calomel.

— M. J. Darier a présenté un homme de trente et un ans qui, au cours d'une syphilis très bénigne, deux mois après le chancre, a éprouvé une douleur légère dans les bourses et a senti une tuméfaction des testicules. On trouve des deux côtés six ou huit nodules durs et indolents dans les épididymes, surtout à la tête et à la queue. La vaginale et la peau sont saines. Sur les testicules eux-mêmes, il y a de chaque côté une petite induration du bord supérieur; un des canaux déférents est un peu tuméfié au niveau de son insertion. Il n'y a jamais eu de blennorrhagie. En dehors de la syphilis, on ne pourrait songer qu'à la tuberculose; mais la multiplicité des nodules, tous de même volume, l'intégrité de la vaginale, l'apparition brusque des lésions qui ne datent que de quinze jours, l'absence d'antécédents, de lésions pulmonaires et surtout de lésions prostatiques, font repousser cette hypothèse. Il s'agit d'un beau cas d'*épididymite secondaire* de Dron.

M. J. Darier a montré aussi une jeune femme de vingt-trois ans, brunisseuse, qui, depuis dix-huit mois, a vu se développer sur divers points de son corps une vingtaine de petites tumeurs sous-cutanées, mobiles, du volume d'un haricot. Par exclusion, le diagnostic de cysticerques s'imposait: l'examen microscopique de deux tumeurs excisées a montré le ver vésiculeux avec un réceptacle contenant un scolex muni de crochets et de ventouses. La malade a, en outre, un tænia solium dont elle rend des anneaux depuis dix-huit mois. Il se peut qu'elle ait avalé des œufs de son tænia; il paraît plus probable que quelque proglottide aura remonté de l'intestin dans l'estomac où les embryons auront été mis en liberté. Le traitement a consisté en ponctions électrolytiques des petits kystes; le tænia a résisté jusqu'ici aux vermifuges, mais son expulsion devra être provoquée.

— MM. Hallopeau et Macrez ont fait une communication sur le traitement du chancre simple par la solution forte de tartrate ferrico-potassique.

Le tartrate ferrico-potassique, trop abandonné aujourd'hui, a, comme l'a dit Ricord, une action spécifique sur le phagédénisme de chancre simple; il doit être employé en solution très forte et d'une manière continue; la médication est douloureuse pendant les premiers jours; on atténue beaucoup cette douleur en faisant précéder chaque application d'un attouchement avec de l'alcool pur; au bout de peu de jours, l'application du tartrate ne provoque plus aucune douleur. Le phagédénisme présente les plus grandes analogies objectives avec la pourriture d'hôpital, également justiciable de la médication par le tartrate; il y a lieu de rechercher si, dans le phagédénisme, un agent pathogène spécial ne vient pas s'ajouter au bacille de Ducrey; la substitution d'une concrétion dense et néomembraneuse à l'exsudat pultacé et putrilagineux du

début indique, dans le phagédénisme comme dans la pourriture d'hôpital, une diminution dans le pouvoir infectant de l'agent pathogène.

— MM. Hallopeau et Jeanselme ont encore étudié un cas d'ichtyose avec hypertrophie.

Les auteurs résument dans les propositions suivantes les conclusions de ce travail : l'ichtyose peut s'accompagner d'un défaut de développement du derme, simulant la sclérodermie; il peut en résulter des troubles fonctionnels tels l'impossibilité de clore les paupières et de mouvoir normalement les doigts.

Le derme est, en pareil cas, aminci, et son élasticité est amoindrie; ces altérations cutanées coexistent avec un défaut de développement très prononcé des parties sous-jacentes, et plus particulièrement du squelette des extrémités ainsi que des cartilages auriculaires; la cause prochaine de ces altérations est, selon toute vraisemblance, un arrêt de développement du squelette et de la peau entraînant leur hypertrophie.

— Enfin, M. G. Thibierge a présenté une malade atteinte d'hydrocystomie depuis une vingtaine d'années. L'affection à laquelle Robinson a donné ce nom a souvent été confondue avec la dyshidrose. Elle est caractérisée par le développement sur la face, principalement au pourtour des yeux, de petits kystes durs, résistants, remplis d'un liquide incolore : certains de ces kystes font une saillie hémisphérique et ont une coloration bleue violacée ; d'autres sont enchâssés dans la peau et plus apparents à la palpation qu'à la vue. Cette affection, qui apparaît pour la première fois en été, persiste pendant des années, présentant des exacerbations pendant la saison chaude, à la suite de transpirations abondantes, et s'atténue pendant l'hiver. Elle s'observe le plus souvent chez des femmes ayant dépassé l'âge de trente ans, mais se rencontre aussi chez l'homme. On la voit chez les arthritiques obèses, transpirant abondamment, plus ou moins entachés de nervosisme. Anatomiquement, elle est constituée par la dilatation des conduits excréteurs des glandes sudoripares. Son traitement est celui des hyperhidroses en général, auquel on doit ajouter la destruction ignée des kystes les plus volumineux.

LES RÉFORMES HOSPITALIÈRES

Ce n'est pas sans une certaine satisfaction que nous reproduisons la lettre de M. Huchard qui, mis en scène à la séance du Conseil municipal, écrit ce qui suit dans le *Journal des Praticiens* du 23 novembre :

« On dit qu'avec une ou plusieurs de ses phrases, on peut pendre un homme. Je suis bien convaincu que le tres distingué et aimable conseiller municipal, M. P. Strauss, ne nourrit pas d'aussi noirs desseins à mon égard ; cependant, je trouve qu'il a été un peu loin en disant que « mon témoignage décisif, au retour d'une mission en Russie, n'a pas été étranger au mouvement d'opinion qui a provoqué la réforme actuelle ». C'est vraiment trop d'honneur pour moi, et je ne puis y croire.

« Je me permettrai de répondre ceci : d'abord, ce que j'ai écrit à propos des consultations hospitalières fait partie de tout un ensemble de réformes qu'il faut accepter entièrement, ou pas du tout ; c'est un « bloc » dont rien ne peut être détaché. Ensuite, en Russie, le principe des circonscriptions hospitalières n'existe pas. Enfin, dans ce même pays, les *ambulatoria* (hôpitaux de consultations) ont un fonctionnement bien différent de ce que nous voyons et de ce que nous ne verrons pas de si tôt chez nous. Ainsi, à l'hôpital d'enfants d'Oldenbourg, à Saint-Pétersbourg, il y a dans l'ambulatorium : une salle d'isolement pour les maladies épidémiques, une douzaine de chambres pour les maladies dont le diagnostic est incertain ; une salle où on nettoie, où on baigne les enfants, où on coupe leurs cheveux avant leur entrée dans l'hôpital. Il en est ainsi dans presque tous les hôpitaux.

« Quand l'administration de l'Assistance publique de Paris voudra faire assez d'économies ou sera assez riche pour offrir aux malades des ambulatoria semblables, elle pourra peut-être prendre exemple sur ce qui se passe à l'étranger. Mais, jusque-là — et ne serait-ce que pour faire ces économies — elle ne devrait certes pas empêcher les médecins des hôpitaux de continuer à faire leurs consultations. C'est là une mesure très regrettable pour les malades, très injuste pour les médecins ou chirurgiens — et ils sont nombreux — qui faisaient complètement leur devoir, et nous comptons sur l'esprit de conciliation et sur la sagesse du Conseil municipal pour que cette réglementation vexatoire soit en grande partie rapportée. Du reste, en Russie, il y a bien des médecins consultants des hôpitaux, mais les médecins en titre ont le droit de *diriger* ces consultations. Si donc, comme le dit M. P. Strauss, mon « témoignage n'a pas été étranger au mouvement d'opinion qui a provoqué la réforme actuelle » (ce dont je me permets, encore une fois, de douter), je désire que ce témoignage soit connu dans son entier, et qu'on sache bien que je ne me sépare pas de mes collègues des hôpitaux dans la revendication, non pas de nos prérogatives, mais de nos droits. »

La cinquième Commission continue ses travaux. MM Potain, Terrier, Lucas Championnière et Monod ont eu une conférence avec les membres de cette Commission, et il y a tout lieu de croire que l'entente se fera.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Institut de France. — M. le professeur Lannelongue a été élu membre de l'Académie des Sciences, dans la section de médecine, par 36 voix, contre 22 à M. le professeur Ollier (de Lyon), et une à M. Just-Lucas-Championnière.

M. le professeur Lannelongue remplace, dans la section, M. le professeur Verneuil.

Faculté de Lyon. — Le concours du prosectorat de Faculté de Lyon s'est terminé par les nominations de MM. Bérard, Bert et Thévenot.

École de Médecine de Marseille. — M. le Dr Cousin est institué chef des travaux anotomiques.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et les Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 49. L'UNION MÉDICALE 7 Décembre 1895.

SOMMAIRE

I. Hôpital de la Pitié (service de M. H. Richardière) : Cirrhose pigmentaire avec mélanodermie. Diabète bronzé?
II. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
III. Revue de la Presse : Médecine.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Société de Chirurgie; 3° Société médicale des Hôpitaux; 4° Revue de la Société de Thérapeutique.
V. Les livres nouveaux.
VI. Échos et nouvelles.

HÔPITAL HÉROLD

Service de M. RICHARDIÈRE.

Cirrhose pigmentaire avec mélanodermie. Diabète bronzé?

Les observations de cirrhose pigmentaire avec mélanodermie sont encore assez peu nombreuses pour qu'il y ait intérêt à en publier tous les cas nouveaux, même quand les conditions d'observation clinique ont été insuffisantes pour étudier complètement les symptômes et le mode d'évolution de la maladie.

Depuis le mémoire de Hanot et Chauffard (1), qui a mis en évidence le type clinique si spécial de la cirrhose pigmentaire avec mélanodermie chez les diabétiques, les cas publiés ont été relativement rares. Dans une revue très complète de tous les travaux consacrés à cette question, P. Marie (2) en compte à peine une dizaine.

Dans tous les faits relatés jusqu'à ce jour, la glycosurie, ou plutôt le diabète, a été la cause appréciable de la cirrhose hépatique, d'où le nom de diabète bronzé donné au syndrôme de la cirrhose pigmentaire avec mélanodermie. Dans l'observation que je rapporte, le diabète n'a pu être mis en évidence; il semblerait donc, *a priori*, qu'elle ne doive pas être rangée avec les faits publiés par Hanot et Chauffard, Brault et Galliard, Letulle, Hanot et Schachmann, Lucas-Championnière, Barth, P. Marie, etc., etc. A mon avis, elle n'en diffère qu'en raison de la période de la maladie où le malade a été observé, et avec les réserves qu'expliquent les conditions dans lesquelles l'observation a été recueillie, je crois possible de démontrer qu'elle est un nouveau fait à ajouter à l'histoire du diabète bronzé.

Pr..., ajusteur, quarante-quatre ans, entré à l'hôpital Hérold le 26 fevrier 1895. — Pr... est amené à l'hôpital dans un état de torpeur intellectuelle, qui confine à l'état comateux. L'interrogatoire du malade est fort difficile et ne fournit que des renseignements incomplets, incertains sur beaucoup de points. La parole est, d'ailleurs fort embarrassée. Pr. . cherche ses mots; souvent, il ne les trouve pas et cesse de répondre aux questions posées.

Voici ce que son interrogatoire et les renseignements recueillis auprès de ses parents ont appris sur l'histoire du malade.

Pr... n'aurait jamais été malade antérieurement. A aucun moment de sa vie il n'aurait été obligé de garder la chambre plusieurs jours de suite; il n'aurait pas eu de fièvre intermittente et n'aurait pas habité de pays à malaria. Pas de renseignements sur la possibilité d'une infection syphilitique.

Le seul renseignement certain que nous ayons recueilli sur Pr..., c'est qu'il est un alcoolique invétéré, faisant de grands abus de vin et d'alcool.

La maladie a débuté il y a trois mois environ par de la toux. Pr..., croyant à une bronchite sans importance, ne s'est pas préoccupé de cette toux persistante. Ce n'est que depuis une quinzaine de jours que Pr... se sent vraiment malade. Ses forces ont diminué presque brusquement. En peu de jours, il est devenu incapable de tout travail et même de tout effort musculaire. Il a dû alors renoncer à travailler et se décider à entrer à l'hôpital.

Au moment de son entrée à Hérold, Pr... était dans un état presque comateux. Il restait étendu sur le dos, les yeux mi-clos, répondant avec difficulté. Il se plaignait de vives douleurs au niveau des reins et de l'hypochondre droit.

A l'examen du malade, la première chose qui frappe, est une coloration noirâtre de la peau, qui le fait ressembler à un mulâtre, presque à un nègre. La coloration noirâtre est uniforme, étendue à toute la surface de la peau. En certains points, cette coloration noirâtre est presque celle de l'encre. La coloration est encore plus intense à la nuque, au scrotum, à la partie inférieure des jambes et à la face dorsale des mains.

Il n'existe pas de plaques limitées de pigmentation plus foncées peu étendues, telles qu'on en voit dans la maladie d'Addison. Le caractère de cette pigmentation est d'être uniforme, avec une intensité plus marquée en quelques régions.

La muqueuse de la bouche présente également une pigmentation spéciale. Elle est grisâtre, couleur d'asphalte. Comme sur la peau, la pigmentation de la muqueuse buccale est uniforme, sans plaques de coloration plus foncée.

La muqueuse du prépuce présente le même aspect.

Les conjonctives ont une couleur grisâtre.

Interrogé sur cette coloration anormale de la peau, Pr... en fait remonter le début à une quinzaine de jours. Ses parents nous ont dit qu'en réalité elle était plus ancienne, et qu'on l'avait remarqué dans son entourage dès le commencement de janvier, c'est-à-dire deux mois avant son entrée à l'hôpital. D'abord peu marquée, elle s'est accentuée de jour en jour.

A l'examen objectif du malade, nous constatons qu'il ne présente pas d'amaigrissement appréciable. Les masses musculaires ont conservé leur volume normal. Les muscles sont fermes.

(1) Hanot et Chauffard : *Revue de médecine*, 1882.

(2) Pierre Marie : « Sur un cas de diabète bronzé, service d'autopsie ». (*Semaine médicale*, 1895.)

Deux organes paraissent seuls altérés : les poumons et le foie. Les poumons présentent des signes manifestes de tuberculose. Il existe de la matité des sommets, et de nombreux râles sous-crépitants sont perceptibles dans une assez grande étendue à la partie supérieure du thorax.

Le foie est douloureux à la palpation. Il déborde notablement les fausses côtes et remplit toute la région de l'hypogastre droit. Cet état du foie ne s'accompagne ni d'ascite ni de développement de la circulation veineuse sous-cutanée abdominale.

La température est normale. Pr... a de l'incontinence des urines et des matières. Les urines recueillies par le cathéter sont foncées; elles ne renferment ni sucre ni albumine.

L'absence de glycosurie au moment de notre examen n'est pas absolument exclusive du diabète. La glycosurie a pu exister et disparaître à la fin de la vie.

Les renseignements recueillis n'ont cependant mis en évidence aucun signe de diabète. Pr... n'avait pas maigri. Son entourage n'avait pas été frappé par son appétit insolite ou par une soif anormale. Au contraire, le malade nous a dit qu'il avait perdu l'appétit depuis déjà longtemps.

Le lendemain même de son entrée à l'hôpital, Pr... est tombé dans le coma. Il est mort le surlendemain.

Autopsie. — Thorax : pas de liquide dans les plèvres. Adhérences pleurales au niveau des deux sommets. La coloration des poumons est normale. A la coupe de ces organes, il existe de nombreuses granulations tuberculeuses en voie de ramollissement.

Le cœur est de volume et d'aspect normal. Pas de lésions orificielles.

L'aorte et les gros vaisseaux du médiastin sont sains.

Abdomen : Pas d'ascite. Les anses intestinales présentent une coloration ardoisée, répartie en larges bandelettes, dirigée dans le sens du trajet de l'intestin. Pas de coloration anormale du péritoine pariétal.

Le foie est volumineux. Son volume est double du volume normal. L'hypertrophie est uniforme et porte sur les deux lobes.

La couleur du foie est brune. Pas de granulations saillantes à la surface ni à la coupe.

La consistance du foie est dure; l'organe est résistant à la coupe.

La rate est volumineuse.

Les reins ont leur volume normal et paraissent sains.

Les capsules surrénales paraissent normales.

Le pancréas, de volume normal, est induré.

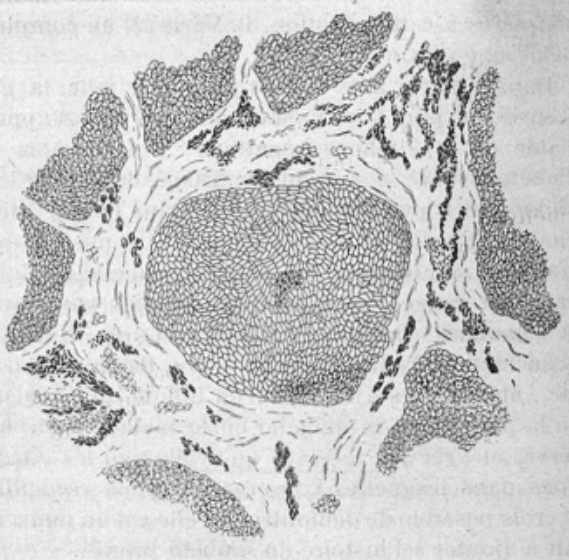
L'examen histologique a été pratiqué par M. le Dr Toupet, qui nous a remis la note suivante :

« *Examen du foie.* — Ce qui frappe, lorsqu'on examine les coupes du foie à l'aide d'un faible grossissement, c'est l'abondance du tissu scléreux dans les préparations, et la grande quantité de pigment noir que renferme ce tissu.

« Il est difficile de voir ce que sont devenus les vaisseaux des espaces portes, qui sont partout en grande partie dissociés; la veine porte est très épaissie; le canal biliaire, là où on le rencontre, offre également une paroi hypertrophiée et, partout, il est accompagné d'un grand nombre de néoformations biliaires fines, dont l'épithélium est fortement coloré, soit par la safranine, soit par le picrocarmin. Dans les territoires de cellules hépatiques, on distingue encore parfois une branche sus-hépatique qui, la plupart du temps, est reliée par une bande scléreuse large au tissu conjonctif de l'espace porte. Il y a donc là une ceinture bi-veineuse des plus nettes, à forme insulaire et annulaire.

« Nous avons dit que tout le tissu de sclérose, qui est un tissu conjonctif adulte, avec très peu de noyaux colorés, était parsemé de pigment. Celui-ci se présente sous forme d'amas allongés, situés en dehors des éléments et composés de petits grains arrondis de volume variable. Les canaux hépatiques de nouvelle formation ne renferment aucune trace de ce pigment, ni dans les épithéliums ni dans leur paroi; et, fait remarquable et presque constant, même à une certaine distance autour d'eux, le pigment manque. Les gros rameaux sclérosés de la veine porte contiennent également très peu de pigment. Chaque fois, au contraire, qu'une travée fibreuse semble dépendre d'une veine sus-hépatique et qu'elle s'enfonce sous forme de cap dans les cellules hépatiques, le pigment est non seulement plus abondant, mais les cellules hépatiques elles-mêmes qui avoisinent la travée scléreuse, contiennent des masses abondantes de ce pigment. Ce pigment est un pigment ocre, se colorant en noir par le sulfhydrate d'ammoniaque et, par conséquent, à base de fer.

« Les cellules hépatiques situées entre les travées scléreuses présentent des aspects divers. D'abord, certains îlots ont subi l'évolution nodulaire, les éléments sont plus volumineux, le protoplasme est clair, le noyau nettement coloré et l'on ne retrouve plus les caractères de la cellule hépatique normale. Quelquefois, l'évolution nodulaire n'est pas complète et il reste à la périphérie une zone en forme de croissant au niveau de laquelle on retrouve des cellules hépatiques analogues à celles que l'on voit dans les autres îlots, c'est-à-dire chargées d'une plus ou moins grande quantité de pigment. Quelques-unes des cellules, les plus chargées de pigment, n'ont plus de noyau visible; elles semblent avoir subi une sorte de mortification par envahissement de la matière pigmentaire.



« En somme, ce foie présente une ceinture bi-veineuse des plus nettes, et il est remarquable par la présence d'une grande quantité de pigment ocre, situé principalement dans les travées de sclérose et ayant envahi également les cellules hépatiques. Sur les coupes, on trouve nombre d'îlots hépatiques ayant subi l'évolution nodulaire et ne contenant pas de pigment; ces îlots, d'ailleurs, étaient déjà apparents à l'œil nu, sous forme de petits grains blanchâtres, semés au milieu du parenchyme hépatique qui avait, dans son ensemble, une coloration rouge brique, se rapprochant beaucoup de la coloration du minerai de fer.

« Nous avons examiné, en même temps que le foie, des fragments de capsules surrénales. Celles-ci paraissaient altérées; dans les fines travées conjonctives séparant les cellules glandulaires, on trouvait également du pigment analogue à celui que nous avons rencontré dans le foie, mais ce pigment n'était pas très abondant. »

Cette observation est malheureusement incomplète sur plusieurs points. Le court espace de temps pendant lequel le malade est resté à l'hôpital n'a pas permis de faire un examen clinique aussi complet que le demandait ce cas intéressant. Le malade est arrivé à l'hôpital Hérold à la fin de sa maladie; il y est mort quarante-huit heures après son entrée : aussi, nous manquons complètement de documents sur l'évolution de la maladie et sur les symptômes qui en ont marqué les premières phases. D'autre part, Pr... était dans un état comateux; son interrogatoire était fort difficile. Les réponses qu'il a faites peuvent être entachées d'erreur, et les renseignements qui ont été fournis par ses parents, étant sans contrôle, peuvent être soupçonnés d'inexactitude.

Est-il cependant possible de formuler un diagnostic et de rapporter l'ensemble des symptômes et des lésions observées à une entité pathologique connue? Le symptôme mélanodermie et les lésions de cirrhose pigmentaire du foie ont, à ce point de vue, une importance capitale. Ils éveillent immédiatement l'idée de la cirrhose pigmentaire avec mélanodermie. La mélanodermie développée dans un court espace de temps (en deux mois environ) et la cirrhose pigmentaire se présentaient avec une telle netteté que le diagnostic n'eût pas été hésitant, si l'examen des urines avait révélé l'existence de la glycose. Ce symptôme faisait toutefois défaut chez notre malade.

Devons-nous en conclure que la cirrhose pigmentaire avec mélanodermie peut exister indépendamment du diabète ? et que dans les faits signalés par Hanot et Chauffard, aussi bien que dans toutes les observations semblables (aujourd'hui, au nombre de dix ou douze) publiées depuis le mémoire de ces auteurs, la glycosurie a été un phénomène accessoire, et que le diabète n'est pas la cause première de la cirrhose pigmentaire avec mélanodermie ? Telle n'est pas notre pensée, et tout autre est l'interprétation que nous donnons au fait que nous publions. En effet, nous avons observé notre malade seulement à la période terminale de sa maladie, et plusieurs fois chez des malades atteints de cirrhose pigmentaire avec mélanodermie, qui avaient une glycosurie plus ou moins intense, on a signalé, dans les derniers jours de la maladie, la disparition totale ou presque totale du sucre. Cette disparition du sucre à la période terminale est, en particulier, notée expressément dans la très complète observation de P. Marie.

Nous croyons que les choses se sont ainsi passées chez notre malade. Si le sucre n'a pu être constaté dans les urines, c'est que Pr... a été admis à l'hôpital à une période avancée, alors que le sucre avait disparu.

Cette hypothèse est admissible, car le diabète bronzé a actuellement des caractères assez tranchés pour pouvoir être diagnostiqué, même en l'absence de la glycosurie, et notre malade présentait ces caractères d'une façon absolument nette.

Au point de vue clinique, tout d'abord :

La pigmentation cutanée était assez intense, pour donner au malade l'aspect d'un mulâtre, presque d'un nègre. La couleur de la peau était gris d'ardoise foncé. Tout le tégument externe était coloré. La coloration n'était pas conforme, et sur certaines parties du corps (nuque, scrotum, extrémités des membres), la pigmentation était plus accusée : dans ces régions, la pigmentation était presque celle de l'encre. — L'extension de la pigmentation à toute la surface du corps et la plus grande intensité de la mélanodermie dans certaines régions s'observent ordinairement dans le diabète bronzé! Par un caractère cependant, la pigmentation de notre malade différait de ce qui a été constaté dans les observations antérieures. En effet, certaines muqueuses (celles de la bouche, du prépuce, les conjonctives) étaient colorées, et on sait que dans le diabète bronzé les muqueuses ont jusqu'à présent toujours été respectées (P. Marie). Par la participation des muqueuses, la pigmentation se rapprochait de celle de la maladie d'Addison : elle en différait cependant par l'uniformité de la coloration et l'absence de plaques ou de taches pigmentaires disséminées de place en place.

La cachexie est l'aboutissement ordinaire de l'évolution du diabète bronzé. Elle n'a pas fait défaut chez notre malade. Autant qu'on peut s'en rapporter aux amnestiques, l'évolution de la maladie a été rapide.

Peu de mois après le début, le malade a succombé dans le coma, terminaison assez fréquente du diabète bronzé.

Les symptômes objectifs : hépatomégolie, splénomégolie, etc., ont été tels qu'ils sont décrits le plus souvent dans les cas antérieurs.

Il n'est pas jusqu'à la tuberculose pulmonaire qui ne soit une complication assez fréquente, signalée dans plusieurs observations.

Au point de vue de l'étiologie, aucun renseignement positif, si ce n'est l'alcoolisme ; et un renseignement négatif important (l'absence d'antécédent palustre).

L'analogie avec le diabète bronzé se complète par les lésions trouvées à l'autopsie. Le foie, volumineux,

présentait des lésions de cirrhose bi-veineuse, à forme vasculaire et annulaire. Le pigment imprégnait les travées scléreuses et les cellules hépatiques dégénérées et perdues en grande partie pour la ponction. Ce pigment était le pigment ocre, dont Gilbert a démontré l'existence dans le diabète bronzé. Une particularité intéressante consistait dans la présence du pigment en petite quantité, dans les travées conjonctives des capsules surrénales.

On voit, en résumé, que par ses caractères cliniques et anatomiques, cette observation est identique aux cas publiés de cirrhose pigmentaire dans le diabète. Seule, la glycosurie n'a pu être constatée. Mais comme le malade n'a été observé que dans les derniers jours de sa vie, il est admissible que ce symptôme avait pu disparaître. Son absence dans ces conditions ne parait pas suffisante pour éliminer le diabète, et il serait illogique, d'après un seul fait observé dans des conditions spéciales, d'admettre que la cirrhose pigmentaire avec mélanodermie peut s'observer en dehors du diabète.

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Assèchement du lac d'Enghien. — Salubrité des hôtels meublés et des logements loués en garni.

On procède en ce moment à la mise à sec du lac d'Enghien. Cette opération, qui se renouvelle tous les cinq ans, a pour but la pêche des poissons qui vivent dans le lac; on en profite pour procéder à son curage et à la réfection de ses berges. Le lac d'Enghien a une superficie d'une quarantaine d'hectares; il contient environ 430,000 mètres cubes d'eau, lorsqu'il est à son niveau normal, et est alimenté par trois petits rûs. Sa profondeur varie, suivant les points, de $0^m,60$ à $1^m,50$; elle est en moyenne de $1^m,07$.

Le fond est constitué, sur une épaisseur de plus d'un mètre, par les dépôts qu'apportent les eaux souillées qui l'alimentent et qui sont chargées de matières terreuses, de sulfate de chaux et de matières organiques. Cette vase molle, fluente et infecte est riche en sulfures et en acide sulfhydrique; toutefois, elle ne fournit pas d'émanations nuisibles, et l'expérience a prouvé qu'elle n'a pas d'inconvénients sérieux quand elle est recouverte d'une couche d'eau de 60 centimètres d'épaisseur. Il n'en est plus ainsi lorsqu'elle est mise à découvert sur de grandes surfaces, et l'opération de l'assèchement exige des précautions d'hygiène assez minutieuses. Nous avons longuement exposé, dans ce journal, celles qu'on a prises en 1892, lors du curage du grand canal de Versailles, et de l'enlèvement des 85,000 mètres cubes de vase qu'il contenait (1). Il s'agissait de prendre des dispositions analogues pour le lac d'Enghien, et le préfet de police a chargé M. Hétier, ingénieur en chef des ponts et chaussées, membre du Conseil d'Hygiène et de Salubrité de la Seine, de suivre les opérations qui allaient s'accomplir et de lui en rendre compte.

M. Hétier a lu son rapport au Conseil le 8 novembre dernier.

Les membres de la Commission à laquelle il s'était adjoint ont reconnu qu'il importait surtout de ne faire les travaux qu'en hiver et de laisser le lac à sec le moins de temps possible. Il ne s'agit pas, comme à Versailles, d'un curage à fond, c'est plutôt un régalage destiné à faire disparaître les hauts fonds formés sur certains points par les apports des rûs, en repoussant les vases excédentes dans les parties plus profondes. Toutefois, la Société a l'intention d'employer une petite quantité de ces vases à recharger les berges d'une partie des rives, ainsi que celles de l'île du Grand-Lac et de la petite île du lac de la Princesse. Ces vases, destinées à être laissées à l'air, auront besoin d'être désinfectées, et M. Hétier est d'avis qu'il y aura lieu de recourir pour cela au procédé de M. Rabot, qui a complètement réussi lors du curage du grand canal de Versailles dont nous avons parlé tout à l'heure. Ce procédé consiste à enlever les vases avec une drague aspiratrice et à y mélanger le sulfate de fer à raison de 500 grammes par mètre cube, dans le tuyau même d'aspiration; puis on les mélange, à leur sortie du tuyau, avec un lait de chaux vive, à raison d'un kilogramme par mètre cube (2). La Commission a pensé toutefois qu'il serait dangereux de traiter les vases sur place par des substances chimiques, dans un lac où on élève du poisson, et qu'il était préférable de les aseptiser au fur et à mesure de leur emploi en remblai.

Après avoir donné ces explications, M. Hétier a soumis au Conseil les conclusions suivantes, qui ont été adoptées :

« 1° La vidange du lac sera commencée le 15 novembre; la remise en eau commencera le 31 décembre et ne pourra être retardée sous aucun prétexte;

« 2° La réfection des ouvrages de décharge et de vidange sera exécutée pendant la période d'assec et terminée en temps utile, faute de quoi il serait exécuté aux frais de la Société, en amont de ces ouvrages, un batardeau empêchant toute perte d'eau;

(1) « Chronique de l'Hygiène » du 6 mars 1894. (*Union médicale*, t. LVII, p. 316.)

(2) Divernesse : « Aseptisation des terres contaminées avant leur transport et leur mise en culture. » (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, t XVI, p. 118.)

« 3° Les vases employées en remblai hors de l'eau seront déposées et régalées par couches de 0m20 d'épaisseur ; chaque couche sera immédiatement saupoudrée de sulfate de fer et de chaux vive, à raison de 100 grammes de sulfate de fer et de 200 grammes de chaux par mètre carré. »

— La préfecture de police vient de publier un mémoire du plus haut intérêt sur le Service d'inspection des hôtels meublés et des logements loués en garni (1). On sait qu'à Paris, par une anomalie dont nous ne nous chargeons pas de donner les raisons, les appartements loués à terme et non meublés dépendent de la préfecture de la Seine, tandis que les logements garnis sont sous la surveillance de la préfecture de police. La première exerce son action et son contrôle par l'intermédiaire de la *Commission des logements insalubres* ; la seconde, par le service de l'*Inspection sanitaire*, qu'elle a créé en 1878 (2), au moment où l'Exposition avait appelé à Paris un grand nombre d'étrangers et occasionné, dans les logements garnis, un dangereux encombrement. La surveillance des garnis fut d'abord confiée aux architectes de la préfecture de police ; mais leur service était tellement chargé par ailleurs qu'ils ne pouvaient pas y adjoindre une surcharge aussi considérable. Ils se bornaient à visiter les logements signalés comme insalubres à l'Administration.

On ne tarda pas à reconnaître que cette surveillance était insuffisante, qu'il fallait l'étendre à tous les logements garnis, sans exception, et que la création d'inspecteurs spéciaux était indispensable pour atteindre un résultat sérieux. Il s'agissait, pour cela, d'obtenir du Conseil municipal les crédits nécessaires pour solder ces fonctionnaires. M. Camescasse, alors préfet de police, profita, pour en faire la demande, de l'impression qu'avait faite sur l'opinion publique l'épidémie de fièvre typhoïde de 1882. Il obtint les fonds qu'il lui fallait, et c'est alors que, par une ordonnance en date du 25 octobre 1883, il créa le service d'*inspection sanitaire des logements loués en garni*.

Depuis lors, on a augmenté le nombre des inspecteurs. L'ordonnance du 25 octobre 1883 a été complétée par celle du 16 mai 1887, et l'arrêté du 17 juin 1889 a réorganisé tout le service. C'est elle qui est en vigueur aujourd'hui. Les inspecteurs sont au nombre de vingt-trois, dont quatorze titulaires et quatre suppléants pour la Ville de Paris, cinq titulaires pour les communes du ressort de la préfecture de police. Le territoire de la ville et des communes suburbaines est divisé en dix-neuf circonscriptions, à chacune desquelles est affecté un inspecteur titulaire. Ils doivent visiter, au moins une fois par an, tous les garnis existant déjà, tous ceux qui se créent et tous ceux dans lesquels il survient un cas de maladie contagieuse.

Leur attention doit se porter sur les points suivants :

1° Interdiction des pièces insalubres, en raison de leur insuffisance de cube, ou de leur défaut d'aération ; encombrement de locataires ;

2° Installation défectueuse des cabinets d'aisances ;

3° Fermeture hermétique des plombs servant à l'évacuation des eaux ménagères ;

4° Peinture des plafonds et des murs des chambres mises en location ; renouvellement des papiers de tenture ;

5° Stagnation des eaux ménagères dans les cours et courettes ;

6° Blanchiment des façades ;

7° Absence d'eau ;

8° Précautions contre l'humidité ;

9° Enduit en plâtre des cloisons en bois ;

10° Tuyaux de fumée traversant les chambres.

Le nombre des garnis existant dans le département de la Seine s'élevait, en 1894, à 13,600. Les inspecteurs du service sanitaire en ont visité, dans l'année, 9,754 (7,229 dans Paris, 2,505 dans la banlieue), se composant de 114,913 chambres (96,289 dans Paris, 18,624 dans la banlieue). Les 3,800 logements qui n'ont pas été inspectés sont des hôtels ou des appartements de luxe, dont la propreté et la salubrité n'ont pas besoin d'être contrôlées par l'Administration. Sur les 9,734 garnis visités par les inspecteurs, 6,414 remplissaient les conditions prescrites par les ordonnances de police, et 3,200 ont fait l'objet de sommations adressées aux logeurs. 3,000 de ces derniers ont exécuté les travaux ordonnés avant l'expiration des délais fixés. Les 320 autres ont été l'objet de procès-verbaux déférés au Tribunal de simple police. Dans ce nombre, 306 des logeurs se sont exécutés après jugement rendu, et le préfet de police n'a pris que 14 arrêtés de fermeture.

Il est rare que la préfecture de police rencontre de la résistance de la part des logeurs pour laisser opérer la désinfection des locaux dans lesquels des cas de maladies contagieuses ont évolué. Quand le cas se présente, elle fait évacuer le garni et ne laisse rentrer les locataires qu'après désinfection complète des chambres, du mobilier, du linge et des vêtements. Cette mesure ne s'applique, du reste, qu'aux douze maladies dont la déclaration est obligatoire, aux termes de l'arrêté du ministre de l'Intérieur en

(1) « Salubrité des hôtels meublés et des logements loués en garni. Service de l'Inspection sanitaire à Paris et dans les communes du ressort de la préfecture de police ». Publié par ordre de M. Lépine. Paris, 1895.

(2) Ordonnance du 7 mai 1878, rendue par M. Albert Gigot sur l'avis du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine.

date du 23 novembre 1893, rendu en exécution de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892.

Le service de l'inspection sanitaire fonctionne d'une façon remarquable; il a produit, depuis qu'il est organisé, des résultats importants. On ne trouve plus aujourd'hui, ni dans Paris, ni dans la banlieue. ces garnis infects, ces bouges qui servaient de foyer à toutes les maladies contagieuses et de point de départ aux épidémies. Il serait à désirer qu'on put avoir la même action et les mêmes moyens de contrôle sur les logements non meublés, mais l'action de l'inspection sanitaire, quoique bornée, a déjà notablement amélioré la salubrité de Paris. Je ne doute pas notamment qu'elle ait puissamment contribué à la diminution de la mortalité par la fièvre typhoïde, diminution que j'ai déjà plusieurs fois signalée dans ce journal, et dont je donnerai une nouvelle preuve, dans un mois, en rendant compte de l'évolution de la maladie pendant l'année 1895.

Qu'il me soit permis, en terminant la trop courte analyse de ce document hygiénique de premier ordre, de signaler le talent avec lequel il a été rédigé, ainsi que la précision et la richesse des statistiques sur lesquelles il repose. JULES ROCHARD.

REVUE DE LA PRESSE

AFFECTIONS CUTANÉES

I. **Psoriasis.** — Quelle est la nature exacte du psoriasis? Pour M. BOUFFÉ, c'est une maladie d'origine nerveuse, éosinophilique, que l'on doit placer à côté des affections arthritiques; le sang renferme toujours, en effet, une grande quantité de cellules éosinophiles; le nombre de ces dernières s'élevant de 4 à 5 % chiffre normal, à 16 et 17 %.

M. HALLOPEAU n'est pas partisan de la nature trophonévrotique du psoriasis; il ne croit pas l'augmentation du nombre des cellules éosinophiles dans le sang suffisamment prouvée pour qu'on puisse lui accorder une grande importance; les psoriasiques, enfin, ne sont pas des névropathes et ne présentent aucun trouble de l'innervation cutanée. Il est probable, pour le médecin de Saint-Louis, qu'il y a réellement des psoriasis que l'on peut rattacher à à l'arthritisme, car il est des malades qui sont en même temps des séborrhéiques, et l'on trouve tous les intermédiaires. M. Hallopeau ne considère pas comme établie la nature des artropathies qui accompagnent si souvent la lésion cutanée, et on peut penser qu'il s'agit soit de manifestations simplement concomitantes, soit de troubles trophiques réflexes, soit enfin d'altérations d'origine infectieuse.

M. TORTELLIER, dans son travail inaugural sur l'étiologie du psoriasis, fait remarquer que la théorie parasitaire a contre elle le manque d'inoculations expérimentales, la rareté des faits cliniques de contagion. Il soutiendrait plutôt la théorie nerveuse, qui s'appuie sur le début fréquent du psoriasis à la suite de chocs moraux ou au cours de maladies nerveuses, sur l'extension et la symétrie des lésions, la fréquente coïncidence des troubles nerveux sensitifs, moteurs et trophiques.

M. THIBIERGE a publié en faveur de la théorie nerveuse un fait intéressant. Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, nerveux héréditaire, atteint de sciatique récidivante ancienne du côté gauche. Le psoriasis débuta par une plaque correspondant à la distribution du nerf saphène interne du côté de la névralgie. Ultérieurement apparurent des plaques analogues correspondant aux nerfs musculo-cutanés; enfin l'éruption s'établit aux lieux d'élection. Le membre inférieur non atteint de névralgie resta absolument indemne.

D'autre part ZAFTMANN a recueilli une observation qui plaide en faveur de la contagion. Un homme de trente ans, blessé au poignet, est pansé à l'iodoforme; une éruption psoriasiforme se développe sous le pansement, et, un an plus tard, il y a du psoriasis vrai sur les jambes. Un homme de trente-cinq ans partage pendant sept semaines le lit du précédent; à la troisième semaine apparaît, à la partie antérieure du thorax, un psoriasis typique qui se généralise ensuite.

MANTEGOZZA a étudié avec soin les lésions histologiques. Il a constaté une hypertrophie de l'épiderme portant surtout sur la couche cornée, la disparition habituelle du stratum lucidum, une grande altération de la couche granuleuse, etc. Du côté du derme on trouve un grand développement du tissu élastique et une infiltration cellulaire très marquée des vaisseaux. Mantegozza admet qu'il s'agit d'un trouble de nutrition de la peau, portant surtout sur l'épiderme.

Nous avons déjà eu occasion de parler du traitement du psoriasis par l'extrait de corps thyroïde. C'est surtout BYROM BRAMWELL qui a préconisé cette pratique en se basant sur ce fait que, lorsque l'on administre l'extrait thyroïdien dans le myxœdeme, il se produit une abondante desquamation cutanée à mesure que le traitement agit. Pour lui, il faut donner le médicament à hautes doses jusqu'à production de symptômes d'intolérance (mal de tête, douleurs des membres, nausées). Les échecs sont très fréquents. M. Hallopeau a vu certains malades être améliorés, tandis que d'autres ne recueillaient aucun bénéfice du traitement; et, du reste, il convient pour lui d'être très sceptique lorsque l'on veut apprécier les effets

d'un médicament du psoriasis, car il se produit très souvent des rémissions spontanées.

II. **Du Purpura.** — Le professeur Hayem a récemment, dans une leçon intéressante, exposé l'état de nos connaissances sur l'état du sang dans le purpura hémorragique. *(Presse Méd.*, 1895, p. 233.) Pour lui, il existe une variété de purpura dans laquelle le sang présente les caractères suivants :

1° Absence de modifications anatomiques appréciables des globules rouges, sauf peut-être diminution ou absence des corpuscules d'exsudation qui proviennent de la désagragation des globules rouges lorsque l'on soumet des préparations de sang à l'action de substances dissolvantes;

2° Diminution considérable dans le nombre des hématoblastes : ceux qui restent sont souvent de grande taille;

3° Pas de modification constante des globules blancs. Dans un cas seulement, le nombre de ces éléments était augmenté, indépendamment de toute lésion phlegmasique;

4° Coagulabilité du sang normal. Le réticulum fibrineux reste invisible ou, au contraire, est formé de fibrilles d'une grosseur exagérée ;

5° Absence de transsudation de sérum coïncidant avec une faible rétractibilité du caillot.

Les deux caractères constants et pathognomoniques seraient donc la rareté des hématoblastes et l'absence de transsudation du sérum après la coagulation du sang.

Cette diminution des hématoblastes dans le purpura rend compte jusqu'à un certain point de la production des hémorragies (épistaxis, ménorragies), ces corps jouant un grand rôle dans l'arrêt de l'écoulement du sang par plaie vasculaire en adhérant les uns aux autres pour former le clou hémostatique qui bouche la déchirure.

Il est probable que, chez certains malades atteints de purpura, la diminution dans le nombre des hématoblastes est la conséquence d'une destruction de ces éléments. Il est possible que l'état du sang soit sous la dépendandance d'un vice dans l'élaboration des matériaux nutritifs ou de l'introduction dans le sang, sous l'influence d'un trouble de la digestion, de substances toxiques, capables d'entraîner une modification des hématoblastes et peut être la formation de coagulation par précipitation grumeleuse (il se forme des grumeaux d'hématoblastes dans le sang des animaux auxquels on injecte du sérum d'animal d'une autre espèce, et ces grumeaux sont l'origine de manifestations hémorragiques).

M. Hayem fait du reste remarquer qu'il existait des troubles gastriques marqués dans tous les cas de purpura qu'il a examinés.

Le traitement doit d'abord consister dans un régime approprié à l'état gastrique, puis dans l'emploi de l'arsenic.

— Le *Bulletin médical* a analysé un travail intéressant de Krusenstern, relatif à un cas de la maladie appelée péliosis rheumatica, par Schönlein. Un homme de vingt-cinq ans, vigoureux, entre à l'hôpital pour des douleurs dans le genou et le flanc gauche et une éruption siégeant au niveau des chevilles, le tout survenu simultanément quelques jours auparavant, en même temps qu'il y avait du malaise général, des épistaxis. A l'examen, on trouve un genou rouge et douloureux et des arthropathies commençant aux poignets et aux chevilles. Au niveau de ces dernières, éruptions à éléments confluents rouge sombre, ne disparaissant pas sous le doigt, taches pétéchiales de chaque côté de l'abdomen. Pas de fièvre. Les pétéchies, les jours suivants, s'effacent dans les points primitivement atteints pour reparaître dans d'autres; les coudes se prennent. Le seizième jour de la maladie, violents maux de tête, insomnie, vomissements incoërcibles, température de 40°2 ; puis hémorragies peu intenses, mais tenaces : crachats sanguinolents, hématurie, pleurésie hémorragique ; les phénomènes articulaires, les douleurs augmentent d'intensité, les taches purpuriques s'étendent, il survient de l'œdème des membres inférieurs et enfin le malade meurt.

Ce cas montre bien la différence qui existe entre la péliose et le rhumatisme aigu, suivi ou non d'érythème d'un côté, la maladie de Werlhof de l'autre.

Dans le rhumatisme aigu, plus le sujet est jeune et les arthrites multiples, plus les phénomènes généraux, fièvre, prostration, sueurs, sont graves; les complications atteignent en outre le cœur ; rien de semblable dans le cas de péliose observé. D'autre part, dans la maladie de Werlhof, à laquelle certains auteurs rattachent la péliose, les taches purpuriques sont franchement hémorragiques, foncées, bleutées, tandis que dans la seconde, l'éruption est érythémateuse, diffuse et que seule, une observation attentive montre qu'elle est constituée de pétéchies confluentes. Enfin, la symétrie de l'éruption, la coexistence de maux de tête, de vomissements en l'absence de symptômes gastriques, semblent indiquer, dans la péliose, une altération probable du système nerveux central réagissant par inhibition sur la fonction vasomotrice.

Un monument à Pasteur. — La ville de Dôle a décidé d'élever une statue à Pasteur. Adresser les souscriptions à M. Palluy, président du tribunal de commerce de Dôle, trésorier du comité.

— La ville de Paris aura aussi son monument à la mémoire du grand homme; un comité vient de se fonder pour ériger dans la capitale une statue à Pasteur.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1895

M. Bertillon présente un travail intéressant sur la fréquence de la hernie, qui ne dépend pas de la race, mais paraît en relation avec le degré d'aisance. Les conscrits provenant des arrondissements aisés ou riches de Paris présentent constamment un peu moins de hernies que ceux des arrondissements pauvres.

Les professions qui prédisposent le plus à la hernie sont celles de brasseurs et malteurs, boulangers, pâtissiers, meuniers, chapeliers, blanchisseurs et apprêteurs de tissus, teinturiers, fondeurs de fer, serruriers. Au contraire, les professions de tanneurs, cordonniers, tourneurs en bois, ferblantiers, horlogers, orfèvres, professions dont plusieurs s'exercent dans la station assise, présentent peu de hernies, ainsi que les professions libérales.

Les hernies étranglées font beaucoup plus de victimes parmi les petits garçons que parmi les petites filles. Elles sont rares de cinq à quinze ans ; à partir de quarante ans, elles augmentent rapidement avec l'âge.

— La question de l'unicité ou de la dualité de la variole et de la vaccine n'est pas encore élucidée. M. Layet (de Bordeaux) relate des expériences faites sur des génisses, dans son laboratoire, avec MM. Benech et Le Dantec.

En dehors des pus provenant de boutons de variole humaine, les expérimentateurs ont employé le sang virulent de varioleux. Ils ont également mis en œuvre les passages successifs. Malheureusement, et c'est ce qui se dégage de la communication des auteurs, les résultats qu'ils ont obtenus ne permettent pas de tirer des conclusions fermes.

— M. Cadet de Gassicourt lit, au nom de M. Moncorvo (Rio-de-Janeiro), correspondant étranger, une note sur le *traitement de la diarrhée dans l'enfance au moyen d'une combinaison de diacétyl et de tannin*.

— M. Dubousquet-Laborderie lit, en son nom et au nom de M. L. Duchesne, une étude sur la *diminution de la fièvre typhoïde dans la commune de Saint-Ouen*, étude qui atteste une fois de plus la valeur prophylactique de l'hygiène publique.

Élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale

Votants : 75. — Majorité absolue 38.

MM.	Monod	63 voix.	Élu.
	Delorme	9	—
	Pozzi	3	—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

On ne s'attendait pas à voir, à propos de la présentation de M. Peyrat, dans la dernière séance, une discussion s'engager sur l'influence des épanchements sanguins sur l'élévation de la température, et pourtant, au pied levé, on peut le dire, cette discussion s'est engagée.

MM. Quenu, Delorme, Reynier ont cité des observations bien nettes à cet égard, dans lesquelles même le sang évacué aseptiquement, avait été ensemencé dans des bouillons de culture et n'avait rien donné.

M. Pozzi ajoute d'autres faits à ceux déjà cités, faits ayant trait surtout à des hémorragies intra-péritonéales, et explique même cette température observée de 40°, par une réaction chimique qui doit se passer au moment de la résorption du sang. Ce n'est, du reste, pas l'avis de M. Quenu, qui explique les faits autrement, par une action réflexe, et donne pour preuve que l'ascension thermique est souvent immédiate et qu'elle serait plus tardive si elle devait être causée par des réactions chimiques, plus lentes à se produire.

Cette discussion ne s'arrête pas là. M. Bazy cite deux observations dans lesquelles il y a eu élévation de température causée par des épanchements sanguins : l'un dans le genou, l'autre dans le tissu cellulaire. Il a opéré aseptiquement dans les deux cas, a évacué le liquide sanguin et en a fait des cultures qui sont restées stériles.

M. Routier a aussi observé des faits analogues ; mais il se demande si l'élévation de la température se produit bien au moment même de l'épanchement ou plus tard ; et M. Michaux, à juste titre, dit qu'on ne peut ainsi discuter, qu'il faut des expériences bien conduites, car on a vu des cas dans lesquels du sang ensemencé ne cultivait qu'au bout de quinze jours, par exemple. Il craint, de plus, que cette trompeuse sécurité n'empêche d'agir à temps, le chirurgien se figurant être en face d'un simple épanchement sanguin quand l'élévation thermique peut être causée par une suppuration qui s'établit.

M. Peyrot dit aussi qu'on ne peut ainsi parler d'une question aussi importante et que la Société de Chirurgie pourrait la mettre à l'étude. M. Quenu est de la même opinion, puisqu'il pense qu'il y a là « un morceau de chirurgie à répandre ».

Quant à M. Championnière, il est carré dans l'avis qu'il émet : il trouve que l'opinion émise par M. Michaux est « abominablement dangereuse », parce qu'elle conduit à ouvrir tous les épanchements sanguins pleuraux. Il est très difficile, ajoute-t-il, pour expliquer l'élévation de la température, de distinguer les faits d'intoxication par le liquide épanché des faits d'élimination, et M. Kirmisson appuie son dire en rappelant qu'il y a élévation de température, sans pour cela qu'il y ait infection. La thèse récente de Guyon en donne des exemples.

Et on reprend la discussion en cours sur la chirurgie du poumon. M. Segond apporte trois faits nouveaux de *pneumotomie* pour ouverture d'abcès intra-pulmonaires. Dans un cas, il a même pénétré dans l'abcès pulmonaire en traversant le diaphragme. Il s'agissait d'un kyste hydatique suppuré du foie et du poumon. Le malade guérit, vécut trois ans et succomba à une hémoptysie foudroyante. Chez un autre malade, il a eu affaire à une bronchectasie ; mais M. Segond insiste sur la valeur qu'ont pour lui les signes médicaux, et pour sa part, il ne se lancera pas dans une opération sur cet organe, sans avoir à ses côtés un médecin qui pourrait, à un moment donné, le guider.

M. Delorme revient sur la gravité du pneumo-thorax, et insiste sur ce fait, c'est que le pneumo-thorax accidentel est plus grave que le pneumo-thorax chirurgical. Du reste, ajoute-t-il, si l'entrée de l'air dans la plèvre devenait inquiétante, pourquoi ne s'y opposerait-on pas en suturant le poumon à la paroi. A ce propos, M. Poirier rappelle qu'il a pratiqué cette fixation, et M. Segond fait remarquer qu'Israël, il y a déjà longtemps, a conseillé et pratiqué la suture pleuro-pulmonaire dans les ouvertures transpleurales de kystes hydatiques du foie.

M. Monod a aussi ouvert deux fois des collections pulmonaires, et il en rapporte les observations. Dans un cas, il s'agissait d'une gangrène pulmonaire, dans l'autre, d'un abcès du poumon. Ces opérations présentent des difficultés

et, pour sa part, il est partisan de l'exploration directe, préconisée par M. Bazy.

Enfin, M. Terrier cite, à son tour, deux faits d'ouverture d'abcès pulmonaire. Il a pu trouer le pus avec le trocart et ouvrir la cavité au bistouri. Ces deux cas sont calqués l'un sur l'autre ; il s'agissait de suppurations consécutives à des inflammations suppurées du foie. Mais, ce qui a frappé M. Terrier et ce, sur quoi il veut insister, c'est sur la longueur de la séparation du parenchyme pulmonaire, sur les hémorragies dont la cavité lente à se combler peut être la source et aussi sur les foyers de pneumonies périphériques qu'elle peut causer. Eugène Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 novembre 1895

M. H. Claude, interne des hôpitaux, présente une femme âgée de vingt-neuf ans, ayant des antécédents héréditaires et personnels névropathiques, et atteinte, à la suite d'une attaque apoplectiforme, d'hémiplégie droite ou, plutôt, d'hémiparésie, d'hémianesthésie droite incomplète et de troubles oculaires des deux côtés. Il existe, en même temps, des stigmates hystériques et le sommeil hypnotique est facilement provoqué. Les phénomènes moteurs s'amendent rapidement, l'hémianesthésie persiste et les troubles oculaires évoluent de façons différentes. L'œil droit est atteint, au début, d'amblyopie, de dyschromatopsie et de diplopie monoculaire, qui disparaissent, mais le réflexe pupillaire à la lumière reste absent. L'œil gauche présente d'abord une amblyopie extrêmement accusée qui diminue peu à peu, mais l'acuité visuelle demeure très faible. Il offre surtout une dilatation pupillaire interne, avec perte du réflexe à la lumière et abolition à peu près complète du réflexe accommodateur. La dilatation pupillaire de l'œil gauche disparaît pendant le sommeil hypnotique et le réflexe à la lumière se montre alors normal à droite et à gauche. Notons encore la paralysie conjuguée gauche des deux yeux pour les mouvements intentionnels seuls, et l'anesthésie de la conjonctive bulbaire gauche avec persistance de la sensibilité cornéenne.

L'état général est très bon. Ces phénomènes sont de nature hystérique.

On ne peut incriminer ici, ni la syphilis, ni la tuberculose, ni le diabète. Une lésion des nerfs périphériques ou des centres devrait être trop disséminée, trop étendue et en même temps trop légère pour qu'on puisse en admettre l'existence. La disparition des troubles oculaires pendant le sommeil hypnotique autorise, au contraire, à les regarder comme d'origine hystérique.

— MM. Gaucher et Balli rapportent ensuite quatre faits d'*intoxication par le sous-nitrate de bismuth* employé dans le pansement des plaies. En 1881, Kocher, de Berne, reconnut à cette substance une action remarquable pour la guérison des plaies accidentelles ou opératoires ; mais il constata en même temps, chez quatre malades, des phénomènes d'intoxication. A la suite d'un fait analogue de Petersen et d'un autre de M. Dalché, ce dernier et M. Villejean, M. Balzer et M. Héret, étudierent expérimentalement la toxicité de divers sels de bismuth et reproduisirent chez les animaux des accidents analogues à ceux que l'on observe chez l'homme.

Les lésions produites par l'intoxication bismuthique portent surtout sur le tube digestif, et, en dehors de la cavité buccale, sur le gros intestin : coloration noirâtre de la muqueuse, avec, en certains points, injection ecchymotique et parfois même véritables ulcérations. L'estomac et l'intestin sont généralemeni remplis de bile ; le foie est congestionné, les ramifications de la veine-porte sont, en particulier, très dilatées ; les reins sont également congestionnés ; il y a quelque fois une glomérulite. Les différents organes contiennent du bismuth en quantité variable ; les viscères les plus atteints sont : la rate, les reins, les glandes salivaires, le foie.

Au point de vue clinique, l'intoxication s'annonce par des prodromes assez légers pour passer souvent inaperçus : état saburral, un peu de salivation, sensibilité exagérée de la bouche. Bientôt apparaissent un liséré gingival et des plaques de tatouage et d'ulcérations au niveau de la muqueuse buccale. Le liséré occupe tantôt une partie ou la totalité d'une mâchoire, tantôt les deux mâchoires ; il rappelle le liséré saturnin dont il diffère, toutefois, par sa coloration violacée ; quand l'intoxication est intense, il y a de l'œdème et des ulcérations des gencives, les dents sont déchaussées.

Le liséré gingival est quelquefois précédé par des plaques comparables à ce que Gubler a décrit sous le nom de tatouage des joues, dans l'intoxication saturnine. Ces plaques affectent une prédilection marquée pour les points de la muqueuse en contact avec les dents ; leur coloration est celle du liséré ; ordinairement elles sont précédées d'une stomatite érythémateuse quelquefois intense. A leur niveau, on peut observer des ulcérations et même un véritable sphacèle de la muqueuse avec fétidité de l'haleine. Ces plaques, qui apparaissent soit simultanément, soit par poussées successives, occasionnent des troubles fonctionnels assez marqués : gêne de la mastication, tuméfaction douloureuse de la langue qui est immobilisée, nasonnement et raucité de la voix ; quand il y a des ulcérations sur le voile au palais et les amygdales, salivation exagérée. Le malade peut à peine s'alimenter, maigrit ; il a de la fièvre, grâce probablement aux infections secondaires qui se produisent au niveau des ulcérations.

Les phénomènes d'intoxication peuvent retentir sur le reste du tube digestif : dysphagie, vomissements, diarrhée. L'appareil urinaire est quelquefois atteint : urines noires contenant du bismuth, quelquefois albuminurie.

Le diagnostic est facile à établir ; mais on confondrait facilement le liséré saturnin avec le liséré bismuthique si l'on n'était averti de la possibilité de l'intoxication par le bismuth : cette substance sera recherchée d'ailleurs dans l'urine et les matières fécales.

On ne trouvera pas toujours dans l'intoxication bismuthique tous les symptômes précédents. On peut, en effet, décrire trois formes :

Une bénigne : le liséré gingival est la seule manifestation ;

Une un peu plus grave : stomatite aiguë plus ou moins intense, liséré, tatouage de la muqueuse ;

Une grave : stomatite très intense avec ulcérations des plaques de tatouage, infections secondaires à ce niveau ; symptômes généraux : fièvre, hoquet, vomissements, diarrhée, albuminurie.

La pathogénie de l'intoxication bismuthique est assez curieuse. On sait que le sous-nitrate de bismuth, pris à l'intérieur, même en quantité considérable ne provoque aucun accident. En contact avec une plaie ou injecté dans le tissu sous-cutané il donne, au contraire, naissance à des phénomènes plus ou moins graves. De nombreuses expériences ont démontré cependant que par la voie stomacale une certaine quantité de bismuth est absorbée. Mais dès qu'il arrive dans l'intestin, où la réaction est alcaline, le bismuth dissous par les acides de l'estomac

se précipite et n'est plus absorbable. Dans le pansement des plaies ou en injections sous-cutanées, le sous-nitrate de bismuth semble, au contraire, former avec les matières albuminoïdes une combinaison soluble et, par suite, assimilable. Ainsi se trouvent expliqués, dans ces circonstances, les phénomènes de l'intoxication bismuthique.

Dans les cas d'ulcère rond de l'estomac qu'il a traités suivant la méthode de Kussmaul et Fleiner, c'est-à-dire par l'administration de fortes doses de sous-nitrate de bismuth (10 à 20 grammes), M. HAYEM n'a jamais observé de phénomènes d'intoxication. A l'autopsie d'un malade, on pouvait voir, cependant, la muqueuse gastrique fortement et profondément imprégnée de bismuth, malgré qu'on en eût suspendu l'emploi depuis plusieurs semaines.

A propos de ce fait qu'un des malades de M. Gaucher était atteint d'ulcère de jambe, M. CHAUFFARD vient préconiser contre cette affection l'application, tous les deux ou trois jours, de sucre en poudre. Employé avec grand succès par Bœckel (de Strasbourg), dans les plaies d'amputation du sein, le sucre en poudre donnerait de très beaux résultats dans les ulcères de jambe, qui se cicatrisent rapidement. L'oxyde de zinc est ensuite préconisé par M. FERRAUD, et le sous-carbonate de fer par M. SIREDEY.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

M. CRÉQUY a étudié un procédé de dosage du sucre de l'urine qui est une modification de celui de Duhomme. Ce dernier se servait du compte-goutte Limousin, d'une contenance de 2 centimètres cubes, dont le diamètre externe du bec mesure 3 millimètres. A l'aide de ce compte-goutte, il prenait 2 centimètres cubes de liqueur titrée de Fehling, la faisait bouillir dans une éprouvette et y ajoutait le nombre de gouttes nécessaires à la réduction totale de la liqueur cupro-potassique ; le nombre de gouttes employées indiquait sur une table, la quantité de sucre contenu dans un litre d'urine.

Pour simplifier l'opération, M. Créquy a fait faire des éprouvettes qui présentent, à la partie inférieure, un trait mesurant 2 centimètres cubes. Comme tous les compte-gouttes médicinaux doivent avoir 3 millimetres de diamètre et donner des gouttes de 3 centigrammes d'eau distillée, il suffit, pour doser le glucose, de verser la liqueur de Fehling dans l'éprouvette jusqu'au trait marquant 2 centimètres cubes, faire chauffer et ajouter le nombre de gouttes d'urine nécessaire à la réduction. On consultera ensuite la table de Duhomme.

M. CRINON est peu partisan du procédé indiqué par M. Créquy, car l'appréciation de la teinte du liquide réduit devient très difficile.

D'autre part, nous croyons devoir, les procédés pratiques de recherche de sucre dans l'urine étant toujours intéressants, indiquer la méthode très simple, préconisée tout récemment par M. P. Raugé, dans le *Bulletin médical*. La règle est la suivante : compter dans un tube à essai vingt gouttes de liqueur titrée, porter à l'ébullition et ajouter l'urine par gouttes jusqu'à ce que la décoloration soit obtenue. Diviser par le nombre de gouttes employées, le chiffre invariable 100 ; on obtient en grammes et en centigrammes la proportion de sucre par litre. Le matériel est très réduit, puisqu'il suffit d'un compte-goutte quelconque, simplement assez bien fait pour qu'il débite des gouttes régulières, d'une lampe à alcool et d'un tube à essai ordinaire. Il est vrai que les gouttes du réactif et celles de l'urine sucrée ne sont pas exactement comparables, un même compte-goutte que l'on emploie à mesurer successivement deux liquides différents, donnant des gouttes dissemblables au double point de vue de leur volume et de leur poids. Mais l'erreur est négligeable dans la grande majorité des cas. Cependant, M. P. Raugé, pour en tenir compte, conseille de chauffer dans le tube à essai dix-huit gouttes et non vingt de liqueur titrée. Une fois ces dix-huit gouttes dans le tube, on fait d'abord bouillir, afin de s'assurer qu'il n'y a pas de réduction spontanée, puis on lave le compte-goutte, on le remplit de l'urine à essayer et on le laisse tomber lentement dans le réactif en ébullition, en comptant très exactement le nombre de gouttes employées et en ayant soin que chaque goutte tombe directement au fond du tube. On apprécie la marche de la réaction en interrompant de temps en temps le chauffage pour laisser reposer un instant. Le précipité se dépose et on juge de la couleur du liquide qui surnage ; l'opération est terminée quand ce liquide est clair comme de l'eau. Naturellement, l'appréciation exacte de la fin de la réaction est toujours un peu délicate, comme dans tous les procédés où l'on emploie la liqueur de Fehling.

— Le Dr Gaërtner a eu souvent l'occasion de constater ce fait : que la caséine du lait de vache est, pour certains enfants, d'une digestion difficile, et il a eu l'idée de rapprocher la composition du lait de vache de celle du lait de femme.

Voici comment M. WEBER a exposé son procédé : Le lait de vache, fraichement trait, est étendu d'eau jusqu'à ce que le contenu en caséine égale celui du lait de femme, puis ce mélange est centrifugé dans une écrémeuse réglée de telle façon que le lait s'écoulant par le tuyau à crème, contienne autant de matières grasses que le lait de femme.

Dans une écrémeuse de laiterie, qui tourne avec une vitesse de 4 à 8,000 tours à la minute environ, les parties les plus lourdes du lait, sollicitées par la force centrifuge, sont rapidement projetées sur les parois du tambour, tandis que les plus légères restent au centre. Le liquide s'écoule par deux tuyaux différents ; l'un donne rendement à la crème, l'autre au petit lait. En outre, à l'aide d'un dispositif spécial, il est facile de régler les quantités relatives de la crème et du petit lait dans les conditions désirées. Si l'on veut, par exemple, modifier 50 litres de lait, qui contient en matières grasses 3,5 % et 3,6 % de caséine, on ajoute 50 litres d'eau et on règle la machine de façon que la même quantité de liquide s'écoule par les deux tuyaux en temps égaux ; on obtient, par conséquent, 50 litres de lait modifié, c'est le lait dit maternel, et 50 litres de petit lait. Le lait maternel renferme alors 1,7 % de caséine et 3,3 % de matières grasses, le bon lait de nourrice contenant, d'après Pfeiffer, 1,7 % de caséine et 3,1 % de matières grasses.

L'écrémeuse a, en outre, l'avantage de séparer du lait les impuretés qui s'y trouvent mélangées, malgré les soins de propreté qu'on a pu prendre : débris de litière, de poils, de fourrages, d'excréments.

La stérilisation vient compléter l'opération, de telle sorte que l'on a un produit presque parfait.

De nombreux établissements pour la production du lait maternel ont, du reste, été fondés en Autriche, en Allemagne et en Belgique.

— M. CLEMENTE FERREIRA a expérimenté la valeur antithermique des badigeonnages de gaïacol. Pour lui, cette substance constitue un agent antithermique énergique et prompt, non seulement dans la fièvre des tuberculeux, mais encore dans les pyrexies où l'hyperthermie demande l'admininistration de moyens capables de faire tomber la température colossale qui menace les malades. L'auteur a

obtenu l'effet antithermique dans la fièvre jaune, mais l'affection n'a pas été modifiée dans sa marche.

— M. Maurice Fournier a obtenu d'excellents résultats par des lavages de l'estomac au bismuth. L'opération comprend deux temps.

Premier temps. — Le matin, à jeun, lavage simple de l'estomac avec une solution de bicarbonate de soude et évacuation, aussi complète que possible, des liquides et mucosités que peut contenir cet organe. Puis, introduction de la solution de bismuth (10 à 15 grammes de sous-nitrate pour 500 grammes d'eau filtrée et bouillie) qui, préalablement, aura été bien agitée.

Deuxième temps. — Il ne doit être exécuté que dix ou douze minutes après le premier, pour permettre la précipitation totale du bismuth, et consiste simplement dans l'extraction des 400 ou 500 grammes d'eau de la solution. Si le bismuth s'est bien déposé — et ce point est essentiel — ce liquide doit sortir parfaitement limpide.

Entre les deux temps, il vaut mieux retirer complètement la sonde que de la laisser en place. Pour exécuter le deuxième temps, on peut à volonté employer la pompe ou simplement, la sonde étant introduite, amorcer le siphon avec un peu d'eau bouillie; dans ce cas, on aura soin d'agir avec douceur, pour éviter de remuer la solution dans le ventricule gastrique.

LES LIVRES NOUVEAUX

Mémoires de Chirurgie. Tome VI. *Blessures des vaisseaux sanguins. Hémorragies, hémostase*, par le Dr A. Verneuil, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-8°. — Masson, éditeur, Paris 1895.

Dans ce volume consacré aux blessures des vaisseaux sanguins, aux hémorragies et à l'hémostase, M. Verneuil a réuni ses travaux et ceux de ses élèves relatifs aux hémorragies en général, et à celles de la tête en particulier. Ainsi, nous trouvons dans ce volume des chapitres consacrés à la dénudation des artères, à la gangrène des parois artérielles, à la contusion et à l'écrasement des artères, aux hémorragies dans les abcès. Puis viennent les mémoires sur les hémorragies consécutives aux plaies de la langue, à l'extraction des dents, à l'ablation des amygdales, sur les épistaxis et leur rapport avec les maladies du foie.

L'hémostase dans les opérations sur la face a été le sujet de nombreuses recherches de la part de M. Verneuil; nous les trouvons toutes ici réunies.

Voulant toujours perfectionner son œuvre, M. Verneuil ne s'est pas borné à reproduire simplement les mémoires originaux tels qu'ils avaient été publiés primitivement; il y a joint de nombreuses observations nouvelles, des aperçus nouveaux, des notes indiquant les modifications que son expérience lui avait permis d'apporter dans sa pratique.

L'Opération du trépan, par Félix Terrier, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Bichat, membre de l'Académie de Médecine, et M. Peroire, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de consultation à l'hôpital Bichat, — Félix Alcan, éditeur.

La plupart des matériaux qui ont servi à la rédaction de ce travail ont été réunis par M. le professeur Terrier pour ses leçons de médecine opératoire professées à la Faculté de Médecine de Paris, en 1894. Ces leçons ont été revues et complétées pour être encore aujourd'hui au courant de la chirurgie.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : la première est un aperçu succinct de la trépanation du crâne dans les temps préhistoriques, dans l'antiquité, le moyen âge et l'époque moderne.

La deuxième partie est consacrée à une description rapide des circonvolutions et des localisations cérébrales, suivie de l'étude de la topographie crânio-cérébrale, c'est-à-dire de l'examen des rapports que les diverses régions des circonvolutions affectent avec les parois osseuses du crâne.

La troisième comprend le manuel opératoire et la description des instruments actuellement employés; les auteurs se sont étendus sur les opérations nouvelles destinées à remplacer, jusqu'à un certain point, l'opération classique du trépan, ou à la compléter.

Enfin la quatrième partie contient un tableau des indications et des contre-indications de l'opération du trépan.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Médecine militaire. — Par décision ministérielle en date du 30 novembre 1895, M. le médecin-inspecteur Chauvel, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Vallin, placé dans la section de réserve.

Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris. — Dans son rapport au Conseil académique, M. Brouardel a appelé l'attention sur l'insuffisance des crédits alloués à la bibliothèque de l'École de Médecine.

Depuis le transfert de cette bibliothèque dans ses nouveaux locaux, ses besoins ont doublé, ainsi que le nombre de ses lecteurs. Or, les crédits alloués sont restés les mêmes.

Une augmentation de 12,000 francs serait nécessaire pour le bon ordre de la bibliothèque, la réparation des reliures, l'achat des livres nouveaux.

Un détail à propos de cette bibliothèque. Le nombre moyen des lecteurs a été, pendant la dernière année scolaire, de 700 par jour.

La bibliothèque se voit, il est vrai, enrichie de 5,000 volumes ou brochures provenant de dons de confrères décédés; mais ces bibliothèques particulières, riches en livres de jadis, n'ont fourni, en réalité, que 100 livres à peu près récents.

Scène de consultation, que nous reproduisons d'après le *Bulletin Médical*. — La scène se passe à l'hôpital B... vendredi 29 novembre. De nombreux malades du dehors attendent la consultation de chirurgie. Mais le temps passe et personne ne vient la donner. Pas d'assistant. Il a été sans doute empêché. On cherche le sous-assistant. Introuvable. Que faire? Car il faut faire quelque chose, d'autant que les pauvres diables qui attendent — en méditant, sans doute, sur les bienfaits du nouveau règlement — commencent à donner des signes non équivoques d'une légitime impatience.

Le Directeur ne voit qu'un moyen de sortir de là : prier le chef de service dont c'était, jadis, le jour de consultation, le Dr T. A..., de venir à son secours; et en excellent homme qu'il est, paraît-il, le Directeur en question n'hésite pas à recourir à cette planche de salut extra-réglementaire. Il va donc trouver le Dr T. A..., qui était encore dans ses salles; mais avisant près de lui son suppléant, le Dr L..., chirurgien du Bureau central, il prie le Dr T. A... de vouloir bien faire faire la consultation par ce dernier. « Mais non, mais

non, répond en souriant le Dr T. A..., il est préférable que je me compromette moi-même. M. D... aura l'obligeance de finir la visite à ma place et j'irai faire votre consultation à la place de l'assistant et du sous-assistant. »

Ce qui eut lieu.

Espérons que M. T. A... ne sera pas appelé à comparaître devant le Conseil de surveillance pour infraction au règlement.

Legs pour la fondation d'un hospice de tuberculeux pauvres. — Le Conseil municipal vient, sur le rapport de M. Davrillé des Essarts, d'autoriser l'Administration de l'Assistance à accepter un legs de 168,000 francs fait par Mme veuve Guérout à l'Assistance publique, en vue de la fondation d'un hospice pour poitrinaires âgés de quinze à trente ans.

École de médecine de Nantes. — M. Monnier, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

M. le Dr Bureau est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Internes des asiles d'aliénés de la Seine. — Le concours pour quatre places d'interne dans les asiles publics de la Seine s'est ouvert avant-hier, lundi, à midi.

Le jury était ainsi composé : MM. Bouchereau, Chaput, Denis, Legrain, Marandon de Monteil, Talamon et Vallon.

Le sujet de la composition écrite sur une question d'anatomie et de physiologie du système nerveux a été : « Substance grise de la moelle, anatomie et physiologie ».

L'assistance médicale gratuite. — Le chapitre du budget de l'Intérieur, relatif à l'assistance médicale gratuite en 1896, voté par la Chambre, comporte un crédit de 1,450,000 francs pour la part de l'Etat.

Le montant de ce chapitre ne pourrait qu'augmenter chaque année si les faits signalés à la Chambre continuaient à se produire. Voici ce que M. Lechevallier a dit dans la séance du 28 novembre 1895 :

« Nos sociétés de secours mutuels sont ébranlées par ce qu'elles ont sous les yeux tous les jours : il n'est pas rare, en effet, de voir, dans nos communes rurales, des sociétaires appartenant depuis quelques années à une société de secours mutuels, qui n'ont pas une idée exacte des avantages de la mutualité, après une conversation avec leurs voisins, ouvriers comme eux, dans une situation à peu près égale, et inscrits sur la liste d'assistance médicale, abandonner la société mutuelle et venir grossir la liste des assistés. »

Congrès de Moscou. — On vient enfin d'autoriser le douzième Congrès international de Moscou; il aura lieu dans la première quinzaine d'août 1897 et durera pendant sept jours.

Nombre des étudiants en médecine en France. — Relevé du nombre des étudiant inscrits au 15 janvier de chacune des années comprises dans la période 1891-1895 :

1891	6,212
1892	7,069
1893	7,589
1894	8,897
1895	8,996

Soit une différence en plus de 2,784 entre les chiffres de 1891 et ceux de 1895.

Ces chiffres sont empruntés au rapport de la Commission du budget pour 1896.

Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine. — Le Syndicat des Médecins de la Seine a tenu son Assemblée générale annuelle le 24 novembre, à la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. Albert Le Blond.

Après la validation des nouveaux adhérents, le président a prononcé un discours où il a retracé les difficultés actuelles de la profession médicale et montré la nécessité, de s'agréger au Syndicat pour faire face aux collectivités et sociétés coopératives qui s'accroissent chaque jour.

M. Tison a émis le vœu *qu'il ne soit reçu aucun malade payant dans les hôpitaux.*

M. Tolédano a demandé *la suppression de la Maison Dubois.*

M. Gourichon a demandé à l'Assemblée générale de faire connaître son sentiment au sujet des subventions accordées aux polycliniques, et d'adopter le vœu *que les allocations faites à ces établissements privés par le Conseil municipal soient supprimées.*

Ces trois propositions ont été adoptées *à l'unanimité.*

Sont élus : *Présidents d'honneur :* MM. Brouardel et Le Baron; *Président*, M. A. Le Blond; *Vice-Président*, M. Savornin; *Secrétaire général*, M. Birabeau; *Trésorier*, M. Philippeau; *Membres du Conseil :* MM. Bazy, Bellencontre, Berthod, Bonnecaze, Duchesne, Gourichon, Guinard, Lévêque-la-Croix, Noir, Philbert.

A propos du prince de Bismarck. — Dans un nouvel ouvrage sur « le prince de Bismarck et les parlementaires », nous trouvons une anecdote qui nous apprend comment Schweninger devint le médecin du chancelier.

Présenté et imposé en quelque sorte par un député, M. Dotze, il avait été accueilli assez froidement par Bismarck, qui déclarait n'avoir aucune raison de changer de médecin. Mais il conquit son malade par un coup d'audace.

Il avait défendu au chancelier de manger d'un certain plat; malgré l'interdiction, le plat interdit fut servi. Schweninger n'hésita pas et, arrachant l'assiette des mains du prince, il la lança par la fenêtre.

Du coup, Bismarck fut maté et, dès lors, il se soumit sans regimber à toutes les exigences hygiéniques et thérapeutiques de son nouveau médecin.

Un appartement est-il humide? — Ce n'est pas chose facile à première vue. Une pièce peut être humide sans que le salpêtre y fleurisse sur les murs ou que les champignons y poussent dans les coins.

Voici un moyen précis d'appréciation et à la portée de chacun. On place dans la pièce suspecte un kilogramme de chaux fraîchement éteinte, puis on ferme hermétiquement portes et fenêtres. Au bout de vingt-quatre heures on pèse de nouveau la chaux. Si le kilogramme s'est annexé plus de 10 grammes, c'est-à-dire plus de 1 %, la pièce doit être declarée humide et considérée comme insalubre.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE MICHELS ET FILS, PASSAGE DU CAIRE, 8 ET 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

SOMMAIRE

I. Infirmerie de la Maison de Nanterre (service de M. le Dr M. Laugier) : Note sur deux cas d'hémorragie cérébrale avec symptômes spéciaux, par M. R. Parmentier, interne du service.
II. Feuilleton.
III. Revue de la Presse : Chirurgie.
IV. Sociétés savantes : 1° Société de Chirurgie; 2° Société médicale des Hôpitaux; 3° Revue de la Société de Biologie; 4° Académie de Médecine (distribution des prix).
V. Échos et nouvelles.

INFIRMERIE DE LA MAISON DE NANTERRE

Service de M. le Dr M. LAUGIER.

Note sur deux cas d'hémorragie cérébrale avec symptômes spéciaux, par M. R. Parmentier, interne du service, ancien interne des hôpitaux et prosecteur de l'École de Reims.

Nous venons de nous trouver en présence, dans le cours d'une même semaine, de deux cas d'hémorragie cérébrale ayant présenté des symptômes spéciaux qu'il nous a paru intéressant de signaler.

I. — Le premier malade, Joseph D..., garçon de cuisine, âgé de soixante-quatre ans, avait été, depuis son entrée à la maison de Nanterre, soigné plusieurs fois à l'infirmerie : pour une bronchite tuberculeuse d'abord, puis, pour un rhumatisme déformant, enfin, pour une rétention d'urine. Son dernier séjour à l'infirmerie, dont il était sorti le 9 octobre, avait été nécessité par l'ablation d'un durillon considérable situé sur le côté interne du gros orteil droit.

D... se promenait sous les galeries de la maison, le 12 octobre, vers une heure de l'après-midi, quand il tomba brusquement à terre, sans connaissance. Amené à l'infirmerie, dans le service de notre maître, M. le Dr Laugier, il fut pris de vomissements, et souilla son lit d'urine et de matières fécales.

Examiné à la contre-visite, ce malade est dans un état de prostration extrême : étendu, sans faire aucun mouvement, il a perdu toute connaissance; les réflexes cornéens et pupillaires ont disparu; les pupilles sont très rétrécies, du diamètre d'une tête d'épingle; les muscles sont contractés; l'examen de la sensibilité montre un retard considérable, avec affaiblissement, du côté des membres inférieurs, et une absence totale de sensibilité aux membres supérieurs; cependant, aux piqûres des bras, il se produit tardivement quelques mouvements des jambes; la contraction empêche de chercher les réflexes rotuliens; la plante des pieds est très sensible : le chatouillement y produit un tremblement très net.

L'examen des appareils révèle les troubles suivants.

Le cœur, dont la pointe bat au quatrième espace intercostal, a ses bruits entièrement couverts par la respiration; l'artère radiale est athéromateuse; le pouls, de 120 pulsations, est assez petit; la respiration est stertoreuse; la percussion ne revèle rien d'anormal; la langue est blanche; la bouche n'exhale pas d'odeur d'acétone; le ventre est dur et ballonné, et il y a incontinence de matières fécales; l'urine, incolore, recueillie au moment de l'émission invo-

FEUILLETON

Administrateurs et Médecins.

L'étonnant conflit que l'Administration de l'Assistance publique a soulevé, comme à plaisir, entre elle et les médecins des hôpitaux, conflit que le Conseil municipal va évidemment trancher en faveur des médecins, a eu pour conséquence logique et toute naturelle de réveiller l'attention de chacun de nous et de faire surgir de partout des observations, voire des plaintes, sur la manière dont en usent traditionnellent, dans leurs rapports avec nous, les diverses administrations qui détiennent une part de l'autorité publique.

Le mode d'action de cette autorité dénote trop souvent, de la part de ceux qui l'exercent, un très grand amour de l'arbitraire, une tres petite largeur d'esprit et une regrettable infériorité d'éducation. Ces trois défauts sont assez généralement répandus pour qu'il n'y ait guère d'exagération à les considérer comme la caractéristique des petites assemblées municipales de province. Rien d'étonnant dès lors à voir ces braves gens traiter les médecins comme des commis dont le patron serait mécontent.

La démocratie est, j'en suis d'accord, une chose admirable, grosse de magnifiques réformes dont la mise au monde nous réserve de paradisiaques surprises. Il en est une pourtant dont elle n'accouchera jamais : c'est la réforme de la nature humaine. Pour être démocrate, on n'en est pas moins homme, et les anges seuls sont désormais à l'abri des tentations.

Or, quelle tentation n'est-ce pas de se donner l'exquise sensation de l'exercice réel du pouvoir? Remarquez bien qu'on n'a pas cette sensation quand on se contente d'user de son autorité d'une façon normale et sensée. Par un phénomène d'accoutumance analogue à celui qui nous empêche de sentir le contact de nos vêtements et d'en être gêné, personne ne sentirait l'autorité exercée de cette façon, celui qui l'exerce moins que tout autre. Qu'on l'emploie, au contraire, à des abus, à des sottises ou à des injustices, et tout le monde, ceux qui les subissent et ceux

lontaire, ne contient pas d'albumine, mais, par la liqueur de Fehling, on obtient un précipité d'oxyde de cuivre très net.

Température axillaire : 38 degrés. Il est prescrit deux injections d'éther et quatre injections de caféïne, de 10 centigrammes chacune.

Le 13, le malade est dans le même état ; cependant il semble respirer plus facilement, et il y a plus de sensibilité aux membres, dont la contracture est légèrement diminuée ; les pupilles restent rétrécies ; le pouls, plus fort, est de 80 pulsations.

Le matin, 38 degrés ; le soir, 39 degrés.

Il est prescrit un lavement purgatif ; les injections d'éther et de caféïne sont continuées et l'ont été jusqu'à la fin.

Le 14, même état : 38 degrés au matin ; 37°,8 au soir.

Le 15, la respiration est devenue très difficile, et le malade succombe à 2 heures 45 minutes du soir.

L'autopsie montre les altérations suivantes : cœur énorme, du poids de 490 grammes, avec dilatation et hypertrophie considérable du ventricule gauche, dont les parois atteignent 2 centimètres d'épaisseur ; valvule mitrale, avec quelques petites lésions d'endocardite ; aorte complètement athéromateuse ; coronaires, presque normales ; cœur droit, à parois envahies par la graisse, contenant des caillots d'agonie se continuant jusqu'aux deux branches de l'artère pulmonaire.

Poumons légèrement congestionnés, sans adhérences pleurales ; quelques granulations tuberculeuses aux sommets ; artérioles très sclérosées.

Gros foie, très gras, avec dilatation considérable de la vésicule cystique.

Rate, avec lésions de périsplénite, et artérioles également sclérosées.

Estomac et intestins normaux.

Reins légèrement blancs, vessie contenant très peu d'urine.

La cavité crânienne ne présente rien de particulier. Le cerveau, très dilaté, du poids de 1,270 grammes, sans les caillots sanguins, présente à sa surface toutes les artères sclérosées ; à la coupe de l'hémisphère gauche, on se trouve en présence d'une poche de la grosseur d'un poing d'adulte et entièrement remplie par un caillot de sang noir.

Cette cavité occupant environ les deux tiers antérieurs de l'hémisphère gauche, est limitée partout par de la substance cérébrale absolument déchiquetée ; les noyaux centraux sont séparés de l'avant-mur et rejetés vers la scissure inter-hémisphérique ; l'extrême pointe antérieure du ventricule gauche n'est pas altérée, la partie postérieure du ventricule est intacte, mais remplie de sang noir non coagulé. La coupe des noyaux opto-striés révèle une ischémie complète à ce niveau ; la partie médiane du cerveau est entièrement désagrégée. Le sang, en passant de gauche à droite, a altéré profondément le quart antérieur du ventricule droit ; le reste est rempli de sang noir ; la protubérance, le bulbe et le cervelet sont intacts. Il y a seulement, à la face inférieure du cervelet, un peu d'hémorragie sous-pie-mérienne.

II. — Le deuxième malade, Jean L..., garçon de cuisine, âgé de soixante-quatre ans, a fait plusieurs séjours à l'infirmerie, successivement pour incontinence d'urine, bronchite tuberculeuse, adénite inguinale et purpura. Son dernier séjour, du 17 septembre au 2 octobre, a été causé par une attaque d'hémorragie cérébrale ayant occasionné seulement des troubles paraplégiques sans accidents psychiques ; on avait constaté également une quantité notable d'albumine dans les urines.

---

qui les commettent, ceux-ci surtout, ont la claire perception que des actes de ce genre ne peuvent être accomplis, si ce n'est par des hommes investis d'une puissance petite ou grande, mais effective ou certaine. De là les jouissances des autoritaires.

Elles sont doublées, lorsque c'est nous qu'on blesse, par l'intervention d'un facteur important. A la satisfaction qui résulte de la mise en œuvre consciente d'une force, s'ajoutent le sentiment de la difficulté vaincue et le plaisir de la vanité assouvie. Dans ces bourgs, villages et petites villes, où se passent les faits que j'ai en vue, le médecin occupe généralement la première place par sa valeur intellectuelle et son éducation. Ces deux qualités, jointes à la nature même de sa profession qui le met en rapport avec tous et à même d'être utile à tous, lui donnent, dans le pays où il est fixé, une influence considérable dont on a pour preuve constante le nombre sans cesse accru des mandats que lui confère la confiance des populations. On prend son avis toujours raisonnable, on suit ses conseils toujours bienveillants, on le respecte et on l'aime. Tels sont les sentiments, à son égard, de la presque unanimité des habitants. Mais il en est quelques-uns qui le redoutent et le haïssent d'une haine d'autant plus féroce qu'elle doit se dissimuler. Ce sont ceux dont sa popularité fait trembler les ambitions et dont elle ruine les espérances ; les hâbleurs de tempérament, dont l'ignorance est réduite au silence par son savoir ; le ridicule petit clan des politiquailleurs de campagne, pour qui ce serait une catastrophe si le médecin « se portait aux élections ».

Songez maintenant quelle joie secrète il y a à molester, dans les limites où on peut le faire, un homme si dangereux, et quelle revanche y trouvent le mastroquet de la place de l'Eglise, le perruquier de la rue des Halles, même le percepteur dont de grosses galoches altèrent un peu la démarche d'ancien militaire, mais dont la rude moustache en brosse et la mouche qui se hérisse sous sa lèvre inférieure ne permettent pas de méconnaître le vieux capitaine d'habillement qu'il fut jadis.

Aussi, malheur au confrère qui, pour une raison ou pour une autre, attiré par la mince prébende, sollicité par le surcroît de notoriété, accepte le titre et le salaire — c'est bien le mot qu'il faut dire — de médecin de l'hospice.

Ce malade, trouvé sans connaissance sous les galeries, a été aussitôt amené à l'infirmerie, dans le service de M. Laugier, le 16 octobre, à neuf heures du matin. Il avait encore un peu de connaissance, et tournait la pointe d'une de ses moustaches d'un mouvement machinal.

Examiné immédiatement, on constate que les réflexes pupillaires et cornéens ont disparu, mais sans rétrécissement de la pupille. Les membres sont contracturés, ils ont perdu toute sensibilité, sauf au niveau de la plante du pied. La respiration est stertoreuse; il est impossible d'entendre les bruits du cœur; le pouls est trop petit. Le malade ne vomit pas; il n'a pas d'incontinence d'urine, ni de matières fécales; la langue est blanche, la bouche n'exhale pas d'odeur d'acétone, le ventre est dur et ballonné.

Température, 37° 8.

Il est prescrit des injections de caféine et d'éther. Le malade meurt dans cet état, sans avoir repris connaissance, à dix heures et demie du matin.

L'autopsie révèle les désordres suivants : cœur énorme, du poids de 600 grammes; ventricule gauche aux parois musculaires de 3 centimètres d'épaisseur; sclérose des muscles papillaires dont les tendons sont absolument rigides, nombreuses végétations sur la valvule mitrale, avec une plaque d'athérome très nette, entre le bord libre et le bord adhérent de la valvule, du côté de la cloison inter-ventriculaire; ventricule droit graisseux, à parois musculaires de 3 millimètres, à surface intérieure normale.

Poumons, avec adhérences pleurales nombreuses, surtout du côté droit; à la coupe, congestion intense des deux poumons, dont les artères sont nettement sclérosées : les deux sommets contiennent de nombreuses granulations tuberculeuses, dont quelques-unes sont caséifiées.

Estomac et intestins normaux; foie gros et dur.

Rate aux artères sclérosées : en écrasant la pulpe splénique avec le doigt, on suit facilement le trajet des artérioles.

Reins un peu blancs dans la zone corticale; vessie pleine d'urine, donnant un précipité abondant d'oxyde de cuivre par la liqueur de Fehling.

Dans la cavité crânienne, nous trouvons, sur la surface extérieure de l'hémisphère gauche, un caillot noir énorme; sous la tente du cervelet, trois cuillères à soupe de sang. Le cerveau est dilaté; toutes les artères corticales sont nettement visibles et fortement athéromateuses. L'hémisphère gauche, débarrassé de son caillot, montre un orifice découpé comme à l'emporte-pièces, de 1 centimètre environ de diamètre, festonné, situé entre les première et deuxième circonvolutions frontales, à 3 centimètres environ du rebord séparant la face externe de la face inférieure du lobe frontal et qui communique avec une cavité creusée dans l'hémisphère gauche. A la coupe, cette cavité occupe le tiers antérieur de l'hémisphère; elle est remplie d'un sang noir et coagulé qui représente le volume d'un poing d'enfant; elle est limitée partout, sauf au niveau de la partie perforée, par de la substance cérébrale absolument déchiquetée; l'extrémité postérieure de cette cavité s'arrête à un centimètre environ des noyaux opto-striés, qui sont rejetés en arrière et en dedans. Les ventricules moyen et latéral droit sont intacts; la protubérance annulaire présente, à la coupe, deux taches ocreuses, dirigées obliquement, par rapport à l'axe de l'aqueduc de Sylvius et semblant être de date plus ancienne que l'hémorragie actuelle. Au niveau du plancher du quatrième ventricule, il existe également un foyer hémorragique ayant altéré la partie latérale droite et qui semble

---

Le voilà devenu, *ipso facto*, s'il tient à la place, l'homme lige de la municipalité. Que l'idée ne lui vienne point, ou si elle lui vient, qu'il la repousse, d'entrer en concurrence électorale avec le maire de la petite cité. C'est sa révocation immédiate qu'il signerait, et les deux cents francs de traitement annuel qui constituent ses appointements de médecin en chef seraient aussitôt donnés à un autre. Peut-être, si sa situation dans le pays était solidement établie, ou s'il était depuis un quart de siècle chargé du service hospitalier, n'oserait-on pas, par pudeur, le mettre radicalement à la porte, et croirait-on sauvegarder les convenances en lui permettant de venir encore à l'hôpital soigner quelques malades, « exclusivement ceux qui auront exprimé le désir formel d'être traités par lui », et en lui faisant pour cela l'aumône de vingt-cinq francs de traitement annuel. Ceci n'est point l'invention d'une imagination délirante, c'est le récit exact d'un fait qui s'est passé dans les Ardennes et dont a été victime un médecin qui avait osé se présenter au Conseil général contre le maire de sa commune.

— Et le préfet du département? direz-vous. Le préfet approuva la mesure. Les préfets approuvent toujours ces mesures, que ce soit dans la Manche, dans la Marne, dans les Landes ou dans la Corrèze qu'ils représentent le gouvernement. Et quelle raison auraient-ils pour les annuler, contre quelles raisons pour les maintenir? Si peu de politique que vous fassiez, cher confrère, en fissiez-vous moins que moi, qui n'en fais pas du tout? Ces raisons-là, vous les connaissez très bien, et je ferais injure à votre sagacité en essayant seulement de les énumérer... Vous voyez bien que les préfets n'y peuvent rien.

— Mais est-il possible, allez-vous vous écrier, que d'autres médecins acceptent de profiter d'une telle situation?

Je crois bien que vous n'émettrez un pareil doute que si vous êtes très jeune ou très vieux. Très jeune, vous avez les belles illusions et les belles générosités de votre âge; arrivé au terme d'une longue carrière, les habitudes d'autrefois vous sont devenues une autre nature et vous supposez chez tous la parfaite correction d'attitude, les loyales sympathies confraternelles dans lesquelles vous fûtes élevé, que vous vîtes être la règle de la génération médicale qui vous forma. « Que les temps sont changés! »

être produit par du sang ayant reflué de l'hémisphère gauche par l'aqueduc de Sylvius; le bulbe et le cervelet sont intacts.

Réflexions. — Si nous comparons maintenant ces deux cas entre eux, ainsi qu'au tableau clinique ordinaire de l'hémorragie cérébrale, nous voyons que les deux malades n'ont pas été atteints d'hémiplégie, bien que la lésion ait été, les deux fois, unilatérale au début.

Tous deux ont eu de la contracture des membres, qui a persisté jusqu'à la mort. L'urine, dans les deux cas, contenait du sucre.

Le premier, Joseph D..., avait les pupilles contractées et une diminution notable de la sensibilité.

Le deuxième, Jean L..., avait les pupilles normales et une perte complète de sensibilité.

Tous deux, tout en ayant de la contracture, n'ont pas eu de convulsions épileptoïdes.

Si nous examinons maintenant les résultats des deux autopsies, nous remarquons immédiatement les mêmes lésions de l'arbre circulatoire : même cœur énorme, mêmes artères athéromateuses, surtout au cerveau. Les deux foyers hémorragiques sont identiques : ils se rapportent tous deux à l'artère lenticulo-striée, c'est-à-dire à l'artère de l'hémorragie cérébrale de Charcot. En effet, la rupture s'est produite entre l'avant-mur et les corps optostriés, rejetant ceux-ci en dedans et en arrière; dans les deux cas, les ventricules ont été envahis par propagation.

Mais le premier malade, malgré l'envahissement de tous les ventricules du cerveau, a résisté quatre jours, tandis que le second est mort en moins de trois heures, soit, à cause de la gêne apportée aux fonctions cérébrales par la compression de tout un hémisphère; soit, par l'inondation du quatrième ventricule; soit, enfin, par suite de l'hémorragie antérieure, qui avait mis le malade dans des conditions de moindre résistance.

En présence de ces résultats, ne nous serait-il pas permis de nous demander si, contrairement à l'opinion de plusieurs maîtres contemporains, la cause de ces deux hémorragies cérébrales ne résiderait pas dans l'altération même des artères athéromateuses, plutôt que dans l'existence d'anévrysmes miliaires?

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

M. Hesse, dans le *Beitrage Z. Klin. Chir.*, cite un cas de **luxation traumatique de l'atlas,** traitée par la réduction et suivie de guérison. Il s'agissait d'un homme ayant fait une chute grave, mais n'ayant pas perdu connaissance, et qui avait seulement ressenti quelques troubles nerveux dans les membres. Amené à la clinique de Socin (de Bâle), ce chirurgien diagnostiqua une luxation bilatérale de l'atlas sur l'axis, par le mécanisme de la rotation.

Le blessé fut anesthésié par l'éther et des mouvements combinés permirent de réduire la luxation. Cette observation est certainement très curieuse et on ne peut s'empêcher de remarquer que le malade a échappé, par bonheur, à la compression médullaire, qui se produit si facilement dans cette luxation par rotation, le trou de l'atlas venant, en tournant, coïncer la moelle sur le trou de l'axis. Chose plus curieuse, il n'existait aucune paralysie vraie des membres. La guérison fut rapide et complète.

Citons aussi une petite modification faite au pro-

Je ne veux accuser de ce changement que la force même des choses et les nécessités de la vie présente; mais il faut bien avouer qu'il est profondément regrettable et (soyons moderne pour nous mieux faire écouter) profondément préjudiciable à nos intérêts.

Les difficultés de l'existence, l'âpreté de la lutte, l'ardeur de la concurrence, affreux mot commercial que je n'applique pas à notre profession sans qu'une bouffée de honte ne me rougisse les pommettes, tout cela explique peut-être la fâcheuse évolution de nos mœurs; rien de cela ne l'excuse ni ne la justifie. Au point de vue moral, aucune discussion n'est possible là dessus. Au point de vue matériel, il serait trop facile de démontrer que l'intérêt général est intimement lié aux intérêts particuliers et que toute complicité de notre part, directe ou indirecte, dans le dommage causé à un confrère, apporte à chacun de nous un préjudice réel.

De quoi nous plaindre, alors; et qui ne se rirait de nos récriminations? Car enfin les faits parlent ici plus haut que tous les raisonnements. Je faisais allusion tout à l'heure à ce qui s'est passé dans les Ardennes. Mais, si fâché que soit un maire de voir surgir à côté de sa candidature celle du médecin de l'hospice, aurait-il pu révoquer celui-ci, si la Commission administrative n'avait eu sous la main un remplaçant tout prêt à accepter le poste vacant? Supposez que ce second médecin, se solidarisant avec son ancien et ressentant comme une insulte personnelle l'injure faite à son confrère, ait purement et simplement refusé de prêter les mains à la mesure prise contre lui. N'était-ce pas pour la municipalité un échec brutal et honteux, et pour les deux médecins un succès important et des plus honorables? L'affront fait à l'un d'eux était-il donc assez payé pour l'autre, des dix pauvres louis qui allaient grossir son budget de l'année?

Ailleurs, c'est autre chose. Un seul médecin existe dans une localité. Il s'y trouve un hospice dont, naturellement, il assure le service. Un nouveau médecin vient s'établir au même endroit. Cela ne justifie en rien une modification à l'état de choses existant. Néanmoins, la Commission administrative décide qu'à l'avenir le service médical de l'hospice sera fait par « tous les médecins de la localité ». Par la même occasion, le modeste traitement du premier

cédé de Withead par le professeur Podrena. Ce dernier, après avoir, au niveau de l'hémorrhoïde, fait une incision sur les limites de la muqueuse et de la peau, saisit ainsi une par une les tumeurs hémorrhoïdaires et les péduculise en les enserrant dans une anse de fil de soie; après quoi, il excise le bouton hémorrhoïdaire ainsi isolé. Cela fait, la muqueuse est suturée à la peau et la cicatrisation se fait avec les plus petites chances d'infection possible.

Ce procédé aurait, sur celui de Withead, qui ne ligature pas les tumeurs hémorroïdaires avant de les enlever, l'avantage d'éviter l'hémorragie et d'être beaucoup mieux toléré du malade.

— M. Gonget, interne des hôpitaux, nous donne, dans la *Presse médicale* du 7 décembre dernier, une exquisse de la **phlébite blennorrhagique**, à propos d'une observation qu'il a recueillie avec M. Le Noir, dans le service du professeur Bouchard. Les travaux parus sur la matière sont assez récents pour que nous tracions avec M. Gonget le rapide tableau de cette affection.

C'est à l'âge de la blennorrhagie qu'on l'observe, et principalement chez l'homme. La phlébite se montre de vingt jours à deux mois après l'infection, et, en moyenne, à six semaines après le commencement de l'écoulement. La saphène interne est le plus souvent frappée, puis vient la fémorale et ensuite les veines de la jambe et du bras.

Cette phlébite se propage le plus souvent par continuité, mais elle peut passer d'une veine à une autre très éloignée. Elle s'annonce avec tous les symptômes que fait éclore une affection inflammatoire; et localement on constate de l'induration le long de la veine atteinte, sur la peau une teinte rosée, puis de l'œdème du membre malade, le tout accompagné d'une douleur locale assez vive à la pression et se montrant de plus spontanément. Cette phlébite a une durée moyenne de quinze jours, souvent moins; elle ne suppure pas, et la guérison est la règle. La mort par embolie n'a été observée que dans un cas.

Le diagnostic n'en est pas difficile quand on a l'attention éveillée de ce côté; il faudra donc toujours y songer.

Quel est l'agent microbien qui produit la phlébite? Deux fois, Tédenat aurait trouvé le gonocoque dans la veine enflammée, et, dans des observations d'Hammonic et de Le Roy, on eut affaire à des agents mal définis. On n'est donc pas encore bien fixé; mais, étant reconnu que le gonocoque passe dans le sang, c'est lui qu'il faut, selon toutes probabilités, incriminer.

Comment l'agent infectieux se propage-t-il? Il est probable que dans les cas les plus habituels, il arrive à la veine par propagation directe, partant d'une articulation gonococcique, comme cela s'est vu dans plusieurs observations; quand, au contraire, la détermination phlébitique se fait à distance, il faut admettre la transmission par la circulation générale.

Quant au traitement, c'est le traitement habituel de la phlébite, institué concurremment avec celui de la blennorrhagie.

— L'**ensemencement épithélial** vient d'être imaginé par le Dr Von Mangolat (de Dresde), qui le donne comme un excellent procédé de greffe épidermique.

Voyons d'abord en quoi il consiste. Il a pour but d'abord de recueillir, par le râclage, de la graine épithéliale et de l'appliquer sur la surface à épidermiser. A cet effet, après avoir désinfecté, comme pour une intervention chirurgicale, la face interne

---

est supprimé en même temps que son titre. Désormais leurs soins seront payés à la visite, sur leur demande, d'après le tarif de l'assistance médicale, fixé par le département.

Quel mérite, je vous le demande, aurait eu le nouveau venu, à refuser un tel don et quelle perte matérielle en eût-il subie? Qu'a-t-il gagné à rendre possible, par son consentement, l'exécution de cette mesquinerie? Je ne le vois pas; mais je vois très bien que des faits de ce genre portent atteinte à notre corporation; que sa considération en souffre, et que ses intérêts étroitement unis à cette considération en pâtissent aussi.

L'estime en laquelle on nous tient varie en raison de celle que nous nous témoignons réciproquement. Nos titres les plus sérieux finiront par ne plus avoir de valeur. On voudra toujours avoir un médecin attaché à son hôpital, comme on veut un concierge à sa maison; mais avec cette infériorité de notre côté, que les références auront plus de poids en ce qui concerne le concierge. Et l'on verra, comme dans la Marne, une Commission administrative appelée à choisir entre deux médecins, laisser de côté celui que quinze ans de doctorat, le titre d'interne et de lauréat de thèse semblait désigner sans conteste à ses préférences, et nommer un jeune médecin dont le diplôme n'avait pas un mois de date, qui n'habitait pas le pays, et ne s'y trouvait alors qu'accidentellement, appelé pour remplacer un confrère malade.

Tels sont les faits, telles sont leurs conséquences. Quel remède à ce mal?

L'action administrative est nulle. L'action législative, plus qu'aléatoire, et ses résultats, s'il y en a, escomptables dans un avenir si éloigné qu'aucun de ceux de notre génération ne peut espérer d'en profiter.

Le remède existe cependant. Il serait d'une efficacité certaine et prompte. Nous le trouverons en nous-mêmes, et j'ai indiqué quel il doit être. C'est l'union, l'entente, l'harmonie parfaite entre nous, la solidarité étroite dans toutes les circonstances où les droits de l'un de nous sont lésés ou simplement menacés. Ne soyons pas confrères seulement à la première et à la dernière ligne de nos lettres. Ne le soyons pas de bouche seulement, devant les clients qui nous réunissent en consultation. Soyons-le de

ou externe du bras, à l'aide d'un rasoir stérilisé tenu perpendiculairement à la surface de la peau tendue préalablement, on gratte l'épiderme jusqu'au corps papillaire. On obtient ainsi un magma composé de cellules épithéliales et de sang, magma qui, sur une plaie récente, est appliqué directement ; mais s'il s'agit d'une plaie ancienne, il faut la désinfecter et l'aseptiser en grattant ses bourgeons charnus.

Le tout est recouvert de lanières de protective stérilisé en le faisant bouillir très peu de temps dans une solution de chlorure de sodium à 0,6 % ; ou bien encore, on se sert de feuilles de caoutchouc qui ont été trempées dans l'alcool absolu ; du coton aseptique termine le pansement.

Au bout de trois semaines, pendant lesquelles plusieurs pansements auront été faits, la cicatrisation de la plaie doit être terminée, celle-ci s'étant recouverte d'une couche d'épiderme.

Celle-ci, d'abord mince, ne tarde pas à s'épaissir et à se desquamer.

Quels sont les avantages de cette méthode sur les greffes de Thiersch ? Nous n'en voyons pas beaucoup. Le grattage est très douloureux et nécessite l'anesthésie. La peau est-elle plus solide ? Nous ne le pensons pas, et, quant à la rapidité de la guérison, elle n'est pas plus grande. L'auteur, cependant, fait valoir cet avantage que la surfaee grattée cicatrise plus vite que celle où l'on a pris une greffe de Thiersch.

— Nous trouvons dans l'*Union médicale du Nord-Est* une importante observation de M. Guelliot (de Reims) ayant trait à une **laparotomie suivie de guérison** dans un cas de rupture incomplète du cœcum. Ces succès sont à enregistrer, et, de plus, le fait particulier est que la plaie incomplète portait sur le gros intestin. Voici le résumé de ce cas : Il s'agit d'un enfant de douze ans, debout sur une chaise, quand il tomba le flanc droit sur le dossier.

Un moment après, il urine du sang, et, un peu plus tard, rend par l'anus des caillots et du sang liquide. L'hématurie se reproduisit ; le diagnostic de contusion du rein s'impose ; toute la moitié droite du ventre est douloureuse, et, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, on constate de l'empâtement et une légère diminution de la sonorité. L'enfant a eu, après l'accident, des vomissements non sanguinolents qui ne se sont pas reproduits.

Le lendemain, il ne va pas plus mal ; la température est de 38°6 et 39°.

Le jour suivant, la température atteint 39° le matin ; l'urine est rare et trouble. La douleur a considérablement augmenté ; le ventre est ballonné et douloureux. M. Guelliot pratique la laparotomie latérale.

Une longue incision en dedans de l'épine iliaque permet, après ouverture du péritoine, qui est jaunâtre, de tomber sur une masse d'un rouge foncé, le cœcum.

A trois travers de doigt du cœcum, un épanchement de sang noir forme une bosselure transversale qui soulève le péritoine. Il semble que les tuniques profondes n'existent plus à ce niveau. Une suture de Lembert, au catgut, réunit de haut en bas les parties saines et soutient la paroi intestinale. Plus bas, on trouve une lésion plus importante. Au niveau de l'ampoule, en dehors et en arrière de l'appendice, et sur une surface de deux centimètres environ, ovalaire, à grand axe vertical, la paroi cœcale se trouve uniquement constituée par la séreuse ; en déprimant celle-ci, on enfonce le doigt dans l'ampoule. Sans sectionner le péritoine, on fait une suture de Lembert en utilisant l'appendice pour reconstituer

---

cœur et soyons-le de fait. Soyons-le pour la dignité de notre art et pour l'honneur de notre profession ; soyons-le dans notre intérêt personnel. Unis, nul ne peut rien contre nous ; rivaux, nous sommes à la merci de chacun.

A l'occasion des attaques dont vient d'être victime pour la deuxième fois le médecin-major du 12e régiment d'artillerie, à Vincennes, les médecins militaires ont donné sans bruit, sans éclat, mais avec une fermeté très digne d'éloges, un bel exemple de cette solidarité et une belle preuve de ses effets. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les détails si précis et si concluants de l'enquête par laquelle ils ont confondu la calomnie qui s'attaquait à leur camarade, et d'apprécier la rédaction de l'autopsie, où éclate, dans toute sa lumière, l'innocence de l'accusé, sur laquelle ne peut plus planer le doute, même le plus léger. Non seulement il n'a été ni un négligent ni un bourreau, mais qu'il n'est pas coupable d'une erreur, puisque le diagnostic porté par lui devait être fatalement porté, et que « on ne pouvait en formuler un autre ». (Dr Noël.)

Et ainsi, sous la simple action de cette camaraderie loyale, se bornant à rechercher le vrai, sans subterfuges et sans détours, mais l'affirmant hautement, énergiquement, après l'avoir trouvé, se sont effondrées misérablement les attaques passionnées, cruelles, plus inconsidérées que méchantes, j'aime à le croire, dont trop de journalis es politiques s'étaient faits d'emblée les champions. Si, plus heureuse que la premiere fois, la victime obtient de poursuivre ses dénigrateurs devant les tribunaux, cette autorisation sera sans doute le résultat du zele que ses camarades ont apporté à la défendre.

C'est là, pour tous les médecins, je le répète, un exemple d'un puissant encouragement. C'est un noble exemple, en tous cas, et c'est un plaisir en même temps qu'un devoir de remercier ceux qui l'ont donné.

Un monument à Quesnay. — Un comité s'est formé pour élever, dans la commune de Méré, où il est né le 4 juin 1694 et où il est mort le 26 décembre 1774, un monument commémoratif à François Quesnay, chirurgien-médecin consultant de Louis XV.

---

la paroi intestinale et en invaginant longitudinalement toute la partie lésée. Après un lavage boriqué, le ventre est refermé. La guérison eut lieu sans incident.

E. R...

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La discussion sur la *chirurgie du poumon* devait prendre fin dans cette séance. M. Tuffier devait répondre aux différentes objections que sa communication avait soulevées; mais M. Bazy a demandé la parole pour répondre, et par conséquent la discussion va reprendre.

Résumons donc la réponse de M. Tuffier. Il commence par dire que l'élévation de température dans les hémothorax, a été reconnue par la plupart des chirurgiens, comme indépendante d'une infection suppurative et passe ensuite à l'étude du *décollement pleural*, qu'il a préconisé et qu'il vient défendre. Il est bien entendu, et il l'a toujours dit, que lorsqu'il y a des adhérences, ce décollement ne peut être même discuté; mais il en est tout autrement, quand les adhérences n'existent pas. Ici, plusieurs chirurgiens l'ont adopté, MM. Quenu, Delorme, entre autres et, après tout, si M. Ricard a donné une observation en faveur de la pleurotomie, M. Quenu en a apporté une autre en faveur du décollement; il n'y a donc rien qui puisse déprécier cette dernière *méthode*. Voilà les arguments donnés d'abord par M. Tuffier, qui reprend ensuite la question à un point de vue plus large.

Tout d'abord, l'exploration médicale doit être défendue, et si elle est incertaine quelquefois, elle n'est cependant pas si souvent que cela en défaut. C'est donc le médecin qui doit indiquer d'abord le siège de l'intervention et décider la pneumotomie. Les côtes sont donc réséquées, et on se trouve en face de la plèvre pariétale, on constate des adhérences; on n'a alors qu'à attaquer directement le poumon. On ne constate pas d'adhérences; ici, deux lignes de conduite se présentent : inciser directement la plèvre comme le veulent MM. Bazy et Ricard. ou pratiquer le décollement de la plèvre. Il préfère cette seconde manière d'agir à cause du danger du pneumo-thorax. M. Quenu en a cité un cas; M. Tuffier, sur deux fois qu'il a pratiqué la pleurotomie d'emblée, a eu une fois des accidents graves, qui l'ont forcé à suturer le poumon à la plaie pleurale pour faire cesser l'asphyxie.

De plus, cette pleurotomie directe peut infecter la plèvre et dans une des deux observations, où il l'a pratiquée, il a eu un pyo-pneumo-thorax.

Enfin, il faudrait prouver qu'avec le doigt sur le poumon, on peut toujours se rendre compte des lésions pulmonaires, ce qui n'est pas exact, comme le démontrent un cas de M. Quenu et un qui lui est propre.

La *thoracotomie extra-pleurale*, au contraire, évite le pneumo-thorax. Celle-ci comporte deux modes de faire : ou suturer le poumon à la plèvre et, cela fait, l'inciser, ce qui a donné d'excellents résultats à plusieurs chirurgiens, à M. Roux (de Lausanne), entre autres, ensuite pratiquer le décollement pleuro-pariétal; celui-ci permet *de visu* de reconnaître s'il y a des adhérences, et comme d'après l'exploration médicale elles ne sont jamais très loin, il n'est pas nécessaire de décoller une très grande surface de plevre pour les voir ou les sentir. M. Quenu s'est très bien trouvé, comme M. Tuffier, de cette méthode, et M. Tuffier nous a du reste dit qu'elle était assez rarement applicable et un peu exceptionnelle.

M. Moty fait une communication sur les moignons obtenus sans régularisation chez douze soldats qui avaient eu les poignets coupés par les Annamites, et a l'air d'approuver la non régularisation des sections accidentelles de membre. Ce à quoi M. Poirier lui répond que, du coup, il démolit toute la médecine opératoire.

M. Ferrier (de Nancy) fait une communication sur deux cas d'appendicite opérés à froid, et se base sur l'examen de ces appendices pour en donner une pathogénie de l'affection.

M. Chaput fait la démonstration d'un *nouveau bouton anastomatique pour les opérations sur l'intestin*.

Voici les termes propres de M. Chaput, qui a bien voulu nous remettre sa communication :

« Le bouton que je vous présente, vu de face, a la forme d'un anneau elliptique, et est percé au centre d'un orifice allongé, mesurant cinq millimètres de large sur trente millimètres de long. De profil, ses bords ont la forme d'une gouttière circulaire qui mesure dix millimètres de large et huit millimètres de profondeur. L'appareil est en étain pur; les lèvres de la gouttière présentent de chaque côté trois incisures, et les lames séparées par ces incisions sont minces et peuvent facilement s'écarter ou se rapprocher par pression des doigts, agrandissant ainsi ou diminuant la largeur de la gouttière.

« Voici comment on emploie cet appareil. Supposons qu'il s'agisse d'une entéro-anastomose. Je fais d'abord sur chaque anse une incision longitudinale suffisante pour le passage du bouton.

« Je borde chaque orifice intestinal avec une suture en bourse, et je serre cette suture en bourse qui s'enfonce au fond de la gouttière circulaire de mon bouton.

« Je place ensuite une autre suture en bourse sur l'autre orifice intestinal et je serre également cette suture dans le fond de ma gouttière, dont une lèvre se trouve dans une anse et l'autre dans l'anse voisine.

« A travers les parois intactes, je rapproche avec les doigts les lèvres de la gouttière. Ce serrage fait l'effet d'un véritable étage, car les lames, une fois rapprochées, ne s'écartent plus que difficilement.

« Par précaution, je place, en outre, autour du bouton, quelques points de suture séro-séreux, complémentaires, espacés les uns des autres d'un centimètre environ.

« Il existe une seconde manière d'appliquer le bouton, beaucoup plus correcte et plus rapide, mais un peu plus difficile, non pas à exécuter, mais à décrire.

« Voici cette manière, qui est la seule bonne au point de vue technique.

« Je commence par placer une suture en surjet sur toute la longueur des lèvres postérieures de l'entéro anastomose et je noue les deux chefs du fil au fond de la gouttière de mon bouton.

« J'engage alors le milieu d'un autre fil dans la gorge postérieure de la gouttière et, avec le chef supérieur, j'exécute un surjet sur les lèvres antérieures de l'anastomose. Je noue ensuite les deux chefs de ce second fil.

« Il ne me reste plus qu'à rapprocher les bords de la gouttière et à placer la suture de sûreté comme il a été dit plus haut.

« Il existe quatre modèles de ce bouton :

« N° 1, pour la cholécystentérostomie;

« N° 2, suture circulaire de l'intestin grêle;

« N° 3, suture circulaire du gros intestin;

« N° 4, pour la gastro-entérostomie et l'entéro-anastomose.

« La suture circulaire s'exécute de la même façon que l'entéro-anastomose; on se comporte vis-à-vis des orifices circulaires exactement comme on le fait pour ceux de l'entéro-anastomose.

« J'ai employé ce bouton plusieurs fois chez l'homme. Sur une malade atteinte de cancer stomacal, j'ai pratiqué dans une même séance la gastro-entérostomie, avec une ligature du bout supérieur et entéro-anastomose; la malade, opérée le 27 septembre 1895, vit encore. C'est donc un double succès.

« Sur un vieillard de soixante et onze ans, atteint d'un cancer du côlon transverse, j'ai anastomosé l'intestin grêle avec l'S iliaque. Le dixième jour, le bouton était tombé dans le rectum, d'où je le retirai. Le malade mourut pour une raison étrangère à l'opération, mais j'avais constaté, par une seconde laparotomie, l'intégrité absolue du péritoine et de l'anastomose. L'examen du bouton rendu a montré qu'il n'y avait pas de tissus sphacelés entre les lèvres de la gouttière. C'est là un résultat intéressant et vraiment merveilleux.

« C'est donc un troisième succès à inscrire à l'actif du bouton.

« Sur un troisième malade atteint de symptômes de sténose pylorique, je fis une gastro-entérostomie avec mon bouton. Ce malade eut, après l'opération, des vomissements incoercibles dont je ne discuterai pas la cause ici. Quoi qu'il en soit, les vomissements furent si violents que le malade rompit la cicatrice de sa paroi abdominale; malgré ces conditions défavorables, la gastro-entérostomie était parfaite, comme on le constata après la mort, qui survint par épuisement.

« Mon bouton présente une série d'avantages sur celui de Murphy :

« 1° L'opération est plus rapide, puisqu'on ne fait qu'un seul surjet au lieu de deux ;

« 2° Mon gros bouton a une circonférence plus petite que le plus petit bouton de Murphy; il a un orifice plus grand que le plus gros bouton de Murphy ;

« 3° Mon bouton ne sphacèle pas l'intestin comme le bouton de Murphy; il est donc moins dangereux ;

« 4° Mon bouton peut toujours être appliqué dans de bonnes conditions, quelle que soit l'épaisseur des parois stomacales ou intestinales. On sait qu'il n'en est pas de même avec le bouton de Murphy ;

« 5° Tandis que le bouton de Murphy ne peut être desserré, le mien peut l'être facilement, avec le pavillon d'une sonde cannelée ;

« 6° Mon bouton est très simple, il ne porte pas de mécanisme délicat ou compliqué; il ne peut se fausser comme celui de Murphy. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 décembre 1895

Ainsi que M. Hayem l'a montré dans la dernière séance, à propos de l'intéressante communication de MM. Gaucher et Ballé sur l'*intoxication bismuthique*, le sous-nitrate de bismuth, administré par la voie stomacale, ne produit, même à fortes doses, aucun accident. On en trouverait également une preuve éclatante dans le fait d'un malade de M. Mathieu, atteint d'hyperchlorhydrie avec douleurs intenses. Ce malade prit, en deux mois et demi, environ 1,600 grammes de sous-nitrate de bismuth. Or, il ne présenta aucun trouble grave de la santé, ni stomatite, ni constipation trop intense, aucun signe d'intoxication; il avait cependant une pigmentation de la face analogue au masque de la grossesse, pigmentation qui disparut quand on interrompit l'administration du bismuth.

Au point de vue de l'affection gastrique, il faut remarquer que les douleurs étaient considérablement diminuées, mais que ni la sécrétion ni la motricité de l'estomac n'avaient été sensiblement modifiées. M Hayem a constaté bien souvent, de son côté, des résultats analogues par l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans l'hyperchlorhydrie : diminution des douleurs, non modification du chimisme gastrique. A ce sujet, M. Mathieu déclare avoir obtenu de bons effets du sulfate d'atropine, donné à la dose de un milligramme et demi pendant deux ou trois semaines.

— M. Ramond, interne des hôpitaux, communique ensuite un fait de *dissociation segmentaire du myocarpe dans un cas de « cœur forcé »*. Le malade, coureur de profession, après avoir fourni une course de 30 kilomètres en quatre heures environ, avait succombé avec tous les symptômes d'une asystolie aiguë, d'une myocardite de surmenage, pour employer l'expression de Peter. L'examen des urines ne put être pratiqué.

A l'examen microscopique du cœur, on trouva des lésions indiscutables de dissociation segmentaire avec une hémorragie interstitielle considérable.

S'appuyant sur les travaux de Ruffer, Bouchard, Charrin, Roger, Rouquès, etc., M. Ramond attribue la genèse de ces lésions à la production en quantité considérable de toxines ou de leucomaïnes ; on sait, en effet, le rôle des exercices musculaires violents et prolongés, du surmenage aigu dans la formation de ces substances. La dissociation segmentaire du cœur semble donc être due ici à une auto-intoxication.

— Le fait que M. Hanot communique brièvement à la Société présente un haut intérêt, car il a trait à la pathogénie, jusqu'ici bien obscure, de l'ostéomalacie

A l'autopsie d'une femme devenue ostéomalacique à l'âge de vingt-deux ans, M. Hanot a trouvé un épithéliome lobulé, généralisé, pour ainsi dire, à tout le système osseux, mais avec prédominance au sacrum et aux os iliaques. Il y avait, en outre, dans le foie une tumeur de même nature.

M. Hanot ne prétend point que ce soit là une cause unique de l'ostéomalacie. Et, en effet, en 1874, il a déjà observé, dans un autre cas d'ostéomalacie, des lésions osseuses diffuses dues à la syphilis. M. Hanot n'affirme point non plus que le cancer ou la syphilis aient à eux seuls produit l'ostéomalacie. Mais de tels faits sont à signaler : ils indiquent peut-être la voie dans laquelle on doit s'engager pour résoudre ce problème pathologique.

Il faut remarquer, toutefois, qu'il n'y avait ni syphilis ni cancer dans le cas que M. Widal a observé, et dont il étudie en ce moment les pièces anatomiques.

— M. Comby lit ensuite une courte note intitulée : *ulcération sublinguale et subglossite diphtéroïde indépendantes de la coqueluche*.

On peut observer, d'après M. Comby, en dehors de la coqueluche, deux ordres de lésions du frein de langue : 1° *une ulcération sublinguale*, rappelant trait pour trait celle de la coqueluche, et survenant chez des enfants qui toussent ou qui ont toussé, sans avoir de quintes coqueluchiales ; 2° *une subglossite diphtéroïde* ou papillomateuse, dite encore maladie de Riga, qui se rencontre chez les enfants poussant incessamment la langue hors de la bouche et irritant chroniquement la muqueuse du frein.

— Enfin, au cours de la séance, M. MARIE a signalé une déformation particulière « en taille de guêpe » qu'il a rencontrée dans trois cas de *myopathie atrophique progressive*, et M. HUCHARD a montré des pièces anatomiques provenant d'une femme de trente-huit ans atteinte de rétrécissement mitral compliqué d'endocardite végétante, et morte rapidement par obstruction de l'orifice auricolo-ventriculaire gauche.

REVUE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Dans leurs précédentes communications, MM. PHISALIX et G. BERTRAND ont démontré qu'il existe dans le sang de la vipère et de la couleuvre des principes toxiques analogues à ceux du venin, et ils ont considéré l'immunité de ces animaux pour leur propre venin, comme le résultat d'une accoutumance. Depuis, de nouvelles expériences leur ont fait concevoir la possibilité d'une autre explication. A la suite de recherches sur l'immunité naturelle du hérisson contre le venin de vipère, recherches dans lesquelles ils ont montré l'existence simultanée dans le sang du hérisson, de substances toxiques et de substances antitoxiques. Ils ont cherché s'il n'en serait pas de même pour le sang de la vipère. A cet effet, du sérum de vipère a été chauffé à 58 degrés pendant quinze minutes, puis injecté dans le péritoine de plusieurs cobayes. Or, tandis qu'il suffit d'un demi-centimètre cube de sérum normal pour tuer le cobaye, plusieurs centimètres cubes de sérum chauffé ne produisent aucun accident, ce qui démontre que les substances toxiques du sérum sont détruites.

De plus, l'injection du sérum chauffé immunise l'animal contre le venin.

En résumé, chez la vipère et la couleuvre, il y aurait, comme en général chez les animaux vaccinés artificiellement, production de substances anti-toxiques, par suite d'une réaction défensive de l'organisme. D'après cela, on pourrait peut-être expliquer l'immunité de ces reptiles pour leur propre venin, plutôt par une sorte d'auto-vaccination que par l'accoutumance. Mais à supposer même qu'il n'en soit pas ainsi, l'existence de principes anti-venimeux dans le sang de la vipère et de la couleuvre n'en a pas moins une signification importante, au point de vue de la physiologie générale. Elle démontre une fois de plus que dans l'organisme, à mesure que des cellules sécrètent une toxine, il se produit une réaction antagoniste, dont le résultat est la formation d'une anti-toxine spécifique.

— La plupart des auteurs expliquent le rôle immunisant et curateur du sérum anti-diphtérique, uniquement par ses propriétés préventive et antitoxique : Behring, Koudrevelzky, Grabrilchewsky lui ont refusé tout pouvoir bactéricide. Contrairement à ces expérimentateurs, M. J. NICOLAS a observé une action bactéricide (ce terme étant employé dans son sens le plus large) très nette du sérum de cheval immunisé, se manifestant sur la végétalité et la virulence du bacille de Löffler, sans modifications de la forme ni des réactions histo-chimiques de cet agent.

M. Nicolas pose les conclusions suivantes :

L'action préventive et thérapeutique du sérum de cheval immunisé contre le bacille de Löffler est probablement due à l'acquisition de propriétés multiples.

A côté du pouvoir antitoxique dont le sérum anti-diphtérique est doué et auxquels les travaux récents attribuent un rôle trop exclusif, il faut donner une place au pouvoir bactéricide, très net, de ce sérum, vis-à-vis du bacille de Löffler.

Ce pouvoir bactéricide manifeste son action *in vitro*, sur le bacille de Löffler, en affaiblissant sa végétabilité et en atténuant sa virulence, ou même en le tuant complètement. Il semble proportionnel au degré de puissance immunisante du sérum utilisé.

L'affaiblissement de la végétabilité et l'atténuation de la virulence, observés dans ces conditions, ne paraissent pas se transmettre en générations successives sur des milieux favorables.

La végétation du bacille de Löffler dans le sérum de cheval normal semble lui conserver une virulence plus forte et plus durable que sa végétation en bouillon de bœuf peptonisé à 20 °/₀₀, fait déjà établi pour d'autres agents pathogènes, en particulier pour le streptocoque.

— On avait pensé, jusqu'à présent, que la distinction fondamentale, au point de vue anatomique, entre les polynévrites et les poliomyélites, repose sur l'existence d'une lésion constante des nerfs périphériques, dans les premières, avec intégrité absolue des centres d'origine des nerfs affectés. Or, les recherches expérimentales sur les sections nerveuses, que M. MARINESCO poursuit depuis plusieurs années, la théorie des neurones appliquée à la pathologie nerveuse et, surtout, les constatations anatomo-pathologiques dans les cas de polynévrites, semblent susceptibles de modifier les idées actuelles sur ces dernières.

M. Marinesco n'entend pas, par là, rayer du cadre nosographique les névrites multiples, mais il veut prouver qu'à ces lésions des nerfs périphériques sont associées des lésions de leurs centres trophiques.

A l'instar des sections nerveuses expérimentales, les lésions des nerfs, dans les polynévrites, qui consistent dans la destruction du cylindre-axe, sont suivies de lésions dans les centres d'origine de ces nerfs. Mais ces lésions, pour la plupart curables, ne dépendent pas d'un envahissement progressif du neurone par névrite ascendante, mais d'une réaction à distance de la cellule nerveuse, réaction due à l'altération de ses prolongements.

— MM. HAUSHALTER et GUÉRIN ont recueilli une observation intéressante d'idiotie, compliquée de troubles cutanés et d'albuminurie. Il s'agit d'un idiot congénital, qui, à l'âge de six ans, peu de temps avant d'être livré à l'observation, se cachectise, en même temps que surviennent de de la bouffissure de la face, un épaississement avec état de sécheresse, au niveau de la peau des membres inférieurs. Bien que l'examen clinique n'ait permis de retrouver, comme cause de cet état, aucune affection commune; bien que chez cet enfant, cet œdème de la face, cette hypertrophie de la peau, cette cachexie, aient coïncidé avec une absence, ou en tout cas une atrophie du corps thyroïde, constatée au palper, il n'est pas permis de ranger ce petit malade, de taille et de développement normal, parmi les idiots myxœdémateux, dont les rares observations se rapportent toutes à un type bien défini et bien différent. Tout au plus, pourrait-on se demander avec Thibierge, si le myxœdème spontané ne comporte pas de formes frustes ou atténuées, ou s'il n'existe pas une relation réelle entre l'atrophie thyroïdienne constatée souvent par lui chez quelques idiots, et le degré d'abaissement de l'intelligence. On pourrait rappeler que dans le crétinisme endémique, comme dans le crétinisme sparadique, qui ne répond pas à un type ou un habitus unique, il est des individus, qui non seulement ne présentent pas de goitre, mais pas même de corps thyroïde. Quoi qu'il en soit, en même temps que la cachexie, la bouffissure faciale, l'épaississement de la peau des jambes, existait dans l'urine de ce malade une albumine de nature singulière, que les auteurs rattachent aux nucléo-albumines; rien ne permet d'assimiler cette nucléo albumine à la thyroprotéïde, qui d'après Nathine, de Kiew, s'ac-

cumule chez le myxœdémateux, mais qui d'ailleurs n'a pas été décélée dans leur urine.

Sous l'influence de l'ingestion de corps thyroïde de mouton, bouffissure de la face, épaississement de la peau, nucléo albuminurie disparurent, ce qui autorise, semble-t-il, à supposer que ces troubles avaient en grande partie leur raison d'être, sinon dans une absence, du moins dans une atrophie ou une perturbation fonctionnelle de la glande thyroïde.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 décembre 1895

Séance publique annuelle et Distribution des Prix de 1895.

Mardi dernier a eu lieu la séance publique annuelle et la distribution des prix de l'Académie de Médecine pour l'année 1895.

Après la lecture, par M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel, du rapport général sur les prix décernés en 1895 et l'énumération des prix proposés pour les années 1896, 1897 et 1898, M. Jules Bergeron, secrétaire perpétuel, a lu l'éloge de Gubler.

Voici la liste des prix :

PRIX DE L'ANNÉE 1895

Prix de l'Académie. — 1,000 fr.

Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

M. Tissot, étudiant en médecine, à Paris.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 fr.

1° Un prix de 600 fr. à M. E. Gourfein, médecin interne à la fondation Rothschild, de Genève ;

2° Encouragement de 200 fr. à MM. Sapelier et Villecourt, de Paris.

Prix Barbier. — 2,000 fr.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants :

1° 500 fr. à M. E. Legrain, de Bougie (Algérie) ; 2° 400 fr. à MM. Sapelier et Villecourt, de Paris ; 3° 300 fr. à M. Goldschmidt, de Paris ; 4° 300 fr. à M. Martial Hublé, médecin-major de 2e classe, à Nantes ; 5° 250 fr. à M. Galliard, de Paris ; 6° 250 fr. à M. Lanaroff, de Noukha (Caucase).

Prix Henri Buignet. — 1,500 fr.

M. Chabrié, de Paris.

Prix Mathieu Bourceret. — 1,200 fr.

Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Des encouragements sont accordés :

1° 600 fr. à M. Léon Germe, d'Arras ; 2° 300 fr. à M. A. Mariau, médecin-major, à Brives (Corrèze) ; 3° 300 fr. à M. Henri Martin, de Paris.

Prix Adrien Buisson. — 10,500 fr. (Triennal.

Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque là incurables, dans l'état actuel de la science.

Sept candidats se sont présentés.

Un prix de 6,000 fr. est décerné à M. Jarre, de Paris.

L'Académie décerne en outre les récompenses suivantes :

1° 2,000 fr. à M. Chervin, de Paris ; 2° 1,000 fr. à MM. Wurtz et Marcano, de Paris ; 3° 500 fr. à M. Galliard, de Paris ; 4° 500 fr. à M. Cristiani, privat-docent à l'Université de Genève ; 5° 500 fr. à M. Catrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Prix Chevillon. — 1,500 fr.

M. Répin, de Paris.

Prix Daudet. — 1,000 fr.

Question : *Du myxœdème.*

L'Académie partage le prix entre M. Adolphe Combes, de Lausanne ; M. et Mme Cristiani, de Genève.

Prix Desportes. — 1,300 fr.

L'Académie partage le prix entre M. Thibierge, de Paris, et M. Delorme, professeur au Val-de-Grâce.

Mentions honorables à MM. Lyon et Thiercelin, de Paris.

Concours Vulfranc Gerdy.

L'Académie a versé en 1895 les sommes suivantes à MM. les stagiaires :

1° 3,250 fr. à M. Ranglaret ; 2° 3.250 fr. à M. Leblanc ; 3° 500 fr. à M. Bernard ; 4° 1,000 fr. à M. Arthus.

MM. Arthus et Bernard ayant terminé leur stage à la satisfaction de la Commission des eaux minérales, l'Académie leur accorde, en outre, le titre de lauréat *(Prix d'hydrologie)*.

Prix Ernest Godard. — 1,000 fr.

MM. Bertrand et Fontan, médecins de la marine, à Toulon.

Mentions honorables à : 1° M. Max Melchior, chef de clinique de chirurgie à l'hôpital Frédéric, de Copenhague ; 2° M. Jayle, de Paris.

Prix Huguier. — 3,000 fr. (Triennal).

MM. Stéphane Bonnet et Paul Petit, de Paris.

Prix de l'Hygiène de l'Enfance. — 1 000 fr.

Question : *Hygiène de la peau pendant la première enfance.*

M. René Millon, de Paris.

Mention honorable à M. Daniel Paterne, de Blois.

Prix Laborie. — 5,000 fr.

L'Académie décerne un prix de 2,500 fr. à MM. Gouguenheim et Glover, de Paris.

Les récompenses suivantes sont, en outre, accordées :

1° 1,500 fr. à M. Chipault, de Paris ; 2° 500 fr. à M. Reverdin, de Genève ; 3° 500 fr. à M. Delbet, de Paris.

Prix Laennec. — 1,000 fr.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 500 fr. à M. Jacquemart, de Paris.

Prix Laval. — 1,000 fr.

M. Gauchery, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Louis. — 4,000 fr. (Triennal).

Un prix de 3,000 fr. est décerné à M. Briquet, Armentières (Nord).

Une récompense de 1,000 fr. est, en outre, accordée à MM. F. Henrijean et G. Corin, de Liège (Belgique).

Prix Mège. — 900 fr. (Triennal).

MM. Weber et Blind, de Paris.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). 2,600 fr.

1° 1,200 fr. à MM. Terson et Cuénod, de Paris ; 2° 600 fr. à M. Demicheri, de Paris.

L'Académie accorde en outre : 1° une mention honorable avec une somme de 400 fr. à M. Morax, de Paris ; 2° une mention honorable avec une somme de 400 fr. à MM. Macé de Lépinay et Nicaty, de Marseille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1,500 fr.

1° Un prix de 1,000 fr. à M. Léon Petit, de Paris ; 2° encouragement de 500 fr. à M. Loir, directeur de l'Institut Pasteur, à Tunis ; 3° mention honorable à M. Mauclair, de Paris.

Prix Oulmont. — 1,000 fr.

M. Gouget, interne (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

Prix Perron. — 3,800 fr. (Quinquennal).

Un prix de 1,800 fr. à M. Sabouraud, de Paris.

L'Académie accorde en outre, les encouragements suivants :

1° 600 fr. à M. Londe, de Paris ; 2° 600 fr. à M. Rénon, de Paris ; 3° 400 fr. à M. Laskowski, professeur à la Faculté de Genève ; 200 fr. à M. Halipré, de Rouen ; 5° 200 fr. à M. Vaudin, pharmacien, à Fécamp ; 6° enfin, une mention honorable à M. Perregaux, de Paris.

Prix Portal. — 600 fr.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 300 fr. à M. G. Nepveu, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

Prix Pourat. — 1,200 fr.

M. Lucien Camus, de Paris.

Mention honorable à M. et Mme Cristiani, docteurs à Genève.

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr. (Bisannuel).

Le prix est partagé entre MM. P. Guiard et Jules Sottas, de Paris.

Mentions honorables à MM. Carry, de Lyon, et Edward Ehlers, de Copenhague.

PRIX VERNOIS. — 700 fr.

L'Académie partage le prix entre MM. Blaize, professeur à la Faculté de Montpellier, et Cartier, de Toulon.

Mentions honorables :

1° M. Ciaudo, de Nice ; 2° M. Legrand, médecin de 1re classe de la marine ; 3° M. Detroye, médecin-vétérinaire, inspecteur sanitaire de la ville de Limoges; 4° M. Toulouse, de Paris.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES

1° *Médaille d'or, à :* M. Sénac-Lagrange (Cauterets).

2° *Médaille d'argent, à :* MM. Barbaud (Luxeuil), et Rouillard, médecin de l'asile de Villejuif; Bottey (Divonne); Censier (Bagnoles-de-l'Orne); Duhourcau (Cauterets); Lavergne (Biarritz).

3° *Rappels de médailles d'argent, à :* MM. Delastre (Brides); Forestier (Aix); Lavielle (Dax); Mabboux (Contrexéville); Planche (Balaruc).

4° *Médailles de bronze, à :* MM. Elevy (Biarritz); Guéridaud (Saint-Gervais); Guyenot (Aix); Racine (Luchon); Verdenal (Eaux-Chaudes).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES

1° *Médailles d'or, à :* MM. Bertin (Nantes); Gibert (Havre).

2° *Rappels de médailles d'or, à :* MM. Blanquinque (Laon); Chabenat (La Châtre, Indre); Durand (Marseillan, Hérault); Fichot (Nevers); Fiessenger (Oyonnax, Ain); Leger (Abbeville); Pennetier (Rouen).

3° *Médailles d'argent, à :* MM. Francis Bernard, médecin-major de 2e classe (Dijon); Delmas, médecin principal de 2e classe (Poitiers); Henri Fournier, médecin-major de 1re classe (Paris); Guibert (Moncontour, Côtes-du-Nord); Léon Jaubert, médecin-major de 2e classe (Mont-Dauphin, Hautes-Alpes); Lesueur (Bernay, Eure); Magnant (Gondrecourt, Meuse); Olivier, médecin-major de 2e classe, au 30e régiment de dragons (Saint-Etienne); Lucien Raynaud (Alger); Vergely (Bordeaux).

4° *Rappels de médailles d'argent, à :* MM. André (Toulouse); Balestre (Nice); Bastiou (Lannion); Darbout (Boucau, Basses-Pyrénées); Delahousse, médecin principal (Limoges); André Dubrulle, médecin-major de 1re classe, au 23e régiment d'infanterie (Bourg); Lacaze (Montauban); Rousseau (Vouziers); Tuefferd (Montbéliard).

5° *Médailles de bronze, à :* MM. André (Péronne); Baratier (Jeugny); Bascou (Bouïsse, Aude); Blusson (Brive); Boquin (Autun); Bouchereau, médecin major de 1re classe, et E. Grasset (Riom); Caron (Dieppe); Cassedebat, médecin-major de 1re classe, au 2e régiment de zouaves; Cerf-Mayer (Brest); Chagnoleau (Rochefort); Cordillot, médecin aide-major de 1re classe, au 5e chasseurs d'Afrique (Orléansville); De Ferry de la Bellonne (Apt); De la Croix (Lisieux); Descoings (Angers); Dessaux (Tôtes); Dignat (Paris); Gaumé (Quimper); Legros (Rochefort-sur-Mer); Le Mouligou (Quimperlé); Levassor (Mortagne); Lévêque (Montdidier); Auguste Marotte, médecin aide-major de 1re classe (Bourg); Martin-Durr (Paris); Mignot (Gannat); Morer, médecin-major de 1re classe (Montpellier); Pépin (Hénan-Bihen); Péradon, médecin-major aux hôpitaux de Tunisie); Rayer (Andelys); Renard, médecin principal de 1re classe; Richer de Forges (Morlaix); Salicetti (Bastia); Thibaudet (Saint-Claude); Trouillet, médecin-major de 1re classe, au 2e d'artillerie (Grenoble).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

1° *Médailles de vermeil, à :* MM. Barthès (Caen); Rollet, inspecteur départemental (Bourg).

2° *Rappel de médaille de vermeil, à :* M. Denizet, inspecteur départemental (Château-Landon).

3° *Médailles d'argent, à :* MM. Béretta, inspecteur (Amiens); Comby (Paris); Edelga, inspecteur (Draguignan); Lehec (Châtillon-sur-Indre); Mallet (Saint-Quentin); Millon (Paris); Rome, sous-inspecteur des enfants assistés de la Haute-Loire (Le Puy); Toussaint, médecin-major de 2e classe (Ecole Saint-Cyr); Trotignon (Issoudun).

Rappels de médailles d'argent, à : MM. Doumic (Poissy, Seine-et-Oise); Gaudefroy (Vatan, Indre).

5° *Médaille de bronze, à :* MM. Brallet (Le Thillot, Vosges); Capelle (Beaumetz-les-Cambrai, Pas-de-Calais); Delfau (Bessèges, Gard); Le Beau (Saint-Vit, Doubs); Nory (Sainte-Suzanne, Mayenne); Pelvet (Vire, Calvados).

SERVICE DE LA VACCINE

500 fr. à M. A. Bolognesi, interne des hôpitaux de Paris; 500 fr. à partager par moitié entre MM. J. Delobel, et P. Cozette, médecin-vétérinaire (Noyon, Oise); 500 fr. à M. Léon Gauvry (Bernay, Eure).

Quatre médailles d'or, à : MM. Ausset, médecin aide-major, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille (Nord); Bergasse, médecin-major de 2e classe, au 1er hussards (Valence, Drôme); Cassedebat, médecin-major de 1re classe, au 2e zouaves (Oran, Algérie); E. Maureau, médecin de 2e classe du corps de santé des colonies.

L'Académie a, en outre, accordé cent médailles d'argent, notamment à MM. les docteurs :

Allaire (Nozay, Loire-Inférieure); Baratier (Seugny, Aube); J.-C. Baurac (Saïgon); De Béchon (Brest); Bernard (Toulouse); Bertrand (Le Mans); Billon (Paris); Boichin (Nozeroy, Jura); Bompaire (Millau, Aveyron); Bouteloup (Orléansville); Breucq (Bayonne); Carpentier (Paris); Chablaud (Prades); Chaumier (Tours); T. Chonneau-Dubisson (Villers-Bocage, Calvados); Ciaudo (Nice); Colin (Quimper); Coquaud (Saint-Martin-des-Noyers, Vendée); P. Cordier (Le Baol, Sénégal); Crimail (Nantes); Duvernet (Paris); Eltchaninoff (Saint-Calais, Sarthe); Faucheux (Allemant, Marne); Fauvel (Fécamp); Fougeron, (Massignac, Charente); Fouilloux (Saint-Bonnet-le-Château, Loire); Gaillard (Le Creusot); Gehin (Djelfa, Algérie); Genty (Alger); Georges (Laghouat); C. Grenet (Héricourt, Haute-Saône); Grias (Pont-Aven); Grimaldi (Bastia); Guers (Mouzaïaville, Algérie); Guével (Pont-l'Abbé, Finistère); Guillou (Saint-Paul-de-Léon, Finistère); Gustin (Noirmoutiers, Vendée); Hellet (Clichy); J. Jablonski (Poitiers); Janin (Grand Lemps, Isère); De la Croix (Lisieux); Lafite (Epinal); Lagarde (Montauban); Lamy (Larochefoucauld); Le Boutellier (Valognes, Manche); De La Nièce (Paris); Lemaire (Le Tréport); Leroy (Châteaubriant); Leterrier (Barfleur, Manche); Maffre (Dinan); Morer (Tarascon); Morvan (Pleyben, Finistère); Nodet (Le Chambon, Loire); Ohier (Dinan); Ollier (Saint-Maixent); Ollivier (Réunion); Pépin (Hénan-Bihen, Côtes-du-Nord); Plantard (Chantenay, Loire-Inférieure); Pourquier (Montpellier); Puig (Ghardaïa, Algérie); Raymond (Paris); Reisser (Oued-Fodda, Algérie); Revouy (Saint-Symphorien-d'Ozon, Isère); Rigodon (Montbrison); Sahut (Gannat, Allier); Salmon (Lanvollon, Côtes-du-Nord); Sanquer (Morlaix, Finistère); Schmit (Rennes); Schwartz (Affreville, Algérie); Ch. Tauchon (Valenciennes); Vérité (Alger); Viallaron (Firminy, Loire); Vivier (Angoulême); De Welling (Rouen).

***

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1896

(Les concours seront clos fin février 1896.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.*

PRIX AMUSSAT. — 1,000 fr. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

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.

PRIX BAILLARGER. — 2,000 fr. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

PRIX BARBIER. — 2,000 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.

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1,200 fr. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1,200 fr. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

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. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 fr. serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 fr. sera partagée en deux prix de 1,500 fr. chacun.

Prix Capuron. — 1,400 fr. (Annuel.) — Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.*

Prix Chevillon. — 1,500 fr. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

Prix Daudet. — 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *Des angines couenneuses non diphtériques.*

Prix Desportes. — 1,300 fr. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. — 900 fr. (Bisannuel.) — Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.*

Prix Ernest Godard. — 1,000 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3,000 fr. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Hugo. — 1,000 fr. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

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.

Prix du baron Larrey. — 500 fr. (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

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.

Prix Lefèvre. — 1,800 fr. (Triennal). — Question : *De la mélancolie.*

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.

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. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Nativelle. — 300 fr. (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

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 la dysenterie, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?*

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 du prix de l'internat (chirurgie).

Prix Portal. — 600 fr. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique du système lymphathique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malins.*

Prix Pourat. — 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.*

Prix Saintour. — 4,400 fr. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

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 de 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 ». Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saint-Paul. — 25,000 fr. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 fr. pour la fondation d'un prix de pareille somme qui sera 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 *diphtérie*. — 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 diphtérie lui auront paru mériter cette récompense.

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 testament.)

Prix Vernois. — 700 fr. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

(La fin au prochain numéro.)

ÉCHOS ET NOUVELLES

Comité d'hygiène et de salubrité de la Seine. — Deux élections ont eu lieu au Comité d'hygiène et de salubrité de la Seine, par suite des décès de MM. Pasteur et Larrey.

M. Moissan a été élu en remplacement de Pasteur, par 32 voix sur 32 votants.

La place de M. Larrey était vivement disputée. M. Albert Josias, médecin de l'hôpital Trousseau, l'a emporté sur M. Duguet, médecin de Larboisière, par 20 voix contre 15.

Le **Banquet de la Fédération des syndicats médicaux de France** a eu lieu sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, membre de l'Institut. Parmi les convives, très nombreux, citons MM. Dupuy, sénateur, et Monod, directeur de l'Assistance au ministère de l'Intérieur; Lereboullet, de l'Académie de Médecine, etc., etc.

Tout d'abord, M. Porson, président de l'Union des Syndicats des départements, a levé son verre en l'honneur du président et a salué sa récente nomination à l'Académie des Sciences. M. Lannelongue, après avoir remercié l'Assemblée, a bu à l'union de toutes les Sociétés médicales françaises. Par elle seulement les médecins pourront obtenir des résultats dans la lutte qu'ils ont entreprise pour la juste revendication de leurs droits.

M. Dupuy, sénateur, a ensuite vanté le dévouement professionnel et promis son appui aux syndicats. La presse n'a pas été oubliée; c'est M. Baudoin qui a répondu au nom des confrères de la presse médicale. Son discours a été fort goûté. Bien d'autres toasts ont été portés, entre autres un de M. Bourgeois, député de la Vendée, et qui a obtenu un grand succès.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins.*

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 51. L'UNION MÉDICALE 21 Décembre 1895.

SOMMAIRE

I. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur S. Duplay) : Sur le phlegmon de la gaine des muscles grands droits de l'abdomen (Myosite des grands droits). Leçon recueillie par le Dr Clado, chef des travaux gynécologiques.
II. L. Thérèse : Thromboses des artères du bulbe.
III. Jules Rochard : Chronique de l'hygiène.
IV. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine (prix proposés pour les années 1897 et 1898); 2° Société de Chirurgie; 3° Soc. médicale des Hôpitaux; 4° Revue de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.
V. Échos et nouvelles.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

Service de M. le Professeur S. DUPLAY

Sur le phlegmon de la gaine des muscles grands droits de l'abdomen (Myosite des grands droits). — Leçon recueillie par le Dr Clado, chef des travaux gynécologiques.

Messieurs, vous avez pu observer et suivre pas à pas l'affection dont souffre un jeune malade, âgé de dix-sept ans, couché au n° 44 de la salle Saint-Landry.

Il est entré dans mon service, présentant une tuméfaction inflammatoire localisée dans la région hypogastrique et dessinant assez bien la forme de la gaîne des muscles grands droits, dans sa partie inférieure.

Neuf jours avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 30 octobre, sans cause appréciable, il ressentit une gêne dans le bas-ventre. C'était une simple gêne, et il affirme qu'à aucun moment, il n'a éprouvé de douleur vive; il n'avait pas remarqué, à cette époque, une modification quelque peu sensible dans la région hypogastrique, nul changement de coloration, nul gonflement; voilà deux points sur lesquels il est absolument affirmatif. La gêne douloureuse dont il s'est plaint d'abord ne l'a pas empêché de continuer encore pendant deux jours son travail de maçon, et ce n'est que le 3 novembre (quatre jours après le début de la maladie) qu'il s'est vu obligé de garder le lit. A partir de ce moment, les phénomènes hypogastriques changent notablement. La douleur est plus prononcée, un peu de gonflement apparaît dans la région, accompagné d'une légère élévation de la température et de quelques troubles digestifs, tels que : anorexie, constipation.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le 8 octobre, nous pouvons noter les symptômes suivants : à partir du pubis jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic, on trouve une tuméfaction ovoïde, à grand axe vertical, occupant la ligne médiane; la peau y est rouge, luisante et chaude à la palpation. Dans toute cette région, on peut constater un empâtement dur, ayant pour limites celles que j'ai assignées à la tuméfaction : le pubis en bas, la région ombilicale en haut, circonscrivent l'empâtement dans le sens vertical; latéralement, on le voit s'étendre de chaque côté, à 8 ou 10 centimètres de la ligne blanche, et se limiter par une ligne verticale au-delà de laquelle les tissus de la paroi abdominale conservent leurs caractères normaux. La masse occupe, dans son ensemble, un espace à peu près carré; elle est mobile transversalement, mais immobile dans le sens vertical. Bien qu'il existe un peu d'œdème sous-cutané, nulle part on ne trouve de fluctuation, et la tuméfaction conserve partout une consistance très dure, supérieure, on peut dire, à celle du phlegmon ordinaire. La pression est assez douloureuse sur toute la surface tuméfiée.

Le malade n'éprouve pas de douleur spontanée; mais lorsqu'il veut s'asseoir ou marcher, en d'autres termes, lorsqu'il met les muscles du tronc en jeu, il souffre notablement.

L'exploration des autres organes, non plus que l'examen des urines, ne fournissent aucun renseignement.

En peu de jours, les quelques symptômes locaux et généraux se sont calmés, grâce au repos au lit, et le malade est actuellement en voie de guérison.

Le diagnostic de la nature de l'affection ne saurait offrir aucune difficulté; la tuméfaction présente, en effet, les caractères d'une lésion inflammatoire à évolution subaiguë; vous avez sous les yeux les caractères classiques de l'inflammation : gonflement, rougeur, chaleur et douleur, auxquels il faut ajouter l'état fébrile.

Il s'agit maintenant d'élucider certains points d'une importance capitale au point de vue de la diagnose : 1° Quel est le siège anatomique de cette affection inflammatoire? 2° quelle en est la cause?

Je ne saurais trop faire ressortir l'importance de la localisation anatomique de cette tuméfaction; une fois celle-ci bien établie, vous connaîtrez la lésion dans tous ses détails.

I

Vous savez, messieurs, qu'au niveau de la région hypogastrique, il existe trois plans superposés, susceptibles d'être individuellement le siège d'une affection inflammatoire, d'un phlegmon.

D'avant en arrière, on trouve : 1° une couche de tissu conjonctif, comprise entre l'aponévrose des droits et la peau : c'est le tissu cellulaire sous-cutané ; 2° derrière ce plan, les muscles droits de l'abdomen sont engainés par une double aponévrose, constituant une véritable loge dans laquelle ils glissent pendant leur contraction. Cette loge est fermée en dehors par la réunion du feuillet antérieur et du feuillet postérieur. Sur la ligne médiane, les deux feuillets s'entre-croisent en formant une cloison médiane et antéro-postérieure, appelée ligne blanche, qui subdivise la loge en deux compartiments, respectivement occupés par chacun des droits. En bas, enfin, la loge se termine sur le bord supérieur du pubis. Un détail anatomique offre une certaine importance au point de vue de la marche de l'inflammation : tandis que le feuillet antérieur de la loge est épais et résistant, le feuillet postérieur est mince et mal limité. Il en résulte que si la marche d'une collection est bien bridée en avant, en arrière, au contraire, elle pourrait avoir des chances de dépasser la loge des droits, pour envahir les couches sous-jacentes et même le péritoine. 3° Enfin, plus profondément, se trouve une autre couche de tissu cellulaire, placée au-devant de la vessie ; elle est encore bridée en arrière par le *fascia propria* du péritoine, limitant une loge dans laquelle se meut la vessie. Cette loge est formée en haut par les arcades de Douglas, et latéralement par des adhérences du *fascia propria* au bord externe des muscles droits. De récentes recherches anatomiques (Retzius, Bouilly, Farabeuf et Debet, Charpy, etc.) ont montré que la loge en question offre une disposition assez complexe sur laquelle je ne saurais insister ici sans sortir du cadre que je me suis imposé. Retenez seulement que la couche de tissu cellulaire prévésical est bien limitée, de façon à constituer une loge derrière laquelle se meut la vessie, loge que nous appellerons la cavité prévésicale de Retzius.

L'inflammation de chacun de ces plans anatomiques, que l'on observe à la région hypogastrique, constitue trois variétés de phlegmons bien distinctes, dont vous aurez à établir le diagnostic :

1° L'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané est facile à reconnaître. Du fait même que cette couche se continue avec le tissu cellulaire ambiant, aucune circonscription spéciale n'est assignée au développement du phlegmon. La tuméfaction inflammatoire peut être médiane ou latérale ; elle peut être très limitée ou s'étendre au loin. Dans tous les cas, elle est superficielle et fait, pour ainsi dire, corps avec la peau. En l'embrassant avec votre main, vous constaterez qu'elle n'est nullement influencée par les contractions des muscles droits.

2° Tout autre se présente à nous la tuméfaction inflammatoire qui siège dans la gaîne des muscles droits ; que ce soit le tissu cellulaire qui s'enflamme ou les muscles droits eux-mêmes, la tumeur inflammatoire affecte une forme particulière. C'est ce que vous pouvez vérifier chez notre malade. La tuméfaction dessine nettement la forme de la gaîne des droits dans sa portion hypogastrique. Elle est nettement médiane ; elle déborde à droite et à gauche dans une étendue de 7 à 8 centimètres. Elle remonte en haut jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la région ombilicale, et se trouve limitée en bas par le bord supérieur du pubis. Dans son ensemble, elle a une forme ovalaire ou à peu près quadrilatère. Pour vous assurer que l'inflammation siège bien dans la gaîne, vous n'avez qu'à prendre la tumeur dans la main et commander au malade un mouvement de flexion du tronc. Aussitôt, le muscle droit entrant en contraction, vous sentez la tuméfaction grossir, devenir immobile et faire une saillie en avant. A l'état de repos, elle ne peut être mobilisée de haut en bas, mais vous pouvez lui imprimer des mouvements dans le sens latéral, grâce au relâchement du muscle dans cette attitude.

Lorsque l'inflammation siège dans l'une seulement des deux gaînes, la tumeur offre les mêmes caractères, mais est limitée naturellement à un seul côté, à droite ou à gauche de la ligne médiane.

3° Enfin, la tumeur produite par l'inflammation du tissu cellulaire de la loge de Retzius occupe aussi la région hypogastrique ; elle est médiane comme la précédente, symétrique aussi, mais elle est moins bien circonscrite que la précédente ; elle remonte souvent jusqu'à l'ombilic et envahit parfois la fosse iliaque d'un côté ou de deux côtés à la fois.

Pour vous assurer que le siège de l'affection est bien la cavité de Retzius, et faire par conséquent le diagnostic différentiel avec la forme précédente, vous aurez encore recours à la même manœuvre, c'est-à-dire à la contraction des muscles droits. Vous constaterez que les deux muscles constituent alors un plan résistant qui vient masquer la tumeur. Celle-ci est en quelque sorte repoussée profondément du côté de l'abdomen, et tend à se soustraire à votre examen.

Je ne vous signalerai que pour mémoire la possibilité de prendre pour un phlegmon de cette région la vessie distendue, et inversement. Il vous suffira de sonder le malade pour éviter cette erreur grossière.

D'après ce qui précède, messieurs, il ne peut subsister aucun doute sur le siège de l'inflammation. Chez notre malade, c'est bien dans la gaîne des muscles grands droits, et plus spécialement à leurs dépens, que l'inflammation s'est développée. Nous

avons donc affaire à une *myosite des muscles droits dans leur segment inférieur*.

Nous allons maintenant aborder la seconde question que nous nous sommes posée, et rechercher la cause de cette myosite chez notre malade.

II

L'inflammation des muscles résulte presque toujours d'une rupture musculaire ; cette rupture peut être de cause traumatique ou survenir en apparence spontanément, sans que le muscle se soit livré à un effort susceptible d'amener sa rupture. Je ne saurais mieux comparer ces ruptures spontanées qu'aux fractures spontanées des os. Or, messieurs, il est aujourd'hui démontré que de pareilles fractures sont préparées d'avance par une lésion qui évolue silencieusement. Les ruptures musculaires sont aussi précédées d'un travail de désorganisation tel que le muscle se rompt à l'occasion d'un effort insignifiant, ou même d'une simple contraction.

Cette friabilité résulte d'une dégénérescence cireuse ou granuleuse de la fibre musculaire, attaquant les fibrilles à l'intérieur du myolemme et altérant une partie ou la totalité des faisceaux primitifs. Les travaux de Zenker et Hayem ont mis ce point hors de doute.

Cette dégénérescence qui, je le répète, évolue d'une façon silencieuse, a pour siège de prédilection les muscles droits de l'abdomen. On peut donc supposer que notre malade était affecté de cette lésion insidieuse qui a favorisé la déchirure des muscles droits, sans qu'il ait pu s'en rendre compte.

Il nous reste à déterminer dans le cas actuel l'origine probable de la dégénérescence musculaire, et nous devons, pour cela, nous livrer à une véritable enquête.

Dans la grande majorité des cas, cette dégénérescence résulte d'une infection générale. Nous pouvons déjà écarter une série de causes d'auto-infection, telles que la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives (variole, scarlatine, rougeole, etc.), l'érysipèle, la phtisie aiguë, les fièvres pernicieuses, l'ictère grave, le scorbut, etc. L'existence de ces diverses maladies infectieuses permet donc de se rendre parfaitement compte de la myosite des grands droits, myosite qui, le plus souvent, se termine par suppuration, celle-ci étant provoquée par l'action directe, localisée des divers microbes pathogènes (bacille d'Eberth ou autres), sur les petits foyers sanguins résultant de la rupture des fibres musculaires.

On ne saurait penser à cette pathogénie chez notre malade, qui jouissait d'une santé parfaite jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

Il semble, dans certains cas, que la blennorragie puisse être invoquée aussi comme origine de la myosite, le gonocoque agissant comme les microbes dont je viens de parler, et j'ai eu l'occasion d'observer un cas de myosite suppurée des droits, développée dans le cours d'une blennorragie. Rien de semblable n'existe chez notre malade, dont l'urèthre est tout à fait sain.

Me rappelant trois faits, observés en 1885 par Scriba (de Tokio), de myosite survenant chez des individus atteints de furoncle, j'ai cherché une porte d'entrée de l'infection du côté de la surface cutanée. On trouve, en effet, sur le dos du pied de ce jeune homme la trace d'un abcès angioleucitique, causé par sa chaussure, et actuellement guéri. Cet abcès, à peu près contemporain du début de la myosite, peut être la porte d'entrée des agents pathogènes qui sont venus se fixer sur les grands droits. L'explication serait sans doute un peu forcée, bien qu'elle n'eût rien d'invraisemblable.

Mais il existe, messieurs, deux causes encore plus probables, auxquelles on peut rattacher la maladie. C'est, d'une part, un exercice musculaire exagéré, du fait de la profession même de notre malade, et cela chez un garçon en voie de développement ; c'est, d'autre part, une infection intestinale chronique pouvant résulter de l'état de constipation habituelle qu'accuse le malade, constipation qui fut encore plus prononcée, paraît-il, les jours qui ont précédé l'éclosion de la myosite.

Relativement à l'effort, je vous rappellerai les expériences de Roth (de Moscou), qui datent de 1882 et qui prouvent qu'un muscle surmené subit, à la longue, la dégénérescence granulo-graisseuse conduisant à la rupture. Je puis encore vous rappeler la suppuration du grand pectoral gauche, observée chez les forgerons et désignée vulgairement par les ouvriers sous le nom de *mamelle*. Cette affection est due sans doute aux efforts que les adducteurs du bras gauche, et principalement le grand pectoral, doivent exercer pour tordre le fer pendant que la main droite manie le marteau.

Voilà donc des faits expérimentaux et des faits cliniques qui prouvent que le surmenage musculaire peut conduire à la dégénérescence de la fibre musculaire et, par suite, à sa rupture.

Notre malade, âgé de dix-sept ans, en pleine période de développement physique, exerce le métier pénible de maçon. Il soulève et transporte continuellement de lourdes auges remplies de plâtre, et ce travail nécessite des efforts considérables. Vous vous rendez compte du rôle important dévolu aux muscles droits dans de pareils efforts. On peut parfaitement admettre que, chez un jeune homme en voie de développement, le surmenage de ces muscles ait déterminé de petits épanchements sanguins et préparé ainsi la rupture des fibres musculaires. Ce pre-

mier point admis, il est possible d'expliquer l'éclosion de la myosite en faisant intervenir la constipation habituelle et l'infection consécutive des petits épanchements intra-musculaires. Dans cette hypothèse, la source de l'infection serait l'intestin. D'ailleurs, sans même chercher si loin l'origine de la rupture des fibres musculaires, le simple surmenage me paraît suffisant pour expliquer la localisation de l'affection dans les muscles droits.

L'explication que je propose est d'autant plus plausible que, chez ce malade, l'infection étant très légère, la myosite qui en est résultée marche vers la résolution. Une infection plus grave eût présenté plus de tendance à la suppuration et, à l'heure actuelle, nous serions en présence d'un véritable abcès de la gaîne des droits. C'est ainsi que les choses se passent dans les affections consécutives à la présence du bacille d'Eberth, du streptococus erysipelas, du colli-bacille ou d'autres agents pathogènes très actifs.

En résumé, surmenage musculaire et auto-infection à point de départ intestinal, voilà la pathogénie que je crois acceptable pour la myosite de notre malade.

Je n'ai pas besoin d'insister sur le pronostic bénin du présent cas. La maladie se terminera par la résolution, ce dont nous devons nous féliciter, car la suppuration est la conséquence habituelle de la myosite et, dans la thèse de Villiers (Nancy 1885), c'est à peine si, sur 61 observations, vous pouvez relever 5 cas terminés par résolution. J'ajouterai que parmi ces derniers, trois fois l'induration a persisté pendant longtemps. Chez notre malade, les muscles sont encore indurés, mais l'affection est trop récente pour que ce fait nous empêche de compter sur la résolution complète, dans un laps de temps qu'il est encore difficile de préciser.

Pour les cas bénins, on se contentera d'une thérapeutique très simple, comprenant principalement le repos et l'application locale de compresses résolutives. C'est le traitement que nous avons fait suivre à ce malade. Lorsque le pus menace de se collecter, il faut se hâter d'ouvrir le foyer, car, bien que la gaîne des muscles droits suffise ordinairement à brider les fusées purulentes, on a pu voir, notamment dans un cas publié par Wenzel Grüber, l'ouverture spontanée se produire dans la cavité péritonéale. La minceur du feuillet postérieur de la gaîne des muscles droits doit faire craindre cette éventualité.

Une coquille. — Appelé à constater le décès d'un bicycliste enragé que vient d'emporter un refroidissement après une course passionnée, le médecin des morts écrit simplement en regard de l'indication du malade : *Pneumanie.* *(Marseille médical.)*

THROMBOSES DES ARTÈRES DU BULBE

Par le Dr L. THÉRÈSE

Malgré leur gravité, ou peut-être même à cause de cette gravité et de l'issue rapidement fatale qui en résulte, les lésions bulbaires n'ont que peu attiré l'attention des pathologistes. Cependant les fonctions physiologiques des centres du bulbe ont été suffisamment étudiées pour que, de leur connaissance encore incomplète, on puisse déduire logiquement la plupart des troubles qui devront résulter des altérations de cet organe.

De toutes les lésions bulbaires, la thrombose des artères qui irriguent cette portion des centres nerveux a été l'un des accidents les moins étudiés, et pourtant on est étonné de la quantité d'observations de ce genre qui existent dans la littérature médicale. C'est en s'appuyant sur ces diverses observations et sur l'étude d'un cas personnel, que M. C. Iliesco a pu établir le cadre clinique de cette affection : c'est donc surtout son travail qui nous servira de guide dans cette courte étude.

Le professeur Hayem, le premier, en 1868, donna dans les *Archives de Physiologie* un aperçu d'ensemble sur la question, à propos de quatre observations qu'il avait pu recueillir. Duret, en 1873, à l'occasion de ses recherches anatomiques sur la circulation de l'encéphale, donnait deux nouvelles observations. Dans sa thèse, Guilhem, en 1875, sans ajouter de données importantes quant au fond de la question, réunit les faits déjà connus, auxquels il en ajoute quelques-uns d'inédits. Depuis, des observations assez nombreuses ont été publiées isolément par divers auteurs, notamment par Hallopeau, Geffrier, Ribard, Vinay, Vergely, Joffroy et Létienne, etc.

Ces divers documents permettent d'étudier les lésions anatomiques et les manifestations cliniques liées à l'oblitération non seulement du tronc basilaire, mais encore des artères vertébrales : on ne saurait, en effet, séparer l'étude des lésions de ces deux départements vasculaires qui, l'un et l'autre, contribuent en parts à peu près égales à l'irrigation sanguine du bulbe.

En effet, comme l'a fait remarquer M. Charpy, le plancher ventriculaire tire ses vaisseaux de deux sources différentes : la moitié supérieure, ou bulbo-protubérantielle, où sont les noyaux du facial, du moteur oculaire externe, du trijumeau, reçoit ses artères du tronc unique de la basilaire; la moitié inférieure, au contraire, est alimentée par les rameaux ventriculaires des spinales antérieures et postérieures. Remarquons dès maintenant que cette disposition anatomique permet de conclure *a priori*

que les troubles par oblitération vasculaire ayant pour siège la partie supérieure du bulbe, seront doubles, et, qu'au contraire, ceux de la partie inférieure pourront être unilatéraux s'il y a oblitération d'une seule vertébrale.

Les lésions artérielles en elles-mêmes ne présentent pas d'intérêt particulier : elles sont là ce qu'elles sont en tout autre point de l'économie ; la seule remarque qu'il y ait à faire, porte sur des détails qui peuvent faciliter la coagulation sanguine, c'est-à-dire les flexuosités nombreuses de ces artères et le calibre relativement restreint du tronc basilaire par rapport à la somme du calibre des deux artères vertébrales.

L'étude du caillot est plus intéressante, non pas que sa structure histologique soit spéciale : ce qui en fait l'intérêt, c'est la combinaison de caillots fibrineux indurés, à stratifications superposées, et par conséquent, de date ancienne.

La disposition des vaisseaux explique la possibilité de la formation lente d'un caillot sans accident notable, puisque le caillot agit plutôt par l'oblitération directe des petites branches que par l'obstacle qu'il oppose dans le vaisseau principal au cours du sang : un caillot placé comme une simple ligature sur un point du tronc basilaire n'empêchera pas l'irrigation de ses rameaux qui, en avant, seront alimentés par les communiquantes postérieures, et, en arrière, par les vertébrales. Les accidents éclateront lorsque la coagulation se fera sur une longueur plus considérable du vaisseau.

Le point sur lequel se développe le caillot ne présente rien de fixe : on le voit naître tantôt dans une vertébrale, tantôt dans les deux ; tantôt dans la partie moyenne du tronc basilaire, tantôt à l'une de ses extrémités. Cependant, c'est surtout au niveau des éperons, soit au lieu de confluence des deux vertébrales, soit au point de naissance des deux cérébrales postérieures que les concrétions fibrineuses semblent avoir tendance à se former de préférence, suivant en cela la règle qu'on retrouve pour les artères de toutes les autres régions du corps. Les caillots peuvent pousser des prolongements, surtout à l'état cruorique, et provoquer l'oblitération de l'orifice des petites artères bulbaires, d'où résulteront les altérations de la substance nerveuse qui, seules, détermineront les symptômes morbides.

Les lésions des éléments nerveux, fibres ou cellules, en tant que phénomènes destructifs, sont souvent peu ou pas marquées en raison de la rapidité avec laquelle les malades ont succombé. Quelquefois, les modifications sont plus perceptibles à l'œil nu qu'au microscope, étant donné qu'elles relèvent surtout de troubles congestifs dont les réactifs employés à conserver les pièces ont fait disparaître les traces. Règle générale, les altérations bulbaires, consécutives à la thrombose artérielle, consistent dans des foyers uniques ou multiples n'intéressant pas d'une façon appréciable les parties superficielles : selon l'époque à laquelle ils remontent, ils sont constitués soit par une pulpe blanchâtre d'apparence laiteuse se désagrégeant facilement sous un mince filet d'eau, tantôt avec une teinte jaunâtre d'apparence ocreuse exactement comme les foyers de ramollissement observés dans les hémisphères cérébraux ; lorsque l'oblitération est de date récente, ils sont de coloration rouge ou rosée formant des îlots bien délimités.

Ces foyers ne s'observent pas uniquement dans le bulbe, et se rencontrent aussi dans le cervelet, auquel se distribuent des branches des artères vertébrales. Indépendamment des altérations de la substance nerveuse elle-même, on observe des lésions de voisinage : de la congestion des méninges, de la dilatation des veines de la pie-mère et une abondance anormale du liquide céphalo-rachidien.

Dans la seule observation du professeur Vergely (de Bordeaux), on trouve signalées les lésions des racines des nerfs crâniens, en particulier de la sixième paire, avec disparition ou fragmentation de la myéline et prolifération du tissu conjonctif interstitiel.

De ces oblitérations vasculaires, de ces destructions ou de ces inhibitions fonctionnelles de régions diverses du bulbe, résultent des manifestations cliniques variables et nombreuses : quelques-uns des symptômes, développés dans ces conditions, prennent parfois une importance suffisante pour justifier la distinction de formes multiples, formes qui cependant trouvent plus la raison d'être de leur description dans le groupement et l'évolution des signes que dans les particularités de ces signes eux-mêmes.

C'est là un point sur lequel nous reviendrons d'ailleurs, après avoir passé en revue ces différents symptômes.

M. C. Iliesco les classe de la façon suivante :

1° Hémiplégie ..... { simple. / double.

Avec paralysie faciale .. { directe. / croisée (hémiplégie alterne de Gubler).

Avec paralysie oculaire. { directe. / croisée (syndrôme de Weber).

2° Troubles de la parole.

3° Troubles de la déglutition.

4° Troubles de la respiration.

5° Modifications de la température.
6° Modifications du pouls.
7° Céphalalgie. Éblouissements. Vertiges.
8° Perte de connaissance; coma, { d'emblée. / secondaire.
9° Contractures et convulsions.
10° Troubles oculaires..... { Contraction des pupilles; paralysie des muscles de l'œil; diplopie; congestion de la papille.
11° Troubles de l'ouïe.

(La fin au prochain numéro.)

CHRONIQUE DE L'HYGIÈNE

Accidents hydrargyriques chez les désinfecteurs municipaux. — Épuration des eaux d'égout par le procédé Howatson.

Nous avons parlé, à diverses reprises, du soin avec lequel le service de l'assainissement et de la salubrité de Paris procède à la désinfection des mobiliers et des appartements, dans les maisons où des maladies infectieuses ont évolué (1). Parmi les opérations successives auxquelles ses agents se livrent, la plus délicate et la plus importante consiste à asperger les murs, le plafond, le plancher des appartements et les parties du mobilier qui ne peuvent pas passer à l'étuve, avec une solution de sublimé au millième, qu'on y projette à l'aide d'un pulvérisateur à main de Geneste et Herscher, ou, à défaut, avec une pompe de jardin.

Pour se livrer à ce travail, les désinfecteurs commencent par revêtir leurs blouses et leurs vêtements de travail, puis ils entrent avec précaution dans l'appartement, en mouillent le plancher, y étendent une sorte de toile imbibée de la solution de sublimé et y ramassent les objets mobiliers qui peuvent être enlevés. Cela fait, ils manœuvrent le pulvérisateur et dirigent son jet sur les parois de la pièce et sur les meubles qui y sont restés. Cette opération dure de deux à trois heures, pendant lesquelles les employés vivent dans cette atmosphère et respirent à pleins poumons la fine rosée que produit leur appareil. Ils absorbent, par conséquent, une certaine quantité de sublimé.

A diverses reprises, on a parlé d'accidents mercuriels observés chez eux, sans y attacher une grande importance, en raison de leur peu de gravité. Mais, le 23 novembre dernier, M. Navarre en a fait l'objet d'une communication au Conseil municipal. Après avoir constaté, chez des agents de la désinfection, des accidents mercuriels, il avait prié le Dr Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de Paris, de procéder à une enquête; mais le Dr Martin était malade en ce moment et ce fut le Comité de perfectionnement du Service de la désinfection qui s'en chargea. Ce comité, présidé par le Dr Proust et composé de MM. Cornil, Léon Colin et Charrin, donna connaissance de son rapport au Conseil, le 2 novembre 1895 (1).

Malgré son optimisme, le rapport du Comité était forcé de reconnaître que s'il n'avait constaté, sur les cinquante-quatre désinfecteurs examinés, aucun symptôme d'hydrargyrisme confirmé et encore moins de cachexie mercurielle, il avait observé, chez quelques-uns d'entre eux, des gingivites qu'il était difficile de ne pas attribuer à l'absorption du mercure.

« Les membres du Comité conseillaient donc aux employés de prendre le plus grand soin de leurs dents et de leur bouche, d'user de pastilles de chlorate de potasse dès qu'ils sont incommodés par le sublimé employé en pulvérisation, de boire du lait au premier symptôme de malaise, de se tenir très propres, de prendre des bains-douches ou des lavages quotidiens, et d'observer la plus grande sobriété. En terminant son rapport, le Comité exprimait le vœu que la surveillance spéciale de la bouche et des dents des agents soit observée avec rigueur, et qu'autant que possible, aucun agent ne soit nommé s'il ne jouit d'une bonne dentition. »

M. Navarre, tout en applaudissant à ces sages conseils, fit observer avec raison, qu'il valait mieux prévenir les accidents d'intoxication que de les traiter, et il émit le vœu que l'Administration fût invitée à établir, dans le personnel des étuves municipales, un roulement permettant de ne pas employer les mêmes ouvriers aux pulvérisations mercurielles d'une manière permanente et pendant toute la journée, comme cela se fait à l'usine des Récollets. Il conseillait d'imiter ce qui se fait dans les mines de mercure d'Almoden, où les ouvriers travaillent par escouades, et peuvent se reposer dans l'intervalle. Ces propositions ont été adoptées par le Conseil municipal. La conclusion à tirer de cette enquête, c'est que les pulvérisations de sublimé ne sont pas absolument inoffensives, et qu'il faut entourer de précautions le personnel qui s'y livre, lorsque les opérations ont quelque activité.

— La question d'hygiène la plus importante et la

(1) Jules Rochard : « La Désinfection sanitaire ». *(Union médicale*, nos du 27 avril, 9 et 25 mai 1893).

(1) Procès-verbal de la séance du 2 novembre 1895, discuté et approuvé le 9 novembre 1895. (*Bulletin municipal officiel* du 23 novembre 1895, p. 2929.)

plus délicate, celle qu'on remet sans cesse à l'étude, parce que les solutions trouvées ne donnent pas une satisfaction complète, consiste à découvrir le moyen de débarrasser les villes de leurs détritus, sans nuire à la santé publique et sans entraîner des dépenses démesurées. Les eaux d'égout et les ordures ménagères sont les deux formes sous lesquelles ces détritus se présentent aujourd'hui.

Le tout à l'égout et le principe de l'épandage sont aujourd'hui hors de cause; cependant des protestations se produisent encore de temps en temps, de la part des propriétaires voisins des champs d'irrigation, et l'on continue à chercher des procédés qui permettent d'ôter à ces eaux leurs propriétés nuisibles.

Il en est un qui jouit depuis quelques années, en Angleterre, d'une réputation méritée : c'est le procédé Howatson, connu chez nos voisins sous le nom d'*International Process*. Il fonctionne depuis un temps qui varie de six ans à deux mois, dans une dizaine de villes d'Angleterre (1). Il a reçu l'approbation de Frankland, de Dugdale, de Carles Bell; enfin il a été l'objet d'un avis favorable du Comité consultatif d'hygiène publique de France, dans les conditions suivantes :

La ville de Rouen poursuit, comme on le sait, avec persévérance, l'œuvre de son assainissement, et, l'été dernier, elle reçut de M. Howatson la proposition d'appliquer son procédé à l'épuration des eaux d'égout avant de les jeter dans la Seine. La municipalité de Rouen, avant d'accepter, désira connaître l'avis du Comité consultatif d'hygiène publique, et le consulta en suivant la voie hiérarchique. Le Comité, après avoir entendu le rapport de M. G. Pouchet, à la séance du 29 juillet dernier, émit un avis favorable, à la suite duquel l'autorisation fut accordée à la ville de Rouen par le ministre de l'Intérieur.

Le procédé Howatson qui, d'après la déclaration du Comité consultatif, réalise un progrès évident sur tous ceux qui lui ont été antérieurement soumis, consiste dans l'addition aux eaux d'égout de deux produits chimiques : le *ferozone* et le *polarite*. Le *ferozone* est constitué par un mélange de sulfate de fer et d'aluminium dans des proportions qui varient suivant la nature et la provenance des eaux à épurer. A leur arrivée à l'usine, elles sont d'abord traitées par le *ferozone* qui précipite et neutralise toutes les matières organiques. Celles-ci tombent au fond du réservoir d'où elles sont passées au filtre-presse qui les transforme en tourteaux utilisés par l'agriculture. La partie liquide passe ensuite à travers des filtres spéciaux, composés de sable, de silex concassé et de *polarite*. Le *polarite* est un composé d'oxyde de fer magnétique, de silice, de chaux, d'alumine, de magnésie et de substances alcalines. Il achève l'oxydation commencée par le *ferozone* et transforme les matières organiques dissoutes ou en suspension, en acides carbonique et nitrique (1).

Après ce traitement, la purification des eaux, en ce qui concerne les matières organiques, l'azote ammoniacal et l'azote albuminoïde, atteint 38 à 80 % des substances existant primitivement dans les eaux d'égout. Le nombre des bactéries diminue ainsi dans une proportion énorme et atteignent jusqu'à un chiffre deux cent vingt fois moindre que le chiffre primitif. Ces résultats obtenus par M. Howatson, sous les yeux de M. Pouchet, dans des expériences poursuivies pendant un mois sur les eaux d'égout de la Maison départementale de Nanterre, confirment pleinement celles des ingénieurs et des hygiénistes anglais.

Les eaux ainsi épurées peuvent, on le conçoit, être déversées sans inconvénient dans les rivières; le procédé permet, par conséquent, de faire l'économie des champs d'épandage. Il est toutefois un peu compliqué et revient à un prix assez élevé. En comprenant les frais de tout genre, l'épuration par le procédé Howatson coûte 75 francs pour 4,540 mètres cubes d'eau d'égout. Cela fait une dépense annuelle de 136,000 francs pour la ville de Rouen, et coûterait 1,800,940 francs à la ville de Paris. C'est une considération qui vaut la peine qu'on en tienne compte; mais le procédé Howatson est sérieux et mérite qu'on l'expérimente, ne donnât-il pas tout ce qu'on promet en son nom.

Jules Rochard.

(1) Southampton, Royton, Hendon, Acton, Salford, Huddersfield, Hyde, Preston, Chorley, Swinton, Horwich.

(1) Rapport de M. G. Pouchet au Comité consultatif d'hygiène publique de France. (Séance du 29 juillet 1895.)

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 décembre 1895

Au début de cette séance très chargée, M. Monod présente une *étude sur la statistique de la diphtérie depuis l'emploi du sérum antidiphtérique*.

Depuis le mois de janvier 1895, l'emploi du sérum antidiphtérique s'est généralisé, de sorte que si l'on compare les statistiques faites dans les 108 villes de France peuplées de plus de 20,000 habitants, pendant les six premiers mois des années 1894 et 1895, on voit que la diminution de la mortalité est croissante.

	1894	1895
Janvier.....	469 morts	205 morts
Février.....	466 —	187 —
Mars..... ...	499 —	155 —

	1894	1895
Avril.....	442 morts	160 morts
Mai.....	417 —	113 —
Juin.....	333 —	84 —

La statistique montre aussi que la mortalité a été de 2,627 cas dans le dernier semestre de 1894, tandis qu'elle n'est que de 904 dans le premier semestre de 1895, depuis l'emploi du sérum.

— M. Berger lit ensuite un mémoire de M. Leroy des Barres sur *quatre observations de tétanos traumatique :*

1° Tétanos céphalique, caractérisé par du trismus et une parésie faciale gauche, consécutif à une petite plaie contuse de la joue, produite par une pierre. La mort survient par tétanos généralisé après huit jours.

2° Une femme de Saint-Ouen avait refait le matelas d'un enfant atteint de tétanos; elle se blesse ensuite au pied, est atteinte de tétanos et meurt. Il semble donc que le tétanos devrait être rangé au nombre des maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire.

3° Un ouvrier est atteint, dans une usine, de fractures multiples fermées et d'excoriations superficielles. Au neuvième jour, le tétanos se déclare et, malgré les injections de sérum antitoxique, la mort survient au seizième jour.

Jusqu'ici, en effet, la médication antitétanique expérimentée en France n'a donné aucun résultat satisfaisant, tandis qu'à l'étranger les médecins enregistrent de nombreux succès (Tizzoni, Emmerich, Evans, etc.). Les expériences de Nocard ont montré que le tétanos expérimental des animaux ne guérissait pas par les injections, mais que le sérum employé préventivement en pathologie animale donnait de bons résultats. Malheureusement, le peu d'importance apparente des plaies suivies de tétanos, qui les laisse passer inaperçues, ne permet pas d'appliquer la méthode préventive.

4° Un jeune homme homme a une plaie contuse du doigt. Le tétanos se déclare; le doigt est amputé et le malade guérit.

Ce fait peut être rapproché de deux autres cas de guérison par amputation, obtenus par M. Berger, dans sa pratique personnelle.

— La question de la *contagion des maladies par les livres* est une de celles qui intéresse au plus haut point les hygiénistes. Aussi lira-t-on avec grand intérêt les conclusions que MM. Du Cazal et Catrin ont tirées de leurs expériences personnelles :

« 1° Les livres neufs, sans être aseptiques, ne contiennent pas de microbe pathogène; 2° les livres des bibliothèques des hôpitaux peuvent transmettre le bacille de Klebs et le streptocoque; le pneumocoque et le bacille de Koch ne peuvent être transmis de cette manière; 3° il y aurait lieu de ne mettre entre les mains des malades que des livres brochés et de les stériliser ».

— MM. Beclere, Chambon et Ménard ont étudié l'immunité vaccinale et le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée.

Ce sérum, recueilli hors de la période virulente, possède vis-à-vis de la vaccine inoculée, des propriétés immunisantes. L'action du sérum est très rapide. Il suffit de la faire immédiatement avant la vaccination, pour faire presque avorter l'éruption vaccinale.

Au contraire, l'immunité consécutive à l'introduction du vaccin, sous la peau, ne se révèle que tardivement.

Cette rapidité d'action du sérum de génisse vaccinée, prouve qu'il doit son action à des substances solubles, et non à des microbes.

L'immunité consécutive à la vaccination sous-cutanée augmente graduellement du quatrième au huitième jour, et se révèle par trois signes : une partie des inoculations vaccinales faites pendant cette période demeure stérile; une partie donne naissance à des pustules avortées. La virulence du liquide des éléments éruptifs est atténuée. L'injection du sérum de génisse vaccinée produit des effets comparables.

L'effet produit est proportionnel à la quantité du sérum injecté.

L'action immunisante du sérum se produit encore lorsque l'inoculation est consécutive à la vaccination de l'animal; le sérum a donc aussi un pouvoir curateur.

— MM. Delorme et Mignon ont imaginé une *nouvelle méthode de ponction du péricarde*.

Afin d'éviter la blessure de la mammaire interne et du cœur, la ponction classique se fait à 6 centimètres du bord sternal gauche, dans le 4e ou 5e espace; l'incision classique commence dans le 4e espace, à 3 centimètres du sternum.

On admet que le poumon refoulé par l'épanchement ne peut être blessé; mais on traverse presque sûrement la plèvre par ce procédé.

Expérimentant sur 60 cadavres, MM. Delorme et Mignon ont vu que jusqu'au 4e espace, le bord pleural est caché derrière le sternum, que dans le 5e espace il est distant de 2 centimètres seulement du bord sternal, au niveau des vaisseaux mammaires internes, et que, dans le 6e espace, il déborde les vaisseaux mammaires de quelques millimètres seulement.

La surdistension du péricarde par un épanchement n'est pas suffisante pour éloigner le bord pleural, car la plèvre pariétale est trop fixe et ne se laisse pas refouler comme la plèvre médiastine. Il en résulte que dans beaucoup de cas la ponction du péricarde est suivie d'infection de la plèvre ou de pneumo-thorax.

Le procédé que MM. Delorme et Mignon indiquent évite ces différents accidents; on fait une petite incision à cheval sur le bord sternal, au niveau du 4e ou du 5e espace. L'aiguille est engagée au ras du sternum, suit sur le bord gauche, puis la face postérieure du sternum dans une étendue de 1 centimètre; elle est poussée ensuite un peu en bas et en arrière à la profondeur de quelques centimètres, et pénètre dans le sinus péricardique antéro-inférieur. La caractéristique de ce procédé est le décollement du bord pleural gauche, qui n'est uni que par de faibles adhérences à la face postérieure du péricarde. Les 5e et 6e espaces étant trop étroits dans leur portion sterno-mammaire, on incise à la pince gouge, à partir du bord sternal, 2 centimètres des 5e et 6e cartilages. Avec la pulpe de l'index, rasant la face intérieure du péricarde, on décolle et on récline la plèvre en dehors avec les vaisseaux mammaires internes; le péricarde blanc nacré se présente et est incisé sur la sonde cannelée. La perte des attaches sternales est atténuée par l'existence d'une bandelette cartilagineuse unissant le 7e cartilage costal au 6e, et parfois au 5e.

Enfin, M. Follet (de Lille) fait une communication sur la *sténose non cancéreuse du côlon descendant*. On a décrit un rétrécissement de l'intestin et surtout du gros intestin, dû, non pas à un cancer, mais à une sorte de sclérose rétractile des parois intestinales, qui rétrécit considérablement le calibre de l'intestin sur une longueur variable. M. Folet apporte l'observation d'une sténose non cancéreuse à forme annulaire et non cylindroïde, ayant vraisemblablement une origine cicatricielle. Ces sténoses, si elles

étaient diagnostiquées ou révélées par une laparotomie exploratrice, seraient susceptibles de guérison radicale par une entérectomie suivie de suture circulaire des deux bouts de l'intestin.

ÉLECTIONS

M. Caventou est élu vice-président par 61 voix, sur 63 votants.

M. Cadet de Gassicourt est élu à l'unanimité, secrétaire annuel.

M. Constantin Paul et M. Guéniot, sont élus membres du Conseil.

***

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1897

(Les Concours seront clos fin février 1897.)

Prix de l'Académie. — 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *Du rapport étiologique entre le choléra nostras et le choléra dit indien.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr.

Prix Barbier. — 2,000 fr.

Prix Henri Buignet. — 1,500 fr.

Prix Mathieu Bourseret. — 1,200 fr.

Prix Capuron. — 1,400 fr. (Annuel.) — Question : *De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies du système artériel et veineux.*

Prix Civrieux. — 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *Valeur séméiologique des délires systématisés.*

Prix Marie Chevalier. — 6,000 fr. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon. — 1,500 fr.

Prix Daudet. — 1,200 fr. (Annuel.) — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.*

Prix Desportes. — 1,300 fr.

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 met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1897. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1898. — Une somme de 1,500 fr. sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1,000 fr. (Annuel). — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3,000 fr.

Prix Itard. — 2,400 fr. (Triennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5,000 fr.

Prix du baron Larrey. — 500 fr.

Prix Laval. — 1,000 fr.

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 des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1,500 fr.

Prix Nativelle. — 300 fr.

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 (médecine).

Prix Portal. — 600 fr. (Annuel). — Question : *Anatomie pathologique de la péritonite dite tuberculeuse.*

Prix Pourat. — 1,000 fr. (Annuel). — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Philippe Ricord. — 600 fr. (Bisannuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois. — 700 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1898

(Les Concours seront clos fin février 1898.)

Prix de l'Académie. — 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr.

Prix Amussat. — 800 fr.

Prix Aubert. — 500 fr. — M. le Dr Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 fr. pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

Prix Baillarger. — 2,000 fr.

Prix Barbier. — 2,000 fr.

Prix Mathieu Bourceret, 1,200 fr.

Prix Charles Boullard, 1,200 fr.

Prix Henri Buignet. — 1,500 fr.

Prix Adrien Buisson. — 10,500 fr. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1,400 fr. (Annuel.) — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

Prix Chevillon. — 1,500 fr.

Prix Civrieux. — 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

Prix Daudet. — 1,000 fr. (Annuel.) — Question : *Des sarcomes.*

Prix Desportes. — 1,300 fr.

Prix Falret. — 900 fr. (Bisannuel.) — Questions : *Les somnambulistes.*

Prix Ernest Godard. — 1,000 fr. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz). — 1,200 fr. (Quadriennal.) Question : *Du traitement abortif de la blennorragie.*

Prix Théodore Herpin (de Genève)- — 3,000 fr.

Prix Huguier. — 3,000 fr. (Triennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laborie. — 5,000 fr.

Prix Laennec. — 5,000 fr. — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

Prix du baron Larrey. — 500 fr.

Prix Laval. — 1,000 fr.

Prix Louis. — 4,000 fr. (Triennal). — Question : *De la sérothérapie.*

Prix Mège. — 900 fr. (Triennal). — Question : *De l'asthme des foins.*

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.

Prix Adolphe Monbinne. — 1,500 fr.

Prix Nativelle. — 300 fr.

Prix Nivet. — 3,000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur l'assainissement des casernes, hôpitaux, hospices, écoles, crèches, asiles et lycées.

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 du prix de l'internat (chirurgie).

Prix Portal. — 600 fr. (Annuel.) — Question : *Des lésions des centres nerveux et des reins, causées par la toxine du tétanos et par celle de la diphtérie.*

Prix Pourat. — 1,000 francs. (Annuel.) — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

Prix Henri Roger. — 2,500 fr. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène et thérapeutique). [Il faut que les ouvrages aient deux ans de publication.]

Prix Saintour. — 4,400 fr.

Prix Stanski. — 1,800 fr.

Prix Tremblay. — 7,200 fr. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : catarrhe, affections de la prostate; plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois. — 700 fr.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Dans cette séance, la dernière de l'année, a eu lieu la dernière discussion sur le *traitement des suppurations pulmonaires*. M. Bazy a répondu à M. Tuffier que sur le premier point de son argumentation il avait eu toute satisfaction, puisqu'il avait substitué au mot de méthode la dénomination de procédé et de manière de faire. Quant au décollement pleural, il est difficile de le juger, puisque deux fois seulement il a décollé la plèvre, et qu'on ne connait pas encore bien les observations.

Prenant alors la question à un point de vue général, M. Bazy dit que le rôle du médecin est considérable dans ce diagnostic, mais que le chirurgien se trouve cependant en face de difficultés, et qu'alors il doit se servir de l'exploration directe de la plèvre.

On a dit qu'elle était dangereuse à cause du pneumothorax, mais aux deux seuls cas de MM. Quénu et Tuffier, dans lesquels il y a eu des accidents, M. Bazy peut offrir six observations dues à MM. Monod, Ricard, Bazy et à M. Tuffier même, sans le moindre incident.

Deux fois même, dans la résection du sommet du poumon qu'il a pratiquée, M. Tuffier, en décollant la plèvre, a ouvert la séreuse, et il dit lui-même que rien ne l'a inquiété pendant son opération.

De plus, il y a presque toujours des adhérences que limitent le retrait du poumon, et enfin le doigt directement sur le poumon a de la peine à avoir des notions nettes de consistance. Que peut-il sentir quand il y a de plus l'interposition du voile pleural ?

M. Tuffier accuse l'exploration directe par ouverture de la plèvre de pouvoir donner lieu à un pyopneumo-thorax; mais dans les six observations rappelées à la tribune de la Société, pas une fois cet accident n'a été noté.

C'est M. Samuel Pozzi qui monte ensuite à la tribune pour faire un rapport sur une observation d'*hystérectomie vaginale* ayant causé des accidents graves ayant nécessité une injection veineuse, et terminée par la guérison. Ce travail est dû à M. Berlin (de Nice), qui injecta 600 grammes de sérum artificiel une première fois et 800 grammes une seconde. Le rapporteur insiste sur l'efficacité de ce traitement par les injections, et la discussion s'engage sur ce sujet.

M. Segond use très souvent de ces injections de sérum artificiel et avec le plus grand succès, mais il les pratique dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il voudrait cependant savoir à quel moment la malade a été à la garde-robe pour la première fois après l'intervention ; car on sait que quelquefois il y a, à la suite de l'hysterectomie, de l'obstruction intestinale.

M. Pozzi lui répond que la garde-robe n'a eu lieu que sept jours après l'opération, et qu'à ce moment, le sérum avait déjà produit son merveilleux effet.

Quant à M. Bouilly, il trouve cet effet du sérum très intéressant, car cette thérapeutique touche à celle de l'accident si grave, connu sous le nom de septicémie péritonéale suraiguë, et il invite ses collègues à porter leurs faits à la tribune.

Ce que fait M. Monod, dans le service duquel il est pratiqué couramment des injections de 1,000, 1,400, 1,500 grammes de sérum dans les veines.

M. Michaux se sert aussi continuellement de ces injections, et il cite un cas de septicémie péritonéale dans lequel il a sauvé sa malade. Il a même, dans un autre ordre d'idées, pratiqué le drainage abdomino-vaginal et fait passer par le drain des quantités considérables de sérum.

M. Peyrot a un cas très heureux d'une injection intraveineuse considérable, qui a sauvé sa malade atteinte de péritonite par perforation appendiculaire. La guérison fut obtenue, mais grâce au sérum artificiel qui fut employé pendant sept à huit jours.

M. Terrier emploie de préférence l'injection sous-cutanée et en a obtenu de très bons effets dans la septicémie péritonéale notamment; mais il est possible que l'abstention pure eût donné d'aussi bons résultats. Ce qu'il faut donc dire, c'est qu'il est utile de faire ces injections, mais encore faut-il être sûr de l'état des reins. Enfin, M. Th. Anger cite une observation de M. Lejars, dans laquelle ce chirurgien a poussé 4,000 grammes en quatre fois et en vingt-quatre heures, dans le torrent circulatoire d'un homme atteint de plaie contuse de l'intestin.

M. Pierre Delbet présente un anévrisme poplité, et le malade auquel il l'a extirpé.

La tumeur remplissait complètement le creux poplité et paraissait énorme. Mais le sac avait des parois souples et élastiques ; vidé, il n'a plus guère que le volume d'un œuf de poule.

La libération de la veine poplitée, très volumineuse, de la saphène externe et d'une de ses branches, a été assez délicate. M. Delbet a pu cependant les récliner. En disséquant le sac, il a sectionné et lié à la partie externe une petite branche qui s'ouvrait dans son intérieur. En haut, il contourne tout le sommet du sac sans trouver l'artère. Il la cherche alors en bas, où il la trouve facilement. Après l'avoir liée et sectionnée, il fait basculer le sac de bas en haut, et il arrive sur le bout supérieur qui est très près de l'inférieur. Il le lie et le sectionne.

La bande d'Esmarch enlevée, une hémorragie formidable se produit. La ligature du bout supérieur avait lâché. M. Delbet pince le vaisseau et le lie solidement. Il n'y eut pas d'autre ligature à faire. Suture totale sans drainages.

Les suites n'ont présenté aucun incident. Les fils ont été enlevé le huitième jour. La réunion était si parfaite, qu'il n'y eut pas besoin de mettre un second pansement.

L'opération a été faite le 27 novembre. Le malade est sorti le 12 décembre, soit quinze jours après, complètement guéri.

La prochaine séance aura lieu le second mercredi de janvier 1896.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 décembre 1895

On sait que le bacille diphtérique peut persister très longtemps dans la bouche et les fosses nasales d'enfants qui ont été atteints de diphtérie. Mais on n'avait pas, jusqu'à présent, rapporté un cas aussi remarquable de la persistance du bacille de Loeffler, que celui que communiquent MM. Le Gendre et Pochon. En moins de trois ans, un enfant fut atteint trois fois de diphtérie : une fois d'angine ; la seconde fois, de stomatite avec rhinite pseudo-membraneuse ; la troisième, d'angine avec rhinite. Depuis le mois de septembre 1894, on a fait méthodiquement l'examen bactériologique des mucus nasal et pharyngien ; cet examen a été pratiqué treize fois en quinze mois. On a toujours trouvé le bacille de Loeffler, tantôt virulent, tantôt non virulent, ne tuant pas le cobaye ; tantôt sous forme de bacilles moyens, tantôt sous l'aspect de petits bacilles ou même de coccus *Brisou*; tantôt seul, tantôt associé au staphylocoque. Chez cet enfant, les lavages multipliés des cavités nasales et pharyngiennes avec une solution à 5 °/₀₀

de liqueur de Labarraque, font momentanément disparaître le bacille ou le réduisent à de rares spécimens. Dès qu'on suspend les lavages pendant quelque temps, l'enfant, d'ordinaire gai et bien portant, devient triste, perd l'appétit et pâlit ; les cultures décèlent de nouveau le microbe. Le bacille de Loeffler n'a donc, probablement, depuis près de trois ans, jamais disparu complètement de la gorge ou du nez de cet enfant.

— MM. Ballet et Dutil communiquent ensuite un fait fort intéressant de *lésions médullaires dans un cas de polynévrite*. Le malade avait présenté tous les signes d'une polynévrite généralisée dont la durée ne dépassa pas trois mois. A l'autopsie, on trouva, outre les lésions banales de la polynévrite, des altérations des racines antérieures et des altérations de la moelle.

M. Ballet insiste sur ce fait que les lésions médullaires ne purent être nettement décelées que par la méthode de Nissl et par la coloration de l'hématoxiline-éosine. La première montra le protoplasma des cellules tuméfié, sans granulations chromatophiles ; quelques cellules n'avaient plus de noyau. La seconde permit d'étudier les lésions des noyaux ; ceux-ci étaient rejetés à la périphérie des cellules et avaient un aspect étoilé. Quant à la coloration par le picro-carmin, elle ne donnait que des renseignements tout à fait insuffisants; les lésions du protoplasma et du noyau auraient passé inaperçues. M. Ballet insiste sur ce point, car il y a là une preuve évidente de la nécessité de recourir à des procédés multiples de coloration avant de considérer les cellules médullaires comme intactes.

La constatation des lésions médullaires dans le cas actuel, fort intéressante en soi, ne prouve point cependant que la polynévrite ait été consécutive aux lésions centrales. Les faits et les expériences de Vulpian, Hayem, Nissl, Marinesco, démontrent, en effet, qu'à la suite de lésions des nerfs, on trouve souvent des lésions médullaires. Si un point quelconque d'un neurone est touché, la cellule s'altère. Lorsque les cellules centrales sont atteintes, il se produit une altérations des nerfs, et la dégénérescence commence toujours par la périphérie. Il est donc impossible de dire quelles sont les lésions primitives, quelle est la succession des lésions.

M. Marie rappelle qu'il a soutenu cette théorie au dernier Congrès des neurologistes et des aliénistes, tenu à Clermont.

— Voici un nouveau cas de *méningisme hystérique* communiqué par M. Huchard. Une jeune femme de vingt-quatre ans, entrée à l'hôpital pour une angine légère, fut prise d'une fièvre irrégulière qui fit penser à une tuberculose au début, d'autant plus que la percussion de la poitrine dénotait une submatité marquée au sommet droit. Brusquement apparurent des symptômes de méningite : strabisme, amaurose, vomissements, etc. Bien qu'on fût frappée de la quiétude de la malade, on porta le diagnostic de méningite tuberculeuse. Une crise hystérique type vint modifier ce diagnostic et, du même coup, le pronostic.

Quant à la submatité au niveau du sommet droit, qui ne contribua pas peu à faire commettre l'erreur, M. Huchard pense que ce n'est autre chose qu'une de ces pseudo-matités que l'on voit chez les hystériques et qui sont dues à une hyperexcitabilité des muscles de la paroi thoracique, ceux-ci entrant en contraction au moindre contact.

— M. Huchard montre ensuite un malade présentant *des troubles cardiaques* : palpitations, souffles extra-cardiaques, dus à une déformation par allongement de la cage thoracique. Il n'y a pas de lésions artificielles. Ce malade fut réformé pour hypertrophie du cœur ; or, le cœur semble plutôt petit. M. Marfan ne croit pas qu'il y ait de relations entre une cage thoracique longue et des troubles cardiaques ; M. Hayem rappelle que certains bossus n'éprouvent ni dyspnée ni palpitations, même à la suite d'efforts musculaires intenses. Par contre, il a remarqué que les troubles cardiaques imputés, chez les jeunes gens, à une hypertrophie de croissance, sont presque toujours liés à des troubles dyspeptiques; les dyspeptiques ont souvent une hyperexcitabilité intense du cœur. Enfin, M. Catrin rappelle qu'on ne réforme plus actuellement, comme on le faisait autrefois, tous les individus ayant moins de 76 centimètres de circonférence thoracique au niveau des mamelons ; quelques-uns ont, en effet, une respiration et une circulation tout à fait normales.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

L'érysipèle peut-il guérir le lupus ? C'est l'avis de M. Hallopeau, qui a présenté à la Société une infirmière à son service, qui, il y a six ans, a été guérie d'un lupus tuberculeux disséminé à la suite d'un érysipèle. M. Hallopeau propose d'installer des services d'isolement dans lesquels on soignerait les lupiques par des inoculations streptococciques en se tenant prêt à enrayer la marche de la maladie communiquée si elle devenait dangereuse.

M. Besnier a vu un grand nombre de lupiques prendre des érysipèles ; il n'en a vu qu'un très petit nombre guérir, et il s'agissait de lupus qui n'avaient pas, avec les traitements habituels, évolué favorablement. Il en était ainsi dans le cas de M. Hallopeau. Il faudrait, afin de pouvoir émettre un jugement ferme, examiner les malades avant et après le traitement, afin de se rendre compte de la nature du lupus. L'érysipèle a, sur le lupus, la même action que sur la lèpre ; il peut en suspendre l'évolution pendant un temps, l'inhiber pour ainsi dire ; mais, une fois qu'il a disparu, l'affection tuberculeuse reprend sa marche. Enfin, il n'est pas indifférent d'inoculer un érysipèle, même d'apparence bénigne, car le malade ainsi traité peut parfaitement présenter un érysipèle grave.

M. Mauriac a remarqué que l'érysipèle pouvait guérir des affections syphilitiques graves de la gorge et de la face ; mais généralement, quand il a guéri, les manifestations de la diathèse apparaissent, parfois atténuées, il est vrai. Jamais, cependant, M. Mauriac ne conseillera l'inoculation de l'érysipèle comme traitement curatif de la syphilis ; les dangers sont trop grands.

M. Fournier partage l'avis de M. Besnier, et regarde l'érysipèle comme agissant par inhibition ; il semble guérir des lésions qui reviennent ensuite.

— M. Galezowski a observé quatre cas d'accidents inflammatoires oculaires, tels que kératites et choroïdites syphilitiques chez des enfants provenant de parents hérédo-syphilitiques et qui n'ont jamais eu de syphilis acquise. Les antécédents syphilitiques existent chez les grands-parents, et le père et la mère étaient indemnes ou n'avaient présenté que des accidents de syphilis héréditaire. Dans tous les cas observés par M. Galezowski, il y avait des choroïdites atrophiques et pigmentaires, disséminées dans le fond de l'œil et caractéristiques de la syphilis.

Le traitement de ces affections consiste dans l'emploi du mercure en frictions pendant deux années consécutives.

— M. Fournier a présenté un malade ayant eu la syphilis quatre ans auparavant, qui, après avoir présenté, entre autres accidents, des syphilides phagédéniques de la jambe

et des crises épileptiformes, vint dernièrement à l'hôpital, se plaignant d'une parésie du côté gauche. A l'examen, on découvrit une anesthésie totale sensitivo-sensorielle du côté gauche, sans lésion anatomique appréciable. Le malade fut montré à M. Gilles de la Tourette, qui conclut à l'existence d'une hémi-anesthésie hystérique. Il est probable que chez ce sujet, indemne de tout antécédent d'hystérie, la névrose s'est développée à propos de la syphilis et qu'il s'agit d'une hystérie parasyphilitique.

— M. Fournier a insisté sur les déformations spéciales des doigts que l'on observe parfois dans la blennorragie. Un certain nombre des doigts de la main, de un à trois en général, prennent la forme en radis. Une déformation analogue s'observe dans le rhumatisme noueux, mais elle affecte alors un bien plus grand nombre de doigts.

— M. Verchère a expérimenté dans son service les injections de calomel dans le traitement de la syphilis, en suivant exactement la pratique de M. Feulard et en prenant toutes les précautions indiquées par lui. Il a fait soixante-sept injections et a constaté les faits suivants : La douleur qui suit l'injection est presque toujours à peu près nulle, mais il n'en est pas de même de celle qui apparaît le 3e jour en moyenne. Les malades, si, comme l'indique M. Feulard, les injections sont faites à la partie supérieure de la fesse, ne peuvent plus marcher ou, du moins, boitent beaucoup; il leur est impossible de se livrer à une occupation active. Les nodi sont très fréquents à la suite des injections. Tantôt il se développe une tuméfaction profonde, tantôt c'est à un empâtement diffus que l'on a affaire, tantôt, enfin, la tumeur est sous-cutanée, adhérente aux téguments, et peut s'ouvrir au dehors.

Les injections de calomel peuvent, aussi bien que toute autre méthode d'administration du mercure, être suivies de stomatites. M. Verchère a vu cette complication se produire chez six malades, et une fois l'accident a été grave.

En fait, on doit considérer les injections sous-cutanées de calomel, comme un traitement d'exception dans les syphilis ; il ne faut y avoir recours qu'en cas d'urgence.

— M. Emery a présenté un malade qui en est à son dix-neuvième rhumatisme blennorragique. Chaque attaque, chaque recrudescence de l'écoulement sous une influence quelconque, a été accompagnée d'une reprise des douleurs. Il a fini par se produire des déformations des orteils, de l'ankylose incomplète de la mâchoire, etc. Les bourses séreuses tendineuses, celles de la patte d'oie, aussi bien que les bourses rétro et sous-calcanéennes, ont aussi été atteintes.

M. Mauriac a vu un malade avoir chaque année, pendant vingt et un ans, une blennorragie accompagnée de rhumatisme. Il n'est pas probable qu'il ait été infecté à nouveau à chaque attaque.

M. Fournier ne croit pas non plus que chacune des réapparitions de l'écoulement, chez les malades de ce genre, indique une blennorragie nouvelle. Il y a certaines humidités de l'urèthre qui sont vraiment incurables et présentent très facilement des recrudescences, presque chaque fois que le malade a un rapport sexuel, et même s'il se sert d'un condom.

M. Galezowski qui a observé des iritis très tenaces chez des blennorragiques, demande s'il existe un traitement interne de la maladie.

M. Jullien conseille les injections sous-cutanées de sublimé comme antitoxiques.

— M. Hallopeau a observé une nouvelle forme de tuberculose cutanée. La tuberculose, chez les jeunes sujets, peut être le point de départ d'infiltrations profondes du derme, lesquelles s'étendent rapidement en surface, de manière à former bientôt des placards indurés de plusieurs centimètres de diamètre ; la surface de ces placards peut être ou non ulcérée partiellement ; les exulcérations sont dues au développement de nouvelles pustulettes ; elles ont tendance à se cicatriser rapidement. L'épiderme peut être à la périphérie de ces placards, dans leur zone d'accroissement, le siège de soulèvements brillant d'aspect pemphigoïde ; ces altérations peuvent coïncider avec d'autres infiltrations tuberculeuses en nodules agminés et les éléments du lichen scrofulosorum. Enfin, les pustulettes initiales peuvent être centrées d'un poil. Cette localisation semble en contradiction avec le siège exclusivement conjonctif de la tuberculose ; elle s'explique si l'on admet que le milieu conjonctif varie dans sa composition chimique au point de vue de chaque organe d'une structure élevée, par le fait des matériaux de désassimilation qu'il en reçoit ; on conçoit qu'il ne devienne un terrain favorable au développement du bacille de Koch que dans le domaine de tels ou tels éléments.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Par suite de la mise en disponibilité, pour cause de maladie, de M. Terrillon, les changements suivants ont lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris.

M. Picqué passe de l'hospice d'Ivry à l'hospice de la Salpétrière ; M. Michaux devient chef de service à l'hospice d'Ivry.

— Le concours de la médaille d'or, médecine, s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Sergent ;
Médaille d'argent : M. Péron ;
Mention honorable : M. Lévi Léopold.

Journalistique. — En un an, le nombre de journaux médicaux qui se publient à Paris a augmenté de 22.

En 1894, il y en avait 177 ; en décembre 1895, on en compte 199.

Un prix à M. Roux. — L'Académie des Sciences, sur la proposition de la section de médecine et de chirurgie, a décerné à MM. Roux et Behring le prix Alberto Lévy (de 50,000 fr.) qui, d'après les intentions du donateur, devait récompenser l'auteur de la découverte d'un traitement efficace de la diphtérie.

Ce prix pouvant être partagé entre les savants qui auraient fait simultanément cette découverte, l'Institut a fait œuvre de justice en le répartissant entre MM. Roux et Behring.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande, Quina et Fer). — Régénérateur puissant pour guérir : *Chlorose*, *Anémie profonde*, *Menstruations douloureuses*, *Rachitisme*, *Affections scrofuleuses*, *Diarrhée*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.
Usine à vapeur et Ateliers, rue des Filles-Dieu, 8 et 10.

N° 52. L'UNION MÉDICALE 28 Décembre 1895.

SOMMAIRE

I. L. Thérèse : Thromboses des artères du bulbe. (*Fin.*) — II. Académie et Sociétés savantes : 1° Académie de Médecine; 2° Académie des Sciences; 3° Société de Chirurgie. — III. Échos et nouvelles. — IV. Table des matières.

THROMBOSES DES ARTÈRES DU BULBE

Par le Dr L. THÉRÈSE

SUITE ET FIN (1).

L'hémiplégie est un accident si fréquent dans les thromboses des artères bulbo-protubérantielles, qu'elle peut être considérée comme de règle; elle se distingue par un certain nombre de caractères de l'hémiplégie d'origine cérébrale; elle n'apparaît qu'exceptionnellement en même temps qu'un ictus et se développe presque toujours au vu et au su du malade; son apparition est précédée d'engourdissement, de picotements, et les phénomènes moteurs diminuent ou augmentent alternativement jusqu'à ce que l'hémiplégie soit complète. Les troubles de la sensibilité s'observent d'une manière inconstante; enfin l'hémiplégie peut être double. Mais ce qui constitue le point capital de l'histoire de l'hémiplégie d'origine bulbaire, c'est la combinaison de l'hémiplégie des membres et de la paralysie faciale, surtout quand la paralysie du facial, se développant du côté opposé à celle des membres, se trouve réalisé le syndrôme décrit par Gubler et Millard, sous le nom de paralysie alterne. Dans ces conditions, la paralysie faciale est toujours complète et les travaux de MM. Gubler et Millard ont montré que, pour que ce phénomène se produise, il faut que la lésion intéresse un faisceau pyramidal encore non entrecroisé et, d'autre part, le tronc du facial, qui, après être issu de son noyau d'origine, a déjà accompli son entrecroisement; il faut donc que ce soit la partie inférieure de la protubérance qui soit détruite. Si, au contraire, la lésion siège en un point plus élevé de la protubérance, la paralysie faciale est directe.

On peut observer aussi la combinaison de l'hémiplégie des membres avec une paralysie croisée du nerf de la troisième paire (moteur oculaire commun); ce nerf peut être atteint, tantôt dans son entier, tantôt partiellement; il est, en effet, des cas où le noyau supérieur est respecté et, alors, l'iris et la pupille sont indemnes, les accidents se bornent à des phénomènes d'ophtalmoplégie externe : ptosis, strabisme externe, divergence des axes optiques et diplopie; à cette combinaison de la paralysie des membres et du moteur oculaire commun, Charcot a proposé de donner le nom de : « Syndrôme de Weber ».

Les troubles de la parole sont aussi extrêmement fréquents; sans parler de la perte de la parole, qui accompagne la perte de connaissance, on observe souvent de l'hésitation et de la difficulté dans la prononciation des mots, liées à la gêne des mouvements de la langue, à de la glossoplégie. C'est là un trouble bien différent de l'aphasie observée dans les lésions de l'hémisphère gauche; on peut, d'ailleurs, facilement se convaincre du mécanisme par lequel la parole est entravée, en étudiant la façon dont se contractent les muscles de la langue dans les divers mouvements ordonnés au malade. Ces troubles peuvent coïncider avec la paralysie alterne et avec le syndrôme de Weber. Ils sont également souvent accompagnés de troubles de la déglutition, dus à cette même paralysie des muscles de la langue et aussi à celle des muscles du pharynx, et favorisés par la diminution de sensibilité de la muqueuse du voile du palais.

Beaucoup plus graves sont les troubles qui portent sur les fonctions respiratoires et qui relèvent des lésions des noyaux d'origine du spinal et du pneumo-gastrique; c'est en effet par leur intermédiaire que se fait la terminaison fatale. Cette terminaison peut avoir lieu brusquement; d'autres fois, la respiration devient progressivement stertoreuse, généralement accélérée, parfois ralentie, en tous cas extrêmement faible; d'où résulte une dyspnée considérable. Elle peut, parfois, prendre une allure spéciale, rappelant le type respiratoire de Kussmaull et se manifester de la façon suivante : quelques respirations rapides, puis une pose suivie d'une longue et profonde expiration.

Signalons seulement en passant, la fréquence de l'élévation de la température, qui peut atteindre jusqu'à 43° et 43° 2. Signalons également l'accélération du pouls, due à la suppression des fonctions modératrices du pneumo-gastrique.

Sans être aussi graves, la céphalalgie à prédominance occipitale, les éblouissements et les vertiges, notés dans un grand nombre d'observations, n'en ont pas moins une grande importance; ce sont, en effet, la plupart du temps, de véritables prodromes, précédant parfois de plusieurs mois les accidents graves de la thrombose bulbaire.

(1) Voir le numéro précédent.

Il est assez fréquent de voir la thrombose du tronc basilaire et des artères vertébrales déterminer la perte de connaissance et le coma, sans que ces symptômes présentent des caractères particuliers; le seul point à noter, c'est que ces accidents graves sont souvent précédés de manifestations plus bénignes, de petites attaques apoplectiformes guéries, dues sans doute aux étapes successives de la formation du caillot.

Indépendamment des paralysies, on observe parfois d'autres troubles moteurs, tels que l'incoordination des mouvements, des contractures passagères, des secousses fibrillaires, etc. Notons enfin, que l'état des réflexes est assez variable et que, quelquefois exagérés, ils sont souvent complètement abolis.

De tous les troubles de sensibilité spéciale, les plus importants sont les troubles de l'organe de la vision. Ils sont sous la dépendance des paralysies complètes ou incomplètes, isolées ou associées de la troisième et de la sixième paire. C'est ainsi qu'on peut observer le ptosis, le strabisme divergent et la diplopie. Parfois, la totalité des muscles de l'œil est intéressée, et il en résulte une immobilité complète du globe oculaire analogue à l'ophtalmoplégie externe nucléaire (maladie de Vernick). On n'a signalé que rarement le rétrécissement ou la dilatation pupillaire, et une seule fois la congestion de la papille analogue à celle qu'on rencontre dans les cas de tumeurs cérébrales. Quelquefois enfin, on a noté la diminution brusque de l'acuité auditive.

Des groupements différents de tous ces symptômes et des conditions dans lesquelles ils se produisent, résulte la possibilité d'établir un certain nombre de formes différentes. M. C. Iliesco en distingue quatre :

1° Une forme foudroyante ;

2° Une forme hémiplégique rapide ;

3° Une forme hémiplégique avec prodromes ;

4° Une forme compliquée dans laquelle les symptômes protubérantiels viennent se compliquer de symptômes dépendant d'autres lésions cérébrales.

La forme foudroyante répondant généralement à l'oblitération des artères destinées au noyau du pneumo-gastrique et du glosso-pharyngien, rappelle le tableau complet de l'ictus apoplectique ; la perte de connaissance est complète, la face cyanosée, etc.; les réflexes peuvent être conservés et on voit même des contractions et des mouvements cloniques. Tout ceci, sans préjudice de la paralysie faciale directe ou alterne et des paralysies oculaires. Ces malades meurent en douze ou vingt-quatre heures.

La forme hémiplégique est de beaucoup la plus fréquente : la paralysie uni-latérale se produit d'une façon insidieuse, les malades n'éprouvent que quelques troubles de la sensibilité et s'aperçoivent, à l'occasion d'un mouvement, que leur force motrice a considérablement diminué d'un côté : la paralysie faciale directe ou croisée peut ouvrir la scène ou, au contraire, ne paraître que quelques heures plus tard; l'hémiplégie peut aussi succéder à une attaque apoplectiforme. Progressivement les muscles de la langue se prennent, la dyspnée va en augmentant, le pouls s'accélère, la température monte et le malade meurt dans le stertor ou dans une attaque apoplectiforme.

Dans la forme hémiplégique avec prodrômes, on observe des accidents identiques mais qui ont été annoncés quelquefois plusieurs mois d'avance, soit par des éblouissements, de la céphalalgie, soit par de petites attaques de paralysie transitoire, répondant à des coagulations successives, ou à l'épaississement progressif des tuniques artérielles.

Quant à la dernière forme, elle est due à la superposition de symptômes d'origines diverses. La multiplicité des fonctions du bulbe, le fait que les faisceaux blancs bulbaires ont leur origine dans les hémisphères cérébraux, rendent difficile le diagnostic du point d'origine des diverses paralysies : le seul symptôme qu'il soit nettement possible d'attribuer à une lésion surajoutée à la lésion bulbaire, est l'aphasie, qu'il sera facile de différencier de la glossoplégie.

La thrombose bulbaire est d'un pronostic singulièrement grave, et une seule observation relevée par M. Duret s'est terminée par la guérison; les accidents, lorsqu'ils ont éclaté, sont au-dessus des ressources de la thérapeutique; deux points cependant sont à retenir : bon nombre de cas sont annoncés par les prodromes longtemps d'avance; en second lieu, la syphilis est souvent à l'origine de l'artérite, qui entraînera la thrombose, et le traitement anti syphilitique pourra devenir alors le traitement prophylactique de la thrombose des artères bulbaires.

ACADÉMIE & SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 décembre 1895

Depuis plusieurs années, on a proposé un *traitement opératoire de la myopie progressive*. Fukala, en Autriche, et Vacher, en France, ont obtenu d'excellents résultats de l'extraction du cristallin transparent.

Malgré l'opposition d'un certain nombre d'auteurs, l'intervention opératoire reste, dans un certain nombre de cas, l'unique ressource. Aussi M. Valude n'hésita-t-il pas à opérer deux malades dont il rapporte l'histoire et chez lesquels il pratiqua : 1° une iridectomie préparatoire et une discission du cristallin; 2° cinq ou six jours après, l'évacuation des masses cristalliniennes ramollies; 3° enfin, quelques semaines plus tard, une capsulotomie de la membranule.

Les résultats ont été des plus favorables.

De ces faits, M. Valude tire les conclusions suivantes :

« Lorsqu'un sujet est atteint d'une myopie qui, quoique progressive, est encore demeurée dans des limites moyennes, on peut et on doit essayer d'en enrayer la marche par le repos de l'organe, par un changement de profession, d'habitudes, par des ténotomies s'il y a lieu, enfin par les moyens classiques et connus. Mais on recourra à l'extraction du cristallin lorsque l'élévation du degré de la myopie sera tel qu'aucune correction optique ne sera possible, et quand il sera établi que le sujet est incapable de tout travail et de vivre de sa vie. »

— M. Lejars lit ensuite une note sur la *cholécystectomie dans la lithiase biliaire*, à propos de trois malades chez lesquelles il pratiqua cette opération. M. Lejars résume lui-même son intéressante communication dans les remarques suivantes :

« 1° Chez mes trois malades, les douleurs représentaient le symptôme capital, unique chez l'une d'elles, elles dataient de plusieurs années et revêtaient les caractères de coliques hépatiques frustes, bien qu'extrêmement pénibles, sans ictère, sans aucun indice de cholélithiase intra-vésiculaire ;

« 2° Chez l'une d'elles, la cholécystectomie était presque une intervention d'urgence, commandée par les accidents graves d'infection et de suppuration vésiculaire : l'état général, très inquiétant, s'améliora brusquement, à la suite de l'opération. Nos trois opérées ont, d'ailleurs, très simplement guéri ; leur santé actuelle, leur embonpoint, l'absence totale de douleurs me font penser que les résultats thérapeutiques éloignés ne se démentiront pas ;

« 3° Ces faits montrent, une fois de plus, la bénignité relative de la cholécystectomie totale dans la lithiase vésiculaire, bien que la technique en soit quelquefois difficile. Si, dans l'une de mes observations, la présence d'un méso-cyste et l'absence d'adhérences m'ont rendu la besogne aisée, dans les deux autres, la vésicule, du reste très volumineuse, adhérait intimement à l'épiploon, au côlon, au foie, et nécessita un pénible travail de décortication ;

« 4° Je noterai enfin que, grâce peut-être à la double ligature du canal cystique, rejetée assez loin du col de la vésicule, je n'ai pas observé d'écoulement biliaire, le drainage à Mickulicz ayant été enlevé du deuxième au quatrième jour, et la cicatrisation ayant été complète du vingt-troisième au trente et unième jour. »

— M. Clozier (de Beauvais) communique un travail sur *l'origine de l'atonie gastro-intestinale*.

En voici les conclusions :

« 1° L'atonie gastro-intestinale peut et doit, le plus souvent, débuter dans la première enfance, pendant et par la lactation ;

« 2° Une hygiène défectueuse la crée et l'entretient ;

« 3° La mère favorise l'évolution de cette myasthénie, en introduisant chaque jour, dans l'estomac de son enfant, une quantité de lait plus grande que ne le comporte la capacité de l'organe ;

« 4° Si l'on veut combler une lacune de tous points regrettables, des recherches s'imposent qui feront connaître la capacité normale de l'estomac chez l'enfant du premier âge ;

« 5° Il n'est pas moins important de savoir si le pylore doit laisser passer dans l'intestin une quantité, si petite soit-elle, de lait qui n'aurait pas subi la fermentation gastrique. »

— M. Straus lit ensuite un rapport sur des demandes en autorisation de délivrer des sérums thérapeutiques et des produits microbiens ou organiques. Ce rapport propose d'accorder à l'Institut Pasteur l'autorisation de délivrer le sérum antidiphtérique et un sérum anti-venimeux (contre les morsures des serpents) ; aux établissements de production de sérum antidiphtérique du Havre, Lille, Nancy, Lyon, Grenoble, l'autorisation de vendre ce sérum.

Les conclusions de ce rapport — motivé par une demande d'avis du ministère de l'Intérieur — sont adoptées à l'unanimité.

— Au cours de la séance, M. Panas a communiqué un intéressant travail sur l'*élongati n des muscles oculaires dans le traitement du strabisme non paralytique*, et a donné la technique de cette opération. Enfin, M. Hervieux a lu un travail concluant à la *dualité du virus variolique et du vaccin*, et à la nécessité de se servir uniquement, pour les vaccinations anti-varioliques, du vaccin jennerien.

RENOUVELLEMENT PARTIEL DES COMMISSIONS PERMANENTES

Épidémies : MM. Duguet, Ferrand.
Eaux minérales : MM. Bouchardat, Dumontpallier.
Remèdes secrets : MM. Regnard, Motet.
Vaccine : MM. Hervieux, Chauveau.
Hygiène de l'enfance : MM. Reclus, Porak.
Comité de publication : MM. Lucas-Championnière, Empis.

— L'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres. Voici l'ordre de classement :

1re ligne : M. Blache.
2e — (*ex æquo*), MM. Bertillon, Commenge, Corlieu, Galezowski, Rivière.

Candidat adjoint par l'Académie : M. Leudet.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance publique annuelle du 23 décembre 1895.

DISTRIBUTION DES PRIX DE L'ANNÉE 1895

Prix Thore (200 fr.). — Le prix est décerné à M. P. Mégnin (de Paris), pour ses *Parasites articulés*.

Prix Montyon (7,500 fr.). *Médecine et chirurgie.* — Trois prix de 2,500 fr. chacun sont décernés : 1° à M. le Dr Gangolphe (de Lyon), pour son livre sur les *Maladies infectieuses et parasitaires des os ;* 2° à M. le professeur Imbert (de Montpellier), auteur d'un *Traité de physique biologique ;* 3° à M. le Dr P. Teissier (de Paris), auteur de mémoires ayant pour titre : 1° *Lésions de l'endocarde chez les tuberculeux ;* 2° *Rapports du rétrécissement mitral pur avec la tuberculose.*

Trois mentions honorables de 1.500 fr. sont accordées : 1° à M. le Dr A. Chipault (de Paris), pour *Chirurgie du système nerveux ;* 2° à MM. les Drs Gouguenheim et Glover (de Paris), pour leur *Atlas de laryngologie et rhinologie ;* à M. le Dr Polaillon (de Paris), pour ses *Observations de chirurgie hospitalière.*

Prix Barbier (2,000 fr.). — Le prix est partagé entre M. Dupuy, pour son volume sur les *Acides organiques*, et M. le Dr Jules Bœckel (de Strasbourg), auteur d'un mémoire traitant de la *Cure radicale des hernies ombilicales.*

Prix Bréant (100,000 fr.). — Le prix n'a pas été décerné.

Prix Godard (1,000 fr.). — Le prix est accordé à M. le Dr Emile Reymond (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la bactériologie des salpingo-ovarites.*

Prix Chaussier (10,000 fr.). — Le prix est décerné à M. le Dr Lancereaux (de Paris), pour l'ensemble de ses travaux anatomo-pathologiques.

Prix Bellion (1,400 fr.). — Le prix est décerné à M. le Dr Vaillard (médecin militaire), pour ses diverses publications, relatives au tétanos.

Prix Mège (10,000 fr.). — Le prix n'est pas décerné. Une somme de 300 fr. est accordée, à titre d'encouragement, à M. le Dr Baudron (de Paris), pour son livre sur l'*Hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus.*

Prix Lallemand (1,800 fr.). — Le prix est partagé entre M. le Dr E. Toulouse (de Paris), auteur d'un ouvrage intitulé :

Les causes de la folie, prophylaxie et assistance, et M. le Dr Halipré (de Rouen), pour son travail sur la *Paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale*.

Prix L. La Caze (10,000 fr.). — Le prix est accordé à M. le professeur Dastre (de Paris), pour ses travaux sur les branches les plus diverses de la physiologie.

Prix Pourat (1,800 fr.). — Question : *Actions vaso-motrices des matières virulentes*. Le prix a été décerné à M. le Dr Charrin (de Paris).

Prix Martin-Damourette (1,400 fr.). — Deux prix sont décernés : 1° un prix de 800 fr. à M. le Dr A. Besson, pour ses recherches expérimentales sur les procédés physiologiques par lesquels les agents révulsifs semblent exercer leur action ; 2° un prix de 600 fr. à M. le Dr Cristiani (de Genève), pour ses travaux sur la *Physiologie du corps thyroïde*.

Prix Philipeaux (800 fr.). — Le prix est attribué à M. Dr Chabrié (de Paris), pour ses *Recherches sur la cystine et la cystinurie*.

Prix Montyon (3,000 fr.). *Arts insalubres*. — Le prix est décerné à M. Gérardin (de Paris), pour son mémoire sur les *Précipitations moléculaires et leurs applications à l'assainissement des industries insalubres*.

Prix Alberto Lévi (50,000 fr.). — Le prix est partagé entre M. le professeur Behring (de Marbourg), pour la découverte du sérum antidiphtérique, et M. le Dr Roux (de Paris), pour l'application de cette découverte en France.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La séance n'a pas eu lieu à cause de la fête de Noël.

ÉCHOS ET NOUVELLES

Rétablissement de l'indemnité aux externes,— Le sous-chapitre 7, personnel médical, est augmenté de 53,020 francs pour *indemnité aux externes*. Ce crédit avait été supprimé par l'Administration.

M. Paul Bernard se réserve de déposer une proposition au Conseil municipal, tendant à ce que les externes de nationalité étrangère ne participent pas à cette indemnité.

Légion d'honneur. — M. le Dr Luton, directeur de l'École de médecine de Reims, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur; — 35 ans de services.

Un monument à Pasteur. — La Société de médecine de Berlin a décidé de souscrire pour mille francs au monument qui sera élevé à Pasteur, à Dôle, sa ville natale.

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont chargés des cours ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : M. Bosc, anatomie pathologique; M. Sarda, médecine légale et toxicologie.

Mort du Dr Terrillon. — Le Dr Terrillon vient de succomber à la longue et douloureuse maladie qui, depuis quatre ans, le tenait éloigné de son hôpital. Il n'était âgé que de 51 ans. Les obsèques ont eu lieu jeudi à Paris.

VIN DE CHASSAING. — *Pepsine et Diastase*, Dyspepsie, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (Viande et Quina. — Médicament régénérateur représentant 30 grammes de quina et 27 grammes de viande. *Fièvres, Convalescences, Maladies de l'Estomac et des Intestins*.

LE GOUDRON LE BEUF est la seule liqueur concentrée de goudron dont la formule ait été officiellement approuvée.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME I — 1895

A

Abadie, v. Glaucome, Hémorragie, Syphilis.
Abcès. Le traitement des grands — du foie, Fontan (Acad. de méd.), 406. — aréolaire du foie, à pus microbien stérile, Hanot (Soc. méd des hôp.),9.—cérébraux, G. Marchant (Soc. de chirurgie), 7.
Abdomen. Le traitement des plaies pénétrantes de l'—, Berger (Soc. de chirurgie), 68. Double plaie de l'— dont l'une avec double pénétration du cœcum, E. Rochard, 31. Sur le traitement chirurgical des contusions de l'— (Soc. de chirurgie), 166. Sur l'intervention chirurgicale dans les contusions de l'—, Michaux (Soc. de chirurgie), 140. Traitement chirurgical de contusions de l'—, Michaux (Soc. de chirurgie), 151.
Abdominale. Intervention —, 284.
Abouchement. L'— de l'uretère dans la vessie, 284.
Accidents cardiaques et de l'albuminurie, Fernet (Soc. méd. des hôp.), 527. — d'iodisme, Du Castel (Soc. de dermatologie), 191. — vésicaux, Mathieu (Soc. méd. des hôp.), 250.
Accouchement. Difficultés dans l'—, 138.
Achard, v. Cancer, Microbes.
Acromégalie fruste. De l'—, Chauffard (Soc. méd. des hôp.), 344.
Actinomycose. Poncet (Acad. de méd.), 44, 260, 343.
Action pyrétogène de certains liquides injectés sous la peau, Hutinel (Soc. méd. des hôp.), 141.
Adénome sébacé. Un cas d'—, Hallopeau et Leredde (Soc. de dermatologie), 239. Les — du foie, L. Thérèse, 397.
Adénopathies sus-claviculaires (Acad. de méd.), 58. — syphilitique, Augagneur (Soc. de dermatologie), 93.
Affections. Sur les — de la queue de cheval, Raymond, 381.
Air. La cure d'— dans la tuberculose, en particulier dans le pays de montagnes, Lalesque, 25. Résultats des analyses d'—, Gréhant (Acad. de méd.), 395. Sur la cure d'— dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, Blache (Acad. de méd.), 550.
Albarran, v. Plaies.
Alcoolisme Discussion sur l'— (Acad. de de méd.), 357. Diagnostic et prophylaxie de l'—, J. Rochard (Acad. de méd.), 308. Sur la prophylaxie de l'—, Mottet (Acad. de méd.), 332. Discussion sur la prophylaxie de l'—, Bergeron (Acad. de méd.), 343.
Aldéhyde. Sur la désinfection par la production sur place d'— formique, Bardet, 247.
Analyse des eaux par la liqueur hydrotimétrique, Brouardel (Acad. de méd.), 539.
Androgyne. Un —, Hallopeau (Acad. de méd.), 175.
Anesthésie locale applicable à la dermatologie, Dubreuilh (Soc. de dermatologie), 202. Paralysie du bras consécutive à l'—, 234. — par l'éther, Monod (Soc. de chirurgie), 249. Du rapport de l'eczéma chronique avec l'— de la peau, Stoukovenkoff, 478. L'—, Laborde, 67. — obtenue par les injections d'huile gaïacolée, Lucas-Championnière (Soc. de chirurgie), 368.
Anévrismes. Extirpation d'—, Le Dentu (Acad. de méd.), 248. — de la sous-clavière (Acad. de méd.), 57. — fémoral, traité par l'incision du sac, Chaput (Soc. de chirurgie), 560. Le traitement des — (Congrès de chirurgie), 557. De l'— multilobulé de l'artère fémorale, Heurtaux (Soc. de chirurgie), 550.
Angine. Cas d'— non diphtérique, traité par le sérum, Moizard (Soc. méd. des hôp.), 335. De l'— de poitrine diabétique, Huchard (Soc. de thérap.), 408. L'utilité de l'examen bactériologique des — à fausses membranes, Landouzy (Acad. de méd.), 367. Nouveaux faits d'— diphtérique, Dieulafoy (Acad. de méd.), 318. Diagnostic des — pseudo-membraneuses, Dieulafoy (Acad. de méd.), 285.
Angiocholite. De l'— et de la cholécystite infectieuse, 510.
Ankylose congénitale complète des différentes articulations des membres inférieurs en flexion (Congrès de gynécologie), 429. — osseuse de la mâchoire inférieure, traitée par la résection du col de condyle (Congrès de chirurgie), 523.
Anorexie mentale. L'— (Congrès français de Bordeaux), 393.
Antisepsie. L'— des fosses nasales, Lermoyez et Helme, 440.

Antithermiques analgésiques. Les — (Congrès de médecine), 425.
Anus contre nature traité par le bouton de Murphy, Forgue (Soc. de chirurgie), 358.
Aphasiques. Altérations de la lecture mentale chez les —, Déjerine et Mirallié (Soc. de biologie), 370.
Appendicite. Remarques sur 95 nouvelles opérations d'— (Congrès de chirurgie), 534. — guérie par la résection de l'appendice. Jalaguier (Soc. de chirurgie), 311. Traitement de l'—, Kirmisson (Soc. de chirurgie), 502. Sur deux cas d'— (Soc. méd. des hôp.), 177. Remarques sur l'—, L.-G. Richelot, 13, 333, 343, 367.
Aortites. Les —, M. Bureau, anal., 264.
Argon. Sur la présence de l'— et de l'hélium dans certaines eaux minérales (Acad. des sciences), 455.
Artaud, v. Toxines.
Artères. Thromboses des — du bulbe, Thérèse, 604, 613. — et veines (Soc. de biologie), 71.
Arthrodère. Nouveau procédé d'— tibio-tarsienne, 307.
Asystolie hépatique, Hanot (Soc. méd. des hôp.), 261.
Association générale des médecins de France. La séance annuelle de l'—, 199.
Associations microbiennes remarquables, J. Monod, 263.
Atrophie. Contribution à l'étude de l'— musculaire progressive, Charcot, 366. — osseuse et musculaire, Marie (Soc. méd. des hôp.), 105. L'— glaucomateuse, Galezowski (Acad. de méd.), 525.
Augagneur, v. Adénopathie.
Asiles des femmes enceintes, Pinard (Acad. de méd.), 572.

B

Bacille diphtérique. Sur le — (Soc. méd. des hôp.), 610. — de Lœffler, dans la bouche d'enfants guéris de la diphtérie, Sevestre (Soc. méd. des hôp.), 93. Expériences sur la résistance des — typhiques à la dessication et sur la possibilité de leur transfert par l'air, Uffelmann, 114. Influence des produits solubles du — prodigiosus sur l'infection charbonneuse, Roger, 320.
Bains de sable. Des —, 453. — froids dans les pneumonies, Comby (Soc. méd. des hôp.), 250, 273.
Ballé, v. Pellagre.
Ballet, v. Lésions.
Balli, v. Intoxication.
Balzer, v. Soude.
Barbe, v. Lichen plan.
Bard, v. Flot.
Bardet, v. Désinfection et Aldéhyde, Digitaline, Digitoxine.
Barié, v. Maladie.
Barjon, v. Oreillons.
Baudouin (G.), v. Mélanodermies.
Bazy, v. Biceps, Infection, Luxations, Suppurations.
Bec-de-lièvre complexe (Congrès de gynécologie), 415. Etiologie du — 379.
Béclère, v. Empyème, Thyroïdien.
Bénon, v. Tuberculose.
Bérard, v. Potassium.
Bergasse, v. Syphilis.
Berger, v. Abdomen, Plaies, Luxations, Pied, Polype.
Bergeron, v. Alcoolisme.
Berliner, v. Urticaire.
Bernard (A.), v. Tabès.
Bertillon, v. Hernie, Logements.
Bezançon (F.), v. Myélites.
Biceps. Rupture de la longue portion du —, Bazy (Soc. de chirurgie), 115.
Blache, v. Air.
Blanc (Henri), v. Phlegmon.
Boissons alcooliques. Les effets comparés des — chez l'homme et leur influence prédisposante sur la tuberculose, Lancereaux (Acad. de méd.), 114.
Bonnet, v. Suppuration.
Borel, v. Peste.
Bosc, v. Choléra, Humeurs.
Bourges, v. Paralysie.
Bouton anastomatique pour les opérations sur l'intestin, Chaput (Soc. de chirurgie), 595. Le — de Murphy, son emploi en chirurgie intestinale, Chaput, 5. Sur les résultats fournis jusqu'à ce jour par le — de Murphy, 112. Sur le — de Murphy (Soc. de chir.), 356, 358.
Bra, v. Epilepsie.
Brindeau, v. Eclampsie.
Broca, v. Tuberculose.
Bronchite. Recherches sur la — membraneuse primitive, J. Magniaux, 263. La — muco-membraneuse primitive, Huchard (Soc. méd. des hôp.), 369. Emploi des vapeurs iodo-formiques dans le coryza et la — descendante (Soc. de thérap.), 19.
Brouardel. V. Analyse, Médecine, Mort.
Bruns, v. Goitre.
Bubon blennorrhagique suppuré. Deux cas de —, Gaucher, Sergent, Claude (Soc. de dermatologie), 407.
Budin, v. Ophtalmie.
Bureau (M.), v. Aortites.

C

Cachexie. Altérations du sang dans la strumiprive, 20.
Cadet de Gassicourt, v. Diphtérie, Toxicité, Trional.
Calculs biliaires. Un cas de rejet de —, Hayem (Soc. méd. des hôp.), 526. Evacuation de — par la voie stomacale, Hayem (Soc. méd. des hôp.), 515.
Calmette, v. Peste.
Calomel. Injections de — dans le traitement de la syphilis, Verchère (Soc. de dermatologie), 612.
Camescasse, v. Pancardites.
Camus, v. Goitre.
Canal. Le — cholédoque (Soc. de chirurgie), 236.
Canaux différents. Résection des — (Congrès de chirurgie). 509.
Cancer. Résultats de l'ablation du — du sein, 88. — de l'estomac avec vomissements, Huchard (Soc. de thérap.), 408. Les complications infectieuses du — de l'estomac, Achard (Soc. méd. des hôp.), 369. — du larynx, Péan (Acad. de méd.), 44. La guérison du — par le sérum antiérysipélateux, 222. Du — du rectum, 380. Guérison de deux cas de — par la sérothérapie, Richet et Héricourt, 210. Un — de l'estomac, Mathieu, Quenu (Soc. méd. des hôp.), 237. Traitement chirurgical du — de l'estomac, 342. — utérin inopérable, guéri par les injections dans le parenchyme néoplastique d'une solution d'acide salycilique, 342.
Cancéreux. Recherches sur les modifications de la nutrition chez les —, S. Duplay et Savoire (Acad. des sciences), 299.
Cataracte. Diagnostic de la —, Panas (Acad. de méd.), 332.
Catrin, v. Monoplégie, Névrite.
Cathelineau, v. Teinture.
Cathétérisme rétrograde chez les prostatiques (Congrès de chirurgie), 547.
Caussade, v. Maladie, Néphrites.
Cavernes. Les — muettes, 464.
Cavités pulmonaires. Mode de réparation des grandes — (Congrès de chirurgie), 522. Variations de la — utérine (Congrès de gynécologie), 428.
Cazeneuve, v. Lait.
Cerveau. La chirurgie du — et du corps thyroïde (Congrès), 208. La néoformation des cellules nerveuses dans le — du singe, consécutive à l'ablation complète des lobes occipitaux (Acad. des sciences), 466.
Chaleur. Sur le coup de —, Colin (Acad. de méd.), 138. La question de la pathogénie du coup de —, Kelsch (Acad. de méd.), 91. Pathogénie du coup de —, Colin (d'Alfort) [Acad. de méd.], 34.
Champetier de Ribes, v. Vomissements.
Chancres symétriques des narines, Mendel (Soc. de Dermatologie), 191. Sur le traitement du — simple par la solution forte de tartrate ferrico-potassique, Hallopeau et Macrez (Soc. de dermatologie), 575. Un cas de — induré à la joue droite, Pudlitz (Soc. de dermatologie), 299.
Chantenesse, v. Erysipèle.
Chaput, v. Anévrisme, Bouton, Ether, Hystérectomie.
Charcot, v. Atrophie.
Chatin, v. Huitres.
Chauffard, v. Acromégalie, Chorée, Hémoglobinurie, Sclérodermie.
Chauveau (A.), v. Cerveau.
Chéron (Paul), v. Hypnotiques.
Cheval. Sur les affections de la queue de —, Raymond, 381.
Chimisme stomacal. A propos des recherches modernes sur le —, Lasniée, 155.
Chipault, v. Névralgie.
Chirurgie. Mémoire de —, Verneuil, anal., 587. Traité de — clinique et opératoire, Le Dentu, Delbet, anal., 417. — de Pierre Franco, E. Nicaise, anal., 250. — du canal cholédoque, Michaux (Soc. de chirurgie), 224. Quelques faits de — osseuse (Congrès de chirurgie), 548.
Chloralose. La posologie du —, Richet et Landouzy (Soc. méd. des hôp.), 132. Accidents causés par le —, Rendu (Soc. méd. des hôp.), 141.
Chloroforme. Influence du — sur les fonctions de l'estomac chez les sujets sains, Stadnitzky, 174. Mort par le —, 22.
Chlorose. Le traitement de la —, Hayem (Soc. méd. de hôp.), 204.
Cholecystostomie. Un nouveau procédé de — intra-pariétale et transmusculaire (Congrès de chirurgie), 536.
Choléra. Des propriétés cholérigènes des humeurs de malades atteints de — asiatique, Bosc, 331.
Chorée. Un cas de —, Chauffard (Soc. méd. des hôp.), 177.
Cidre. Le — et le poiré en santé et en maladie, 488.
Cirrhose alcoolique. Un cas de —. Hanot (Soc. méd. des hôp.), 298. — hypertrophique biliaire, Hanot (Soc. méd. des hôp.), 250. — pigmentaire avec mélanodermie; diabète bronzé? Richardière, 577.
Clado, v. Tumeurs.
Claude, v. Bubon.
Clemente Ferreira, v. Gaïcol.
Climatologie médicale de la République Argentine et des principales villes d'Amérique, S. Gache, anal., 479.
Clozier, v. Gastro intestinale, Zones.
Cocaïnisme chronique d'origine nasale, Lœwenberg, anal., 179.
Cœliotomie vaginale. Sur la — (Congrès de gynécologie), 413.
Cœur. Traité clinique des maladies du — chez l'enfant, E. Weill, anal., 346. Dissociation segmentaire du myocarpe dans un cas de — forcé, Raymond (Soc. méd. des hôp.), 596.
Colin, v. Chaleur.
Coliques hépatiques. Accès de —, Siredey (Soc. méd. des hôp.), 142.

Comby, v. Bains, Croup, Grippe, Ulcération, Pneumonie.
Commenge, v. Prostitution.
Concours de l'internat, 370.
Conditions d'admission et formalités à suivre pour le concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, 382, 418.
Contagion des maladies par les livres, (Acad. de méd.), 608.
Corps thyroïde et maladie de Basedow (Congrès français de Bordeaux), 391.
Correspondance. Lettre de M. Albert Robin, 321.
Coryza. Le — chronique simple, Marcel Lermoyez, 121. Emploi des vapeurs iodoformiques dans le — et la bronchite descendante (Soc. de thérap.), 19.
Courants. Sur la parésie intestinale des typhoïdiques et son traitement par les — continus, Fernet (Soc. méd. des hôp.), 9.
Courdoux (Victor), v. Hyperthermie. Urémie.
Courtois-Suffit, v. Hémoglobinurie.
Coxalgie. Sur l'attitude du membre à la première période de la —, Kirmisson (Soc. de chirurgie), 139. Du pronostic de la — et du mal de Pott à Berck sur-Mer, 451.
Créquy, v. Sucre.
Crocq, v. Système nerveux.
Croup. Sur les vaporisations dans le traitement du —, Comby (Soc. méd. des hôp.), 297. Les interventions chirurgicales dans le traitement du —, Variot (Soc. méd. des hôp.), 286.
Cul-de-sac. Le drainage du — costo-diaphragmatique (Congrès de chirurgie), 522.
Cyanose par malformation congénitale du cœur, Marie (Soc. méd. des hôp.), 36.

D

Darde, v. Intoxication.
Daremberg, v. Eaux-de-vie, Toxicité.
Debove, v. Estomac, Névrose.
Dégénérescences. Les — rétrogrades, Klippel et Durante, 453.
Déglutition. Quatre cas de — accidentelle des tubes métalliques, après l'opération du tubage, Variot, 332.
Déjerine, v. Aphasiques, Syringomyélie.
Delagenière, v. Tuberculose, Vessie.
Delbet (Pierre), v. Chirurgie, Tumeurs.
Déléage, v. Estomac.
Délire du doute, Auguste Voisin, 133.
Delorme, v. Luxation, Péricarde.
Demoulin, v. Névralgie.
Dermatite. Cas de — pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique, Hallopeau et Le Damany (Soc. de dermatologie), 47. Un cas de — pustuleuse, Hallopeau et F. Monodent (Soc. de dermatologie), 408.
Désarticulation de l'os iliaque pour sarcome (Congrès de chirurgie), 557.
Désinfection. Sur la — par la production sur place d'aldéhyde formique, Bardet, 247.
Déviation angulaire consécutive à la résection du genou chez l'enfant (Congrès de chirurgie), 523.
Devic, v. Fémoro-cutané, Paresthésie.
Diabète. Etude sur le —, Worms (Acad. de méd.), 357. Sur la pathogénie du —, Kaufman (Soc. de biologie), 70. Traitement du —, A. Robin (Acad. de méd.), 285. Un nouveau traitement du —, Lépine, 246.
Diabétique. Quelques mots sur la médication — et la théobromine, Huchard. 440.
Diaphragme. Phénomène du —, Ch. Féré, 320.
Dieulafoy, v. Angines, Tuberculose.
Digestion gastrique après la gastro-entérostomie, Hayem, Mathieu (Soc. méd. des hôp.), 552, 560.
Digitale. Action de la — sur le cœur, François-Frank (Acad. de méd.), 319. Exanthème causé par la —, Friedheim, 247. — cristallisée française, Bardet 83. De la — allemande, G. Bardet, 83.
Diphtérie. Le traitement sérothérapique de la — (Soc. méd. des hôp.), 204. Statistique de la —, Monod (Acad. de méd.), 607. Sérothérapie de la — (Soc. méd. des hôp.), 117. Le traitement de la — et la sérumthérapie, Variot, 501. La sérothérapie dans la — (Congrès de médecine), 187. Diagnostic et prophylaxie de la —, Cadet de Gassicourt (Acad. de méd.), 308. Sur le traitement de la — (Soc. méd. des hôp.), 176. De la —, Sevestre et Mery (Soc. méd. des hôp.), 82.
Discours. A propos du — de M. Strauss, 549.
Drainage pelvien chez l'homme, Frœlich, 136.
Dubreuilh, v. Anesthésie, Verrues.
Du Castel, v. Accident, Lymphangite, Lymphangiatasie, Nécrose.
Du Cazal, v. Fièvres, Paralysie.
Duguel, v. Mastite.
Duplay, v. Cancéreux, Phlegmon, Prolapsus, Suture.
Durand, v. Symphyse.
Durante, v. Dégénérescences.
Dutil, v. Lésions.
Duval-Mathias, v. Système nerveux.
Dysenterie. Selles de malades atteints de —, De Silvestri (Soc. de Biologie), 119. Notes sur les causes de la —, Gosser, 246.
Dyspnées. Des — ptomaïniques, Huchard (Soc. de Thérap.), 408.

E

Eau. L'— de mer comme boisson, 453. L'emploi thérapeutique de l'— de mer chauffée, 452. Sur la présence de l'argon et de l'hélium dans certaines — minérales (Acad. des sciences), 455.
Eaux-de-vie. Expériences sur le pouvoir toxique des —, Daremberg (Acad. de méd.), 367.
Echos, Nouvelles, Légion d'honneur, Distinctions honorifiques, Concours, Nominations, dans tous les numéros.
Eclampsie. Traitement de l'— puerpérale, Brindeau, 193.
Eczémas. Evolution des grands —, Le Gendre (Soc. méd. des hôp.), 312. Du rapport de l'— chronique, avec l'anesthésie de la peau, Stoukovenkoff, 478.
Electricité. Fibromes et —, L.-G. Richelot, 54.
Electrolyse. L'— dans le traitement du rétrécissement des voies lacrymales, Lagrange (Acad. de méd.), 224.
Emery, v. Rhumatisme.
Empoisonnement par le phosphore, Marigot (Acad. de méd.), 129.
Empyème pulsatile, Béclère (Soc. méd. des hôp.), 46.
Encéphalopathie grippale. Un cas d'— (Acad. de méd.), 224.
Endlitz, v. Infantilisme, Lésions.
Endocardite et myocardite syphilitique, Israël, 501.
Endométrites. Les — au Congrès allemand, 294.
Ensemencement. L'— épithélial, 593.
Entérectomie pratiquée au cours de la cure radicale des hernies non étranglées, 535.
Entérite muco-membraneuse. L'—, H. Richardière, 1.
Epilepsie. De l'—, Bravais-Jacksonnienne, considérations cliniques et thérapeutiques, 442. Extrait rénal dans l'—, Bra (Soc. de biologie), 417.
Epispadias. Enfant atteint d'— (Acad. de méd.), 58.
Epithélium. Genèse de l'— intestinal, Etienne de Rouville (Acad. des sciences), 105.
Eruption consécutive à une injection de sérum antistreptococcique, H. Richardière, 317.
Erysipèle. Infections pneumo-cocciques dans l'—, Roger, 246. Les influences nerveuses au point de vue des causes et des effets de l'—, Chantemesse, Sainton (Soc. méd. des hop.), 360. L'incubation de l'—, Roger, 113. L'— peut-il guérir le lupus? Hallopeau (Soc. de dermatologie), 611.
Erythème. Une observation de placards pigmentés indélébiles consécutifs à un —, Morel-Lavallée (Soc. de dermatologie), 202. Un cas d'—, desquamatif scarlatiniforme, Hallopeau (Soc. de dermatologie), 407. — pathogénitiques et éruptions médicamenteuses, Ernest Gaucher, 49.
Estomac. Chirurgie de l'— (Congrès de chirurgie), 534. Contre-indication du lavage de l'—, Déléage (Soc. de thérap.), 395. Fonctions de l'— sur un malade atteint d'un cancer du pylore, Debove (Acad. de méd.), 381. — isolé expérimentalement, Laborde (Acad. de méd.), 560. Isolement de l'—, Frémont (Acad. de méd.), 236. La chirurgie de l'— et le traitement de la luxation congénitale de la hanche, 220. Lavages de l'— au bismuth, M. Fournier (Soc. de thérap.), 587. Le traitement chirurgical des maladies de l'—, 10. Un cancer de l'—, Mathieu, Quénu (Soc. méd. des hôp.), 237.
Éther. Anesthésie par l'—, Poncet (Soc. de chirurgie), 260. L'— comme anesthésique, Chaput (Soc. de chirurgie), 224.
Éthérisation. De l'—, Reynier (Soc. de chirurgie), 273.
Etiologie. Commune — du rhumatisme articulaire et du rhume, Weber, 274.
Exanthème causé par la digitale, Friedheim, 247.

F

Fabre, v. Pleurésie.
Félizet, v. Hémarthrose.
Fémoro-cutané. De la paresthésie du — externe, Devic, 331, 365.
Féré (Ch.), v. Diaphragme.
Ferment glycolytique. Production du —, Lépine (Acad. des sciences), 106.
Fernet, v. Accidents, Parésie, Courants, Pleurésies, Tuberculose.
Feuilleton. Administrateurs et médecins, 589. Banqueroute non frauduleuse, 37. Bicyclette (La), 49. Brevet supérieur, 373. Cas de réforme embarrassant (Un), 493. Congrès de gynécologie de Bordeaux, 77. Débuts d'enthousiasme, 469. Deux morts de médecins, 73. En voulez-vous des amateurs? 349. L'évolution et la métaphysique, 253. Foules (Les), 205. Grippe militaire, 97. Hérédité, 277. Hypnotisme en chambre, 517. Juliette ou la fille du chimpanzé, 229. Hurrah pour le vélo! 121. Le laboratoire municipal et le mouillage des vins, 133. Le phosphore et les allumettes, 330. Morts de braves, 301. Mortalité dans le corps médical, 41. Mort (La — agréable), 445. Programme de l'*Union médicale*, en 1895, 1. Psychologie d'une réforme, 541. Psycholo-

gie de la mort, 157. Quelques documents de criminologie, 325. Quelques conseils médicaux au sujet de l'expédition de Madagascar, 25. Quelques réflexions subversives, 566. Rapatriés de Madagascar, 397. Statistique des malades pendant la campagne du Dahomey, 16. Sérothérapie (A propos de la), 16. Thèse de doctorat, 421. Vaines disputes, 181.
Feulard, v. Impétigo, Syphilis.
Fibromes. Traitement des — utérins, Ricard (Soc. de chirurgie), 273. Pronostic et traitement des — de la paroi abdominale, Reclus (Soc. de chirurgie), 176. — et électricité, L.-G. Richelot, 54.
Fibro-sarcome de la plante du pied, Tillaux (Soc. de chirurgie), 9.
Fièvre typhoïde. De la — (Congrès de médecine interne), 413. — et les huitres, 126. Etiologie de la —, Legris, 443, 445. — et grippe, Saint-Ange, 454. Thérapeutique de la —, Le Gendre, Anal, 106. Une épidémie de — due aux émanations d'égouts, Poché, 114. Un bruit de galop au cours de la — (Soc. méd. des hôp.), 202.
Fièvres intermittentes, Du Cazal (Soc. méd. des hôp.), 262.
Finger (Ernest), v. Syphilis.
Fissures. Traitement des — congénitales des lèvres et de la voûte palatine (Congrès de gynécologie), 416.
Fistule recto-vaginale. Traitement de la —, Segond (Soc. de chirurgie), 116. — uretéro-vaginales, L.-G. Richelot (Soc. de chirurgie), 189. Traitement des — uretéro-vaginales, Poirier (Soc. de chirurgie), 176. Deux cas de résection intestinale pour — stercorale, Herbert, 463. — Un cas de — stercorales (Congrès de chirurgie), 533.
Flot lombo-abdominal dans les épanchements péritonéaux, 441.
Foie. Des modes d'ouverture spontanée et du traitement des kystes hydatiques du —, Roger, 241. Rapports du — et de l'intestin en pathologie (Congrès de médecine interne), 402. Les adénomes du —, L. Thérèse, 397.
Folet, v. Grossesse.
Fontan, v. Abcès.
Forgue, v. Anus.
Formulaire des spécialités pharmaceutiques, Gautier et Renault anal., 299. — de gynécologie thérapeutique, Vaucaire, anal., 336.
Fournier (M.), v. Estomac, Néphrite, Sang.
Fous. Des — dans nos tribunaux, Monod (Acad. de méd.), 114.
Fractures. Le traitement des — par le massage et les mouvements, 378.
François-Frank, v. Digitale.
Fransès (Albert), v. Ictère.
Frémont, v. Estomac.
Friedheim, v. Digitale, Exanthème.
Froelich, v. Drainage.
Ferrand, v. Musique.

G

Gache (S.), v. Climatologie.
Gaertner, v. Lait.
Gaïacol dans l'huile d'olive, comme anesthésique sur les brûlures, Lucas-Championnière (Acad. de méd.), 367. Valeur antithermique des badigeonnages de —, Clemente Ferreira (Soc. de thérap.), 586.
Gaillard, v. Thyroïdite.
Galezowski, v. Atrophie, Syphilis.
Galliard, v. Impaludisme, Kyste, Pleurésie, Pneumo-thorax, Polymorphes, Paralysie.
Ganglion de Meckel. Du — (Congrès de chirurgie), 549.
Gangrène. Inhalations d'oxygène gaïacolé dans la — pulmonaire, Richardière, 373. — pulmonaire dans la scarlatine, H. Richardière, 42.
Gaodhart, v. Maladies.
Garel (J.), v. Ictus.
Gastou, v. Kératose, Panaris, Rhumatisme.
Gastro-entérestomie par le procédé du bouton de Murphy, Monod (Soc. de chirurgie), 176.
Gastro-intestinale. Sur l'origine — des hystéro-névroses, Clozier (Acad. de méd.), 174.
Gastropexie. Sur la —, Le Dentu (Acad. de méd.), 139.
Gastrostomie. Picqué (Acad. de méd.), 69.
Gaucher, v. Bubon, Erythème, Intoxication, Lichen plan, Névrite, Peau, Pellagre.
Gaudier, v. Mamelle.
Gautier, v. Formulaire.
Génito-urinaires. Complications — de la grippe, Lamarque, 463.
Genu recurvatum. Le — dans les affections chroniques de la hanche (Congrès de chirurgie), 523.
Gervais de Rouville, v. Lithiase.
Gilbert, v. Médecine, Sang.
Gillemain, v. Opérations.
Gilles de la Tourette, v. Maladie.
Girode, v. Médecine.
Glandes. L'hypersécrétion des —, A. Guépin (Soc. de biologie), 71.
Glaucome. Le — chronique, Abadie. (Acad. de méd.), 514.
Glycosurie alimentaire. Sur la —, Linossier et Roque (Acad. de méd.), 150. Contribution à l'étude de la — alimentaire, Linossier et Roque, 247. Médicaments modificateurs de la —, H. Richardière, 73.
Goitre. Étiologie du — exophthalmique, 63. D'un — kystique, Tuffier (Soc. de chirurgie), 82. Pathogénie du — exophthalmique et du myxœdène, 20. — suffocant, dypsmée paroxystique, mort apparente; guérison des accidents par les tractions rythmées de la langue, Camus (Acad. de méd.), 34. — suffocant, guérison par les tractions rythmées, Laborde (Acad. de méd.), 165. Traitement du —, Bruns, 103.
Gosser, v. Dysenterie.
Goukovsky, v. Hémiplégie.
Gréhant, v. Air.
Grippe. Complication de la —, Comby (Soc. méd. des hôp.), 131. Complications génito-urinaires de la —, Lamarque, 465. De la —, Trouillet (Soc. de biologie), 104, 369. — et fièvre typhoïde, Saint-Ange, 454. Le microbe de la —, Trouillet (Soc. de biologie). Les formes nerveuses de la —, 385. Les infections secondaires au cours de la — (Soc. méd. des hôp.), 204.
Grossesse extra-utérine double, Folet (Acad. de méd.), 130. Sur trois cas de — extra-utérine, Potherat (Soc. de chirurgie), 18.
Guelliot, v. Intoxication.
Guépin (A), v. Glandes.
Guillemot, v. Lupus, Mycosis.
Guillemain, v. Tuberculose.
Guinard (A), v. Hernies, Tumeurs.
Guyon, v. Lymphadénome.
Gynécologie. Formulaire de — thérapeutique, Vaucaire, anal., 336.

H

Hallopeau, v. Adénome, Anarogyne, Chancre, Erythème, Dermatite, Erysipèle, Ichtyose, Lupus, Mycosis, Tuberculose, Syphilomes.
Hameau, v. Virus.
Hanche. Traitement de la luxation congénitale de la —, 220. Désarticulation de la —, Paul, 102. Luxation congénitale de la — (Congrès de gynécologie), 405, 129.
Hanot, v. Abcès, Asystolie, Cirrhose, Œdème, Ostéomalacie. Varices.
Hayem, v. Calculs biliaires, Chlorose. Digestion, Intoxication, Pneumonie, Ulcère.
Helme, v. Antisepsie, Végétations, Sarcomes.
Hémarthrose sympthomatique d'un corps étranger articulaire, Félizet (Soc. de chirurgie), 81.
Hématométrie. Cas d'— et d'hématosalpinx suivis d'infection et guéri par le sérum antistreptococcique, Pozzi (Soc. de chirurgie), 333.
Hématocolpos. Atrésie vaginale ayant amené un — (Congrès de gynécologie), 414.
Hématomyélie du cône terminal, Raymond, 490.
Hémiplégie. Un nouveau type d'— alterne, Goukovsky, 478. Cas d'—, Rendu (Soc. méd. des hôp.), 262.
Hémoglobinurie paroxystique. A propos du fait d'—, Chauffard (Soc. méd. des hôp.), 298. Observation d'— paroxystique, Siredey (Soc. des hôp.), 286. — paroxystique essentielle et hérédo-syphilis, Courtois, Suffit, 114.
Hémorragie. Désorganisation du corps vitré par — intra-oculaire, Abadie (Acad. de méd.), 343. Note sur deux cas d'— cérébrale avec symptômes spéciaux, Laugier, 589.
Hémorroïdes. Traitement des — par la méthode dite américaine, 245.
Henrot, v. Paludisme.
Herbert, v. Fistule.
Hérédo-syphilis. De l'importance diagnostique de la couche alimentaire dans certains cas d'—, Pouzol, 119. Sur l'— (Congrès de gynécologie), 394.
Héricourt, v. Cancer, Sérothérapie.
Hernies. Traitement des — gangrenées, Guinard, 61. — de l'S iliaque à travers le canal inguinal; absence de sac herniaire, 430. La cure radicale de la — inguinale de l'enfance (Congrès de chirurgie), 535. Sur le traitement des — gangrenées par l'invagination partielle ou totale de l'intestin (Congrès de chirurgie), 535. Résultats de l'examen de 10,000 observations de — recueillies en trois ans et demi (Congrès de chirurgie), 535. De quelques accidents de la cure radiale des —, 234. — musculaire consécutive à une rupture musculo-tendineuse ancienne (Congrès de chirurgie), 548. Sur la fréquence de la —, Bertillon, (Acad. de méd.),, 584.
Héroïsme des médecins militaires de l'armée espagnole à Cuba, 491.
Heurtaux, v. Anévrisme.
Hervieux, v. Immunité, Vaccine, Variolisation.
Huchard, v. Angine, Bronchite, Cancer, Diabétique, Dyspnées, Méningisme, Troubles.
Huitres. Sur les —, Chatin (Acad. de méd.), 248.
Humeurs. Des propriétés cholérigènes des — de malades atteints de choléra asiatique, Bosc, 331.
Hutinel, v. Action, Injections.
Hydrocèle vaginale. L'—, 486.
Hydrocystomie. Un cas d'—, Thibierge (Soc. de dermatologie), 576.
Hydrothérapie. L'— dans la chorée, 488.
Hygiène. — Accidents hydrargyriques chez les désinfecteurs municipaux, Ju-

les Rochard, 606. Action bactéricide de la désinfection appliquée aux locaux habités par les tuberculeux, Jules Rochard, 411. Administration préventive de la quinine dans les pays paludéens, Jules Rochard, 127. Allumettes chimiques et la nécrose phosphorée, Jules Rochard, 437. Antiseptiques nouveaux, Jules Rochard, 148. Asiles spéciaux pour les aliénés alcooliques, Jules Rochard, 101. Assainissement de Paris, Jules Rochard, 6. Assèchement du lac d'Enghien, Jules Rochard, 580. Bassins d'épuration des eaux de l'usine de Saint-Maur, Jules Rochard, 270. Bibliographie hygiénique, Jules Rochard, 55. Bilan sanitaire de la ville de Paris, pour 1894, Jules Rochard, 6. Caféisme chronique, Jules Rochard, 531. Congrès international de Bâle contre l'abus des boissons alcooliques, Jules Rochard, 460. Congrès international de la protection de l'enfance, Jules Rochard, 388. Congrès d'assainissement et de salubrité, Jules Rochard, 363. Congrès pénitentiaire international de Paris, Jules Rochard, 340. Constatation de la viande de cheval dans les saucissons ; obligation pour les vendeurs de faire connaître la nature de leur produit, Jules Rochard, 77. Dangers occassionnés par le transport de l'acide carbonique liquide, Jules Rochard, 101. Décret sur la vente du phosphore, Jules Rochard, 484. Digestion des boissons gazeuses, Jules Rochard, 411. Distribution d'eau de Seine dans quelques arrondissements de Paris, Jules Rochard, 460. Etat sanitaire, Jules Rochard, 127. Etat du corps expéditionnaire de Madagascar, Jules Rochard, 437. Eau du lac de Genève à Paris, Jules Rochard, 507. Emploi de la malléine dans l'armée, Jules Rochard, 507. Emploi de l'aluminium pour les ustensiles de campement, Jules Rochard, 484. Epuration des eaux d'égout par le procédé Howatson, Jules Rochard, 606. Etuve Vaillard et Besson, Jules Rochard, 148. Expériences nouvelles sur la désinfection par la vapeur de formol, Jules Rochard, 243. Fixation de la hauteur maxima des maisons à Londres, à Paris et à Lyon, Jules Rochard, 33. Grippe et mortalité dans Paris, Jules Rochard, 77. Habitations ouvrières et la loi du 30 novembre 1894, Jules Rochard, . Hygiène (traité d'— publique et privée), Jules Rochard, anal., 95. Influence de la villégiature sur la mortalité des grandes villes, Jules Rochard, 6. Interdiction de l'emploi du borax pour la conservation du beurre et de l'acide borique pour celle du lait, Jules Rochard, 411. Intoxications alimentaires et inspection des viandes de boucherie, Jules Rochard, 315. Laboratoire municipal pour l'examen bactériologique de la diphtérie, Jules Rochard, 196. Législation relative à la vente du sérum antidiphtérique, Jules Rochard, 196. Lutte contre l'alcoolisme par l'enseignement dans l'école, Jules Rochard, 554. Mesures d'hygiène à prendre dans les sanatoria pour les phtisiques afin d'éviter la contagion, Jules Rochard, 292. Mesures à prendre pour l'assainissement des propriétés inondées, Jules Rochard, 315. Mortalité dans l'armée, Jules Rochard, 127. Mouvement démographique de la France en 1893, Jules Rochard, 55. Nouvelles mesures prises contre l'alcoolisme en Russie et en Suisse, Jules Rochard, 33. Odeurs de Paris, Jules Rochard, 363. Pain complet, Jules Rochard, 554. Paludisme à Madagascar et le respirateur de M. Henrot, Jules Rochard, 484. Piscines municipales et écoles de natation de la ville de Paris, Jules Rochard. 270. Persistance de la contagion, après la guérison apparente de la diphtérie, Jules Rochard, 196. Préparation des éponges aseptiques pour les opérations chirurgicales, Jules Rochard, 148. Projet de loi rendant obligatoire l'épreuve par la tuberculine chez les animaux de l'espèce bovine, Jules Rochard, 531. Projet de loi sur la prostitution, Jules Rochard. 388. Prophylaxie de l'alcoolisme à l'Académie de médecine, Jules Rochard, 411. Réapparition de la grippe, Jules Rochard, 55. Rapport du docteur Haffkine à la municipalité de Calcuta sur la vaccination anticholérique qu'il a pratiquée dans l'Inde, Jules Rochard, 77, Réglementation de l'épandage des eaux d'égouts, Jules Rochard, 292. Santé publique en France et à l'étranger, Jules Rochard, 148. Salubrité des hôtels meublés et des logements loués en garni, Jules Rochard, 580. Stérilisation de l'eau potable en campagne, Jules Rochard, 243. Transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres, Jules Rochard, 55.

Hyperglobulie dans la cyanose congénitale, Marie (Soc. méd. des hôp.), 60.

Hyperthermie. De l'— dans l'urémie, Victor Cordoue, 120. — hystérique, 440.

Hypertrophie de la prostate, 307. — nasale, Lucas-Championnière (Acad. de méd.), 175. De l'— de la prostate (Congrès de chirurgie), 547.

Hypnotiques. Les nouveaux —, Paul Chéron, 229.

Hystérectomie abdominale, Richelot (Soc. de chirurgie), 214, 309. Derniers résultats de l'— vaginale, L.-G. Richelot, 542. De l'— vaginale, Lucas-Championnière (Soc. de chirurgie), 296. L'— vaginale (Soc. de chirurgie), 214. Accidents qui peuvent arriver à l'uretère pendant l'— vaginale, Chaput (Soc. de chirugie), 203. L'— vaginale, Samuel Pozzi (Soc. de chirurgie), 610. Sur un procédé définitif d'— abdominale totale, pour fibromes utérins, L.-G. Richelot, 205. — totale par la voie abdominale, Schwartz (Soc. de chirurgie), 249. — abdominale totale (Congrès de chirurgie), 570.

Hystéropexie. Sur l'—, 283.

I

Ichtyose avec hypertrophie, Hallopeau, Jeanselme (Soc. de dermatologie), 576.

Ictère. Contribution à l'étude de l'—, Albert Fransès, 120.

Ictus laryngé. De l'—, J. Garel, 64. Un cas d'— laryngé, Merkilen (Soc. méd. des hôp.), 514.

Immunité. L'— vaccinale et le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée, Béclère, Chambon, Ménard (Acad. de méd.), 608. Transmission héréditaire de l'— vaccinale, Hervieux (Acad. de méd.), 286.

Impaludisme. De l'—, Galliard (Soc. méd. des hôp.), 273.

Impétigo localisé. Un cas d'—, Feulard (Soc. de dermatologie), 212.

Incision pleurale exploratrice, 512.

Infantilisme, Endlitz (Soc. de dermatologie), 47.

Infection péritonéale post-opératoire à staphylocoques (Congrès de gynécologie), 428. Sur l'— urinaire, Bazy (Soc. de chirurgie), 92.

Infiltration tuberculeuse de la moelle osseuse, Le Dentu (Soc. de chirurgie), 319.

Influenza. Recherches expérimentales et cliniques sur l'—, Massé, 174.

Injections de calomel dans le traitement de la syphilis, Verchère (Soc. de dermatologie. 612. Suite de l' — de sérum antidiphtérique, Variot (Soc. méd. des hôp.), 131. — de sérum antistreptococcique, 283. — de sérum artificiel. (Soc. méd. des hôp.), 167. — de sérum artificiel pour réaliser le lavage du sang, Variot, Hutinel (Soc. méd. des hôp.), . Observations sur la caducité des membranes diphtériques après les — de sérum, Variot, 174. — hypodermiques de quinine, Kelsch, 113. — sous-cutanées de sérum, des convalescents de typhus, E. Legrain (Soc. de biologie), 71. Sur les — préventives du sérum antidiphtérique, 162.

Impulsions. Les — irrésistibles des épileptiques (Congrès français de Bordeaux), 392.

Intestin. Rapports du foie et de l' — en pathologie (Congrès de médecine interne), 402. Suture circulaire de l' —, 487.

Intoxication alimentaire par la viande de veau, Vallin (Acad. de méd.), 260. — bismuthique, de sous-nitrate de bismuth, Hayem, (Soc. méd. des hôp.), 596. Sur les accidents de l'— caféique, Guelliot (Soc. méd. des hôp.), 345. — par la viande de veau, Darde et Vigier, 500. — par le sous-nitrate de bismuth, employé dans le pansement des plaies, Gaucher et Balli (Soc. méd. des hôp.), 585.

Israël, v. Endocardite.

J

Jackson, v. Scarlatine.

Jacquinet, v. Tuberculose.

Jalaguier, v. Appendicite.

Jeanselme, v. Ichtyose, Troubles.

Joffroy, v. Paralysie.

Jonnesco, v. Mal.

Josias, v. Névralgie.

Jugement rendu par la gremière chambre du Tribunal civil de la Seine, sur un cas de mort par le chloroforme dans les hôpitaux de Paris, 22.

K

Kalt, v. Ophtalmie.

Kaufmann, v. Diabète.

Kelsch, v. Injections, Chaleur, Quinine.

Kératose pilaire congénitale, Gastou (Soc. de dermatologie), 212.

Kirmisson, v. Appendicite, Coxalgie, Péritonite, Pied-bot.

Klein (A.), v. Quinine.

Klippel, v. Dégénérescence.

Kopfstein, v. Tumeurs, Sérum.

Kronig, v. Utérus.

Kummer, v. Occlusion.

Kystes dermoïdes traumatiques de la peau, Lefort, 80. Des modes d'ouverture spontanée et du traitement des — hydatiques du foie, Roger, 241. — hydatique de la rate, 380. — hydatique du poumon (Congrès de chirurgie), 522. Infection d'un — hydatique du foie par le pneumocoque, Galliard (Soc. méd. des hôp.), 204. La pénétration de la bile dans les — du foie (Acad. de méd.), 58. Sur quelques phénomènes observés à la suite de l'ouverture des — (Congrès de chirurgie), 536. Traitement des — synoviaux, A. Martin, 275.

L

Labadie-Lagrave, v. Métrorrhagies, Salpingite.
Laborde, v. Anesthésie, Langue, Estomac, Goitre.
Lagrange, v. Électrolyse.
Lait. Un moyen pour faciliter l'ingestion de grandes quantités de —, Thin, 454. La caséine du — de vache, Gaërtner (Soc. de thérap.), 586. Système à stérilisation du —, Cazeneuve (Acad. de méd.), 130. Valeur comparative des — stérilisés (Soc. de thérap.), 19.
Lalesque, v. Air, Tuberculose.
Lamarq, v. Syringomyélie.
Lamarque, v. Génito-urinaires, Grippe.
Lancereaux, v. Boissons alcooliques, Trophonévrose.
Landouzy, v. Angines, Chloralose.
Langue. Tractions rythmées de la —, Laborde (Acad. de méd.), 45, 65, 91.
Lannois, v. Paralysie.
Laparotomie suivie de guérison, 594. La — pour appendicites, 284. — pour une grossesse extra-utérine, Pinard (Acad. de méd.), 382.
Laryngite tertiaire. Observation de —, Mendel (Soc. méd. des hôp.), 298.
Lasniée, v. Chimisme.
Laugier (M.), v. Hémorragie.
Layet, v. Variole.
Lebreton, v. Myxœdème, Sérothérapie.
Le Damany, v. Dermatite.
Le Dentu, v. Anévrisme, Chirurgie, Gastropexie, Infiltration, Néphrectomie, Ostéotomie, Reins, Tumeurs, Tuberculose, Utérus.
Lefort, v. Kystes.
Le Gendre, v. Eczémas, Fièvre.
Legrain (E.), v. Injections, Typhus, Sérum.
Legry (T.), v. Fièvre typhoïde, Pyléphlébites, Rein.
Lejars (Félix), v. Œuvres.
Lemaistre, v. Porcelaine.
Lépine, v. Diabète, Ferment.
Leredde, v. Adénome, Lichen plan, Mycosis, Nécroses, Tuberculose.
Lermoyez, v. Antisepsie, Coryza.
Leroy des Barres, v. Tétanos.
Lésions. Sur les — ulcéreuses du front, Endlitz (Soc. de dermatologie), 47. Quelques types cliniques nouveaux de — radiculaires (Congrès de chirurgie, 556. — médullaires dans un cas de polynévrite, Ballet et Dutil (Soc. méd. des hôp.), 611. — ostéomyélitiques expérimentales provoquées par le bactérium coli-commun, Akermann, 275.
Leucocytose. La — alimentaire dans l'ulcère rond et le carcinome de l'estomac, Schneyer, 247.
Leucoplasie vulvo-vaginale (Congrès de gynécologie), 414.
Ligaments. Du rôle des — et des capsules articulaires sur les épiphyses pendant leur période de croissance (Congrès de gynécologie), 406.
Ligature. Notes sur un cas de — du tronc brachiocéphalique, 438.
Lichen plan. Gaucher et Barbet (Soc. de dermatologie), 93. Du — de Wilson, Wikmann (Soc. de dermatologie, 299. Un cas de — plan typique, Leredde (Soc. de dermatologie), 407.
Ligature des os (Congrès de chirurgie), 547.
L Nossier, v. Glycosurie.
Lion (G.), v. Lymphadémie.
Lithiase urinaire expérimentale, Gervais de Rouville, 44.
Lœwenberg, v. Cocaïnisme.
Logements. Le surpeuplement des — à Paris, J. Bertillon (Acad. de méd.), 151.
Lucas-Championnière, v. Anesthésie, Gaïacol, Hypertrophie, Hystérectomie.
Lupus. Le — érythémateux. (Soc. de dermatolagie), 239. Un cas de — érythémateux, Hallopeau et Guillemot (Soc. de dermatologie), 408.
Luxation de la colonne cervicale, avec attrition de la moelle (Acad. de méd.), 69. — métarso-phalangienne du gros orteil en bas, Delorme (Soc. de chirurgie), 82. — congénitale de la hanche (Congrès de gynécologie), 405, 429. Le traitement des — irréductibles, Berger (Soc. de chirurgie), 139. — spontanée de la tête du radius droit au cours d'hydarthroses blennorrhagiques, Widal (Soc. méd. des hôp.), 369. — pathologiques anciennes de la hanche (Congrès de chirurgie), 524. — des tendons latéraux, 487. — traumatique de l'atlas, 592. — en arrière de l'extrémité inférieure du cubitus, Berger, 169. Sur le traitement chirurgical des — anciennes, Bazy (Soc. de chirurgie), 115. A propos des — anciennes, Picqué (Soc. de chirurgie) 130.
Lymphadénome. Production expérimentale d'un — ganglionnaire généralisé chez un chien, Guyon (Acad. des sciences), 321. Traitement hémothérapique du —, Nicaise (Acad de méd.), 319.
Lymphadénie, G. Lion (Soc de biologie), 71.
Lymphangiectasie de la muqueuse buccale, Du Castel (Soc. de dermatologie), 211.
Lymphangites ulcéreuses précoces. Un cas de —, Du Castel (Soc, de dermatologie), 239. Sur un cas de — buccale, Du Castel (Soc. de dermatologie), 407.
Lyon (G.), v. Thérapeutique.

M

Magitot, v. Nécrose.
Magniaux (J.), v. Bronchite.
Macrez, v. Chancre.
Maladie bleue. La forme tardive de la —, Richardière, 337. — de Paget, Gilles de la Tourette et Marinesco (Soc. méd. des hôp.), 334. Considérations sur la pathogénie de la — d'Addisson, G. Caussade, 301. Un cas de — d'Addison, Barie (Soc. méd. des hôp.), 360. Traité pratique des — des enfants, James Gaodhart, anal., 178.
Mal Pott dorso-lombaire avec triple abcès par congestion, Jonnesco (Acad. de méd.), 539.
Mamelle. Certaines formes de maladie kystique de la —, Gaudier et Surmont (Soc. de biologie), 118.
Marchant (G.), v. Abcès.
Marie, v. Atrophie, Cyanose, Hyperglobulie, Médication, Paralysie, Salophène, Tabès.
Marigot, v. Empoisonnement, Phosphore.
Marinesco, v. Maladie, Paralysie, Polyurie.
Marmier, v. Toxine.
Martin (A.), v. Kyste, Quinine.
Massage. A propos de quelques méfaits du — en gynécologie, E. Rochard, 42. Mort subite dans la pratique du —, 307. Le traitement des fractures par le — et les mouvements, 378.
Masse (E.). v. Influenza, Topographie.
Mastite. De la — carcinomateuse, E. Rochard, 313. — chez l'homme, Duguet (Acad. de méd.), 442.
Mathieu, v. Accidents, Bicarbonate de soude, Cancer, Estomac, Digestion, Occlusion, Pseudo-lipomes, Ulcère, Vomissements.
Mauriac, v. Syphilis.
Maxillaire. Résection des condyles du — inférieur sur la situation de la rangée dentaire et la forme du menton, 486.
Médecine. Traité de — et de thérapeutique, Brouardel, Gilbert, Girode, anal., 226.
Médication thyroïdienne dans un cas de goitre vulgaire, Marie (Soc. méd. des hôp.), 552. La — thyroïdienne, 20.
Mélanodermies. Des —, Baudouin, 554.
Mendel, v. Chancre, Laryngite, Syphilitique.
Méningisme hystérique. Sur un nouveau cas de —, Huchard (Soc. méd. des hôp.), 611.
Menge, v. Utérus.
Menière, v. Otologie.
Mercure. Valeur antiseptique de l'oxycianure de — (Congrès de chirurgie), 510.
Merklen, v. Ictus.
Méry, v. Diphtérie.
Métrorrhagies. Un nouveau traitement des —, Labadie-Lagrave, 90.
Michaux, v. Abdomen, Chirurgie.
Microbe. Le — de la grippe, Trouillet (Soc. de biologie), 417. L'envahissement des organes par les — pendant l'agonie et après la mort, Achard et Phulpin, 43.
Mignon, v. Péricarde.
Mirallié, v. Aphasiques, Syringomyélie.
Moizard, v. Angine, Mort, Sérum.
Monod, v. Anesthésie, Appendicite, Associations, Diphtérie, Fous, Gastro-entérostomie.
Monodent, v. Dermatite.
Monoplégie hystérique intermittente, Catrin (Soc. méd. des hôp.), 93.
Morel-Lavallée, v. Erythème.
Mort à la suite de l'extirpation du ganglion de Gasser (Congrès de chirurgie), 549. D'un cas de — par le sérum antidiphtérique, Moizard (Soc. méd. des hôp.), 359. La — et la mort subite, Brouardel (anal.), 215. — par le chloroforme, 22. — subite dans la pratique du massage, 307.
Mortalité. La — aux colonies, 479.
Mossé, v. Transplantations.
Mottet, v. Alcoolisme.
Mouchet, v. Paralysies.
Musique. Etude scientifique sur la —, Ferrand (Acad. des sciences), 455.
Mycosis fongoïde. Un cas de —, Hallopeau et A. Guillemot (Soc. méd. des hôp.), 298. Un cas de —, Leredde (Soc. de dermatologie), 192.
Myélites infectieuses à streptocoques, Widal (Soc. méd. des hôp.), 45. Des — infectieuses (Congrès de médecine interne), 402. — infectieuses expérimentales, Widal et F. Bezançon, 113.
Myxœdème. Traitement du — par l'alimentation thyroïdienne, 17. Médication thyroïdienne dans le —, Lebreton (Soc. méd. des hôp.), 9.

N

Naphtol camphré. L'innocuité du — sur les plaies, 379. — camphré en injections intra-péritonéales dans la péritonite tuberculeuse, Rendu (Soc. méd. des hôp.), 225.
Nécrologie. Barron Larrey, 481. Pasteur, 469. Verneuil, 289.
Nécroses viscérales multiples dans la tuberculose humaine aiguë et subaiguë, Leredde, 44. Sur la — phosphorée, Magitot (Acad. de méd.), 138. — du maxillaire d'origine tabétique, Du Castel (Soc. de dermatologie), 238.
Néphrectomie dans les calculs ramifiés des reins, Le Dentu (Acad. de méd.), 139. De la — partielle pour tumeurs

bénignes du rein (Congrès de chirurgie), 536.
Néphrite. De la — (Soc. méd. des hôp.), 551. Une observation de — syphilitique précoce, Fournier (Soc. de dermatologie, 407. Pathogénie des — aiguës, G. Caussade, 493, 505.
Néphropexie. Nouvelle opération de —, 306.
Neurasthénie. Pathogénie et traitement rationnel de la — (Congrès français de Bordeaux), 393.
Névralgie faciale. La — (Congrès de chirurgie), 549. — de la VIIIe racine postérieure cervicale droite, Chipault et Demoulin, 381. — spasmodique de la face guérie par l'intervention chirurgicale, Gosias, 143.
Névrite paludéenne, Catrin (Soc. méd. des hôp.), 35. Une — cubitale, Gaucher (Soc. de dermatologie), 201. — d'origine paludique, Catrin (Soc. méd. des hôp.), 561. Un cas de — périphérique traumatique, Catrin (Soc. méd. des hôp.), 225.
Névrose traumatique. Sur un cas de —, Debove (Soc. méd. des hôp.), 177.
Nicaise (E.), v. Chirurgie, Lymphadénome.
Nimier (Léon), v. Urines.
Nocard, v. Sang, Sérothérapie, Viandes.

O

Occlusion intestinale, Mathieu (Soc. méd. des hôp.), 226. Traitement de l'— intestinale, Kummer, 103. — des plaies de l'intestin sans sutures, 186. Quatre cas d'— intestinales postopératoires (Congrès de gynécologie), 414.
Œdème latéral droit. Quatre faits curieux d'—, Hanot (Soc. méd. des hôp.), 526.
Œuvres de Léon Le Fort, anal., 563.
Ongles. Procédé facile d'enlèvement des corps étrangers sous les —, 357.
Opération. De l'— de Rouge, 462. La pratique des — nouvelles en chirurgie, Gillemain, anal., 95.
Ophtalmies du nouveau-né. Les —, Valude, anal., 215. Prophylaxie de l'— des nouveau-nés, Budin, 79. Traitement de l'— des nouveau-nés, Panas (Acad. de méd.), 91. Traitement de l'— purulente par les grands lavages de permanganate de potasse, Kalt (Acad. de méd.), 525.
Opium dans les diarrhées (Acad. de méd.), 202.
Organes génitaux. Les — (Congrès de chirurgie). 558.
Oreillons. Des — (Congrès de médecine), 413. Les — suppurés, Barjon, 500.
Os. Traitement des complications précoces et tardives dans les solutions de continuité des — (Congrès de chirurgie), 547.
Otologie. Manuel d'— clinique, Menière, anal., 382.
Ostéomalacie. De l'—, Hanot (Soc. méd. des hôp.), 596.
Ostéomyélité. Observation d'— du fémur avec nécrose de la diaphyse, Viard (Acad. de méd.), 539. Statistique microbienne de l'— (Congrès de chirurgie), 509. Sur l'— de l'extrémité supérieure du fémur (Congrès de gynécologie), 414.
Ostéo-périostite et phlegmon de l'orbite d'origine dentaire, E. Valude, 290.
Ostéotomie du maxillaire supérieur combinée avec la section de la cloison nasale comme temps préliminaire de certaines uranostaphylorrhaphies, Le Dentu (Acad. de méd.), 164.
Oxygène. Inhalations d'— gaïacolé dans la gangrène pulmonaire, Richardière, 373.

P

Paludisme. La prophylaxie du —, Henrot (Acad. de méd.), 467, 502.
Panaris aux orteils des maux perforants, Gastou (Soc. de dermatologie), 211.
Panas, v. Cataracte, Ophtalmie, Suppuration.
Pancardites grippales, Camescasse (Acad. de méd.), 175.
Pancréas. Syphilis scléro-gommeuse du —, Schlagenhaufer. 247.
Pansements. Sur l'effet des — humides dans le traitement des plaies infectées, G. Steinmetz, 463.
Paralysie générale dans l'enfance, Regis, 44. — infantile, Du Cazal (Soc. méd. des hôp.), 152. Origine infectieuse de la — Marie et Marinesco (Soc. méd. des hôp.), 515. Un cas de — de Landry, Marie, Marinesco (Soc. méd. des hôp.), 526. L'utilité de l'élongation des nerfs dans les — traumatiques, Mouchet (Acad. de méd.), 34. De l'étiologie otique de certains cas de — faciale, Lannois, 64. — consécutive à une angine pseudo-membraneuse, reconnue comme non diphtérique à l'examen bactériologique, Bourges, 90. — générale à forme tabétique, A. Joffroy, 143. Un cas de — avec atrophie du grand dentelé gauche, Galliard (Soc. méd. des hôp.), 141. — bilatérale du deltoïde par élongation des deux nerfs circonflexes, F. Raymond, 142. — générale infantile d'origine hérédo-syphilitique (Acad. de méd.), 236. — du bras consécutive à l'anesthesie, 234. Etiologie de la — générale (Congrès français de Bordeaux), 393.
Parésie intestinale des typhoïdiques et son traitement par les courants continus, Fernet (Soc. méd. des hôp.), 9.
Paresthésie. De la — du nerf fémoro-cutané externe, Devie, 365.
Patein, v. Quinine.
Paul, v. Hanche.
Péan, v. Cancer, Rhinosclérome, Urèthre, Vessie.
Peau. Leçons sur les maladies de la —, E. Gaucher, anal., 347. Thérapeutique des maladies de la —, G. Thibierge, anal., 23.
Pelade. Nouveau traitement de la —, Sabouraud (Soc. de dermatologie), 238.
Pellagre. Distinction établie entre la — et les érythèmes pellagroïdes, Gaucher (Soc. méd. des hôp.), 345. Un cas type de — sporadique chez un artério-scléreux, Gaucher et Ballé (Soc. de dermatologie). 407.
Péricarde. Nouvelle méthode de ponction du —, Delorme et Mignon (Acad. de méd.), 608.
Périgastrite. De la —, 10.
Péritonite. Un cas de — à pneumocoques, Kirmisson (Soc. de chirurgie), 224. De la — appendiculaire, E. Rochard, 376. — tuberculeuse, L.-G. Richelot, 361.
Périty phlite. Observation de — à marche anormale (Congrès de chirurgie), 534.
Peste. La — bubonique, Yersin, Calmette, Borel, 366.
Phénol. Le — sulforiciné dans la tuberculose laryngée, Alb. Ruault, anal., 264.
Phlegmon. Deux cas de — sous-lingual, Henri Blanc, 565. Sur une variété rare et non décrite de — iliaque, Picqué (Acad. de méd.), 69. — péri-ombilical, Tillaux (Soc. de chirurgie), 8. Sur le — de la gaine des muscles grands droits de l'abdomen, Duplay, 601. — du médiastin postérieur, Zienbicki (Soc. de chirurgie), 140.
Phlébite blennorrhagique. De la —, 593.
Phosphore. Empoisonnement par le —, Marigot (Acad. de méd.), 129.
Phthisie pulmonaire au bord de la mer, 452.
Phulpin, v. Microbes, Sciatique.
Pic, v. Sensibilité.
Picqué, v. Luxations, Plaie, Phlegmon, Gastrostomie, Thymus, Vagin.
Pied. Opération d'un — plat, Kirmisson (Acad. de méd.), 272.
Pieds-bots. Traitement des — (Congrès de gynécologie), 415, 428.
Pied-plat valgus douloureux, traité par l'opération d'Ogston, Berger (Acad. de méd.), 525.
Pinard, v. Asiles, Laparotomie, Symphyséotomie.
Pityriasis rubra pilaire. Deux cas de —, Wickam (Soc. de dermatologie), 407.
Plaies. De l'occlusion des — de l'intestin sans sutures, 186. Traitement des — par la poudre de sérum, 10. Traitement des — pénétrantes de l'abdomen, Berger (Soc. de chirurgie), 68. Double — de l'abdomen dont l'une avec double pénétration du cœcum, E. Rochard, 31. — du coude et de l'abdomen (Acad. de méd.), 69. — de l'intestin et de l'utérus gravide par balle de revolver, Albarran (Soc. de chirurgie), 104. L'effet des pansements humides dans le traitement des — infectées, G. Steinmetz, 463. — multiples de l'intestin et de perforation de l'utérus gravide avec procidence du cordon dans l'abdomen, Pozzi (Soc. de chirurgie), 152. De la suture des — accidentelles (Congrès de chirurgie), 556. — pénétrante de l'abdomen par coup de couteau, hémorragie d'une artère épiploïque, plaie du colon ascendant, hémostase, guérison, Picqué (Soc. de chirurgie), 526. Intervention chirurgicale dans les — du poumon, Quenu (Soc. de chirurgie), 540.
Pleurésies séro-fibrineuses, Fernet (Soc. méd. des hôp.), 154. Traitement de la — purulente par la trépanation costale, Rey, 308. Un cas de — purulente traitée par l'ouverture large du thorax et la décortication du poumon (Congrès de chirurgie), 549. La migration du pus à la région lombaire dans la — purulente, Galliard (Soc. méd. des hôp.), 561. Contribution à l'étude de la — chez les cardiaques et en particulier de la — droite, Fabre, 442. Etiologie des — séro-fibrineuses), Fernet (Soc. méd. des hôp.), 104.
Pneumo-paludisme. Sur le — (Acad. de méd.), 58.
Pneumonie. Traitement de la — par les inhalations de nitrite d'amyle à haute dose, Hayem (Soc. méd. des hôp), 503. Bains froids dans les —, Comby (Soc. méd. des hôp.), 250.
Pneumo-thorax partiel, Gailliard (Soc. méd. des hôp.), 105.
Pneumotomie par dilatation bronchique (Congrès de chirurgie), 522.
Pocné, v. Fièvre typhoïde.
Poirier, v. Fistules.
Polymorphes, Galliard (Soc. méd. des hôp.), 46.
Polype naso-pharyngien, Berger (Soc. de chirurgie), 8.
Polyurie essentielle, Marinesco (Soc. de biologie), 71.
Poncet, v. Actinomycose, Ether.
Porcelaine. Influence des poussières des fabriques de — sur la santé des ouvriers, Lemaistre (Acad. de méd.), 203.
Potassium. L'iodure de — dans l'actinomycose, Bérard anal., 179.
Potherat, v. Grossesse.
Poumon. Chirurgie du — (Soc. de Chirurgie), 573. Quelques cas de chirurgie du —, 512. Chirurgie du poumon (Congrès de chirurgie), 511. — droit atteint de tuberculose (Congrès de chirurgie),

521. Sur la chirurgie du —, Tuffier (Soc. de chirurgie), 595.
Pourriture. La — d'hôpital, 162.
Pousson, v. Rétrécissements.
Pouzol, v. Hérédo-syphilis.
Pozzi, v. Hématométrie, Sérum, Plaie, Hystérectomie, Uretère.
Pneumonie double, compliquée de muguet, hypothermie, adynamie; bons effets de bains frais, 436.
Prix proposés pour l'année 1896 (Acad. de méd.), 599. — proposés pour les années 1897 et 1898. 609. Distribution des prix (Acad. de méd.), 598.
Prolapsus. Quelques mots sur le diagnostic, la pathogénie et le traitement des — génitaux, S. Duplay, 253.
Prostate. Hypertrophie de la —, 307. Fonctions de la — (Congrès de chirurgie), 509. Indications de la résection de la — (Congrès de chirurgie), 547.
Prostitution. Sur la —, Commenge (Acad. de méd.), 248.
Protestation des médecins des hôpitaux (Soc. méd. des hôp.), 214. — des chirurgiens des hôpitaux de Paris, 192.
Prunier, v. Soufre.
Pseudo-lipomes. Des —, Mathieu (Soc. méd, des hôp.), 153.
Psoriasis généralisé, traité par l'extrait thyroïdien, Albert Wilson, 114. Du —, 582.
Psychoses de la vieillesse. Les — (Congrès français de Bordeaux), 390.
Pudlitz, v. Chancre.
Purpura. Du —, 583.
Pyléphlébites. Des —, T. Legry, 278.
Pyloraplastie, 10.
Pyopneumo-thorax. Deux cas de — (Congrès de chirurgie), 520.

Q

Quenu, v. Cancer, Estomac, Plaies.
Quinard, v. Toxines.
Quinine. Discussion sur les sels de —, A. Klein, 143. Note sur les injections hypodermiques de —, Kelsch, 113. Sels de — à titre prophylactique, Patein, 83. Sur la —, Martin, 274.

R

Rachitisme. Sur le —, 498.
Ranvier, v. Veines.
Paresthésie. De la — du fémoro-cutané externe, Devie, 331.
Raymond (F.), v. Affections, Cheval, Cœur, Hématomyélie, Paralysie.
Reclus, v. Fibromes.
Réformes hospitalières. Les — 239, 512, 563, 576.
Regand, v. Sensibilité.
Regis, v. Paralysie.
Règlement. A propos du nouveau — sur les circonscriptions hospitalières, 537. — de l'administration de l'Assistance publique sur les consultations externes des hôpitaux, 181.
Rein mobile. Résultats d'interventions pour —, 234. Néphrectomie dans les calculs ramifiés des —, Le Dentu (Acad. de méd.), 139. Pathogénie et symptomatologie du — mobile, T. Legry, 97, 110.
Renault, v. Formulaire, Syphilide.
Rendu, v. Chloralose, Hémiplégie, Naphtol, Syphilis.
Rerman (A), v. Lésions.
Rétrécissements de l'œsophage et de certaines tumeurs du rectum (Congrès de chirurgie), 510. Les — partiels du rectum (Congrès de chirurgie), 509. Sur la résection des — péniens, Pousson (Soc. de chirurgie), 344.
Rétrodéviations utérines. Etude des symptômes et du traitement des — (Congrès de gynécologie), 404.
Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 380.
Rey, v. Pleurésie.
Reynier, v. Ethérisation.
Rhinosclérome. Un cas de —, Péan (Acad. de méd.), 515.
Rhumatisme blennorragique, Emery (Soc. de dermatologie), 612. — blennorragique Gastou (Soc. de dermatologie), 46. Sur le —, 476. Traitement de l'attaque de — articulaire aigu simple, 517, 530.
Ricard, v. Fibromes.
Richardière, v. Cirrhose, Eruption, Entérite, Gangrène, Glycosurie, Maladie, Oxygène, Scarlatine, Sérum.
Richelot (L.-G.), v. Appendicite, Fibromes, Fistules, Hystérectomie.
Richet, v. Cancer, Chloralose, Sérothérapie.
Robin, v. Diabète.
Rochard (E.), v. Abdomen, Plaie, Massage, Mastite, Péritonite, Tétanos.
Rochard (J.), v. Alcoolisme, Hygiène.
Roger, v. Bacille, Erysipèle, Kyste, Suppurations.
Roque, v. Glycosurie.
Rougeole. Hygiène et prophylaxie des complications de la —, 470.
Routier, v. Tumeur.
Rouville (Étienne de), v. Épithelium.
Ruault (Alb.), v. Phénol et Tuberculose.

S

Sabouraud, v. Pelade.
Saint-Ange, v. Fièvre typhoïde, Grippe.
Sainton, v. Erysipèle.
Salophène. Emploi du —, Marie (Soc. méd. des hôp.), 274.
Salpingites. Traitement médical des —, Labadie-Lagrave, 80.
Sang. Microbes du —, Nocard (Soc. de biologie), 119. Altérations du — dans la cachexie strumiprive, 20. Du — défibriné comme milieu de culture, Gilbert, Fournier, 559.
Sanguins. Sur l'influence des épanchements — (Soc. de chirurgie), 584.
Sarcome pulsatile de la région fronto-orbitaire, épistaxis répétées, ligature de la carotide primitive, Schwartz, 409. Les — primitifs des fosses nasales, F. Helme, 85.
Savoire, v. Cancéreux.
Scarlatine. Un cas de — compliquée d'abcès de la paupière droite et du tibia avec broncho-pneumonie, Mark, Jackson, 174. Gangrène pulmonaire dans la —, H. Richardière, 42. La — est-elle contagieuse? (Soc. méd. des hôp.), 573.
Schlagenhaufer, v. Pancréas et Syphilis.
Schneyer, v. Leucocytose.
Schwartz, v. Hystérecton ie, Sarcome.
Sciatique. La —, Phulpin, 443.
Sclérodermie. De la —, Chauffard (Soc. méd. des hôp.), 334.
Segond, v. Fistule.
Sensibilité. De la — dans un cas de pachyméningite, due à un mal de Pott, sans cavités médullaires, Pic et Regaud, 591.
Sergent, v. Bubon, Tuberculose.
Sérothérapie dans la syphilis, Richet, Héricourt (Soc. de biologie), 71. La — de la diphthérie, Lebreton (Soc. méd. des hôp.), 69, 117. La — dans la diphthérie (Congrès de médecine), 187. De la — (Acad. de méd.), 58. — antitétanique, Nocard (Acad. de méd.), 513.
Sérum antistreptococcique, L. Thérèse, 218. Hématométrie et l'hématosalpinx suivis d'infection et guéris par le — antistreptococcique, Pozzi (Soc. de chirurgie), 333. Eruption consécutive d'une injection de — antistreptococcique, H. Richardière, 317. Un cas d'angine non diphtérique traité par le —, Moizard (Soc. méd. des hôp.), 335. Injections sous-cutanées de — des convalescents de typhus, E. Legrain (Soc. de biologie), 71. Le streptocoque et le — antistreptococcique, 365. Sur les injections préventives du — antidiphtérique, 162. D'un cas de mort par le — antidiphtérique, Moizard (Soc. méd. des hôp.), 359. Suites de l'injection de — antidiphtérique, Variot (Soc. méd. des hôp.), 131. Traitement des plaies par la poudre de —, 10. Recherches cliniques sur l'action du — érysipélateux sur les tumeurs malignes, W. Kopfstein, 463.
Sérumthérapie. De la découverte de la — (Acad. de méd.), 18.
Service de santé. La fin du —, 378.
Sevestre, v. Bacille, Diphtérie.
Siège décomplété. De la conduite à tenir dans les présentations du —, 482.
Silvestri (De), v. Dysenterie.
Siredey, v. Coliques hépatiques, Hémoglobinurie.
Soude. Salycilate de — dans le rhumatisme blennorragique, Balzer (Soc. de dermatologie, 213. Bicarbonate de — dans le traitement de l'ulcère rond de l'estomac et de l'hyperchlorhydrie, Mathieu (Soc. méd. des hôp.), 153.
Soufre. Le — et son emploi en dermatologie, Prunier (Acad. de méd.), 502.
Spina bifida. Traitement du — par l'opération plastique, 487.
Stadnitzky, v. Chloroforme.
Steinmetz, v. Pansements, Plaies.
Stoukovenkoff, v. Anesthésie, Eczéma.
Strabisme. Diagnostic et traitement du —, E. Valude, 37.
Streptocoque. Le — et le sérum antistreptococcique, 365.
Sucre. Procédé de dosage du — de l'urine, Créquy (Soc. de thérap.). 586.
Suppuration du sinus maxillaire consécutive à la présence d'une dent malade, Panas (Acad. de méd.), 130. — périnéale, Roger et Bonnet (Soc. méd. des hôp.), 335. De la — (Congrès de méd.), 413. Traitement des — pulmonaires, Bazy, (Soc. de chirurgie), 610.
Surmont, v. Mamelle, Vératrol.
Suture intra-viscérale dans un cas de fistule vésico-vaginale, Duplay (Acad. de méd.), 559. La — des gros vaisseaux, 379. — de la rotule (Congrès de chirurgie), 548. — circulaire de l'intestin, 487. Nouveau procédé de — intestinale à l'aide d'un bouton perfectionné (Congrès de chirurgie), 524.
Symphyse cardiaque. Contribution à l'étude de la —, Durand, 120.
Symphyséotomie. La —, Pinard, 78. De la —, 489.
Synovite fibreuse sténosante, 356.
Syphilide pigmentaire généralisée, Renault (Soc. méd. des hôp.), 274.
Syphilis. Modifications à apporter au traitement général de la —, Abadie (Soc. de dermatologie), 211. Pièces anatomiques d'un malade ayant succombé à une — cardiaque. Rendu (Soc. méd. des hôp.), 225. Sérothéraphie dans la —, Richet, Héricourt (Soc. de biologie), 71. La — et les maladies vénériennes, Ernest Fingera anal., 107. — scléro-gommeuse du pancréas, Schlagenhaufer, 247. Lésions intéressantes de — héréditaire, Feulard (Soc. de dermatologie), 192. Injections de calomel dans le traitement de la —, Verchère (Soc. de dermatologie), 612. Transmission de la — par le tatouage, Bergasse, 174. Traitement de la — par les injections sous-cutanées de calomel, Feulard (Soc. de dermatologie), 575. Le

traitement de la —, Ch. Mauriac, anal., 527. La — tertiaire des yeux, Galezowski (Soc. de dermatogie), 94.
Syphilitique. Homme —, Mendel (Soc. de dermatologie(, 47.
Syphilomes hyperplasiques de la lèvre inférieure, Hallopeau (Soc. de dermatologie), 94.
Syringomyélie secondaire (Congrès français de Bordeaux), 393. Contribution à l'étude clinique des phénomènes bulbaires dans la —, Lamarq, 246. — unilatérale avec hémiatrophie de la face et phénomènes oculo-pupillaires, Déjerine et Mirallie (Soc. de biologie), 177.
Système nerveux. Recherches expérimentales sur les altérations du — dans les paralysies diptériques, 367. Histologie du —, Mathias Duval (Soc. de biologie), 118.

T

Tabès. Deux cas de —, Marie et A. Bernard (Soc. méd. des hôp.), 515.
Tatouage. Méfaits du —, 272.
Teinture. Accidents provoqués par une — pour les cheveux, Cathelineau (Soc. de dermatologie), 47.
Terrier (F.), v. Trépan.
Tétanos céphalique, Eug. Rochard, 257, 265, 459. — guéri par l'antitoxine de Tizzoni, 380. Observations de — traumatique, Leroy des Barres (Acad. de méd.), 608.
Thymus volumineux porté par un enfant mort dix minutes après une anesthésie au chloroforme, Picqué (Soc. de chirurgie), 191.
Thyroïdien. Sur le traitement —, Beclère (Soc. méd. des hôp.), 45.
Thérapeutique. Traité élémentaire de clinique — G. Lyon, anal., 95.
Thérèse, v. Adénomes, Artères, Foie, Sérum.
Thibierge (Georges), v. Peau, Hydrocystomie.
Thin, v. Lait.
Thyroïdite aiguë. Sur une —, Gaillard, (Soc. méd. des hôp.), 311.
Tibio-tarsienne. Sur l'articulation — (Congrès de chirurgie), 548.
Tillaux, v. Fibro-sarcome, Phlegmon.
Topographie. Nouveaux essais de — crânio-encéphalique, E. Masse, J. Woolonghan, 57.
Toxicité des alcools, Cadet de Gassicourt (Acad. de méd.), 416. — des boissons alcooliques, Daremberg (Acad. de méd.), 501. Mesure de la — des alcools par les injections intra-veineuses (Congrès français de Bordeaux), 393.
Toxines. Quelques particularités relatives au mode d'action et aux effets de certaines — microbiennes, Quinard et Artaud, 275. Sur la — charbonneuse, Marmier, 366.
Transplantations hétéroplastiques. Des —, Mossé (Acad. de méd.), 525.
Traumatisme pulmonaire. Observation de — (Congrès de chirurgie), 521.
Trépan. L'opération du —, F. Terrier, anal., 587.
Trional. Valeur hypnotique du — chez les enfants, Cadet de Gassicourt (Acad. de méd), 432.
Trophonévrose. La — acromégalique, sa co-existence avec le goître exophtalmique et la glycosurie, Lancereaux, 90.
Troubles cardiaques. Des —, Huchard (Soc. méd. des hôp.), 611. — trophiques d'origine blennorrhagigue, Jeanselme (Soc. de dermatologie, 298.
Trouillet, v. Grippe, Microbe.
Tubage. Quatre cas de déglutition accidentelle des tubes métalliques après l'opération du —, Variot, 332.
Tubaires. Thérapeutique des collections — (Congrès de gynécologie), 414.
Tube digestif. Sur les annexes du — (Congrès de chirurgie), 536.
Tuberculose aspergillaire, Bénon et Sergent (Soc. de biologie), 226. — bucco-pharyngée, Dieulafoy (Acad. de méd.), 213. — chronique de la vessie, Delagénière (Soc. de chirurgie). 152. Contribution à l'étude de la — pulmonaire chez les syphilitiques, Jacquinet, 263. — cutanée, Hallopeau (Soc. de dermatologie), 612. — de l'ovaire, Guillemain, 80. — des voies biliaires, S. Sergent (Soc. de biologie), 262. La cure d'air dans la —, en particulier dans les pays de montagnes, Lalesque, 25. La cure marine dans ses rapports avec la —, 451. — larvée des trois amygdales, Dieulafoy (Acad. de méd.), 223, 236. Le phénol sulfoconjugué dans la — laryngée, Albert Robin, anal., 264. Nécroses viscérales dans la — humaine aiguë et subaiguë, Leredde, 44. — osseuse affectant le canal médullaire en totalité, Le Dentu (Soc. de chirurgie), 311. Sur le traitement de la — du poumon par les injections intra-pulmonaires, Fernet, 345. Traitement de la — par le sérum de chien, Broca (Soc. de biologie), 417.
Tuffier, v. Goitre, Poumon.
Tumeur blanche du pied (Congrès de chirurgie), 524. — de la région sacro-coccygienne (Soc. de chirurgie), 191. — des ovaires (Congrès de gynécologie), 394. — gazeuses de la région crânienne, Le Dentu (Acad. de méd.), 213. Des — malignes, récidive par inoculation opératoire, Guinard, Aimé, 457. Pathogénie des — hétérotopiques, P. Delbet, 325. Recherches cliniques sur l'action du sérum érysipélateux sur les — malignes, Kopfstein, 463. Traitement chirurgical des — de la vessie, anal., 251, 431. Sur l'ablation d'une — du mésentère, Routier (Soc. de chirurgie), 81.
Typhlites. La pathologie et le traitement des — (Congrès de médecine), 198.
Typhus. Injections sous-cutanées de sérum des convalescents de —, E. Legrain (Soc. de biologie), 71.

U

Uffelmann, v. Bacilles.
Ulcération ayant l'aspect d'un chancre, Louis Wickham (Soc. de dermatologie), 211. — du fourreau de la verge, Louis Wickham (Soc. de dermatologie), 201. — sublinguale et subglossite diphtéroïde indépendante de la coqueluche, Comby (Soc. méd. des hôp.), 596.
Ulcère. Le bicarbonate de soude dans le traitement de l'— rond de l'estomac, Mathieu (Soc. méd. des hôp.), 153. — rond, Hayem (Soc. méd. des hôp.), 177. — traumatiques de l'estomac, 183.
Urémie. Hyperthermie dans l'—, Victor Courdoux, 120.
Urèthre. Duplicité congénitale limitée à l'— et à la vessie, Péan (Acad. de méd.), 259.
Uréthrocèle. Sur l'— et ses variétés (Congrès de gynécologie), 414.
Uretère. Les faits de greffe vésicale de l'—, Pozzi (Acad. de méd.), 151.
Urine. L'incontinence nocturne d'— chez l'enfant, 145, 157.
Urines noires après absorption de créosote. Léon Nimier, 412.
Urticaire. Traitement de l'—, C. Berliner, 141.
Utérus. De l'utilité qu'on peut retirer dans la rétrodéviation de l'—, de la présence de la crête médiane postérieure, Le Dentu (Soc. de chirurgie), 140. Défense physiologique de l'— et de ses annexes contre l'infection, Kronig et Menge, 21.

V

Vaccination. De quelques accidents de la —. 349.
Vaccine. Propagation de la —, Hervieux (Acad. de méd.), 332.
Vagin. Un cas d'absence complète du —, Picqué (Soc. de chirurgie), 525.
Vallin, v. Intoxication.
Valude (E.), v. Ophtalmie, Ostéo-périostite, Strabisme.
Vapeurs. Emploi des — iodoformiques dans le coryza et la bronchite descendante (Soc. méd. des hôp.), 19.
Varices lympathiques, Hanot (Soc. méd. des hôp.), 105.
Variole. De la — et de la vaccine, Layet (Acad. de méd.), 584.
Variolisation. Étude sur la —, Hervieux (Acad. de méd.), 260.
Variot, v. Croup, Déglutition, Diphtérie, Injection, Sérum, Tubage.
Vaucaire, v. Formulaire, Gynécologie.
Végétations adénoïdes. Le traitement des — (Acad. de méd.), 165. — adénoïdes du naso-pharynx (Congrès du chirurgie), 557. La question des — adénoïdes tuberculeuses, F. Helme, 421.
Veines. Existence des vaso-moteurs des —, Ranvier (Acad. des Sciences), 106. Plaies des —, 245.
Vératrol de synthèse. Recherches expérimentales sur le —, Surmond et Vernesch (Soc. de biologie), 417.
Verchère, v. Calomel, Injections, Syphilis.
Vernesch, v. Vératrol.
Verneuil, v. Chirurgie.
Verrues de la plante du pied, Dubreuilh (Soc. de dermatologie), 212.
Vessie. Tuberculose chronique de la —, Delagénière (Soc. de chirurgie), 152. L'abouchement de l'uretère dans la —, 284. Duplicité congénitale limitée à l'urèthre et à la —, Péan (Acad. de méd.), 259. Traité des tumeurs de la —, Clado anal., 251. Traitement chirurgical des tumeurs de la —, 431. Modification pour l'opération de l'exstrophie de la — (Congrès de gynécologie), 415.
Viandes. Vente des —, Nocard (Acad. de méd.), 272.
Viard, v. Ostéomyélite.
Viger, v. Intoxication.
Virus. Etude sur les —, Hameau, anal., 287.
Voisin (Auguste), v. Délire.
Volvulus de l'S iliaque et son traitement (Congrès de chirurgie), 534.
Vomissements. Les — hystériques, Mathieu (Soc. des hôp.), 334. Traitement des — de la grossesse, Champetier de Ribes (Soc. des hôp.), 132.

W, Y, Z

Weber, v. Étiologie.
Weill (E.), v. Cœur.
Wickam, v. Pictyriasis, Ulcération.
Wickham, v. Lichen plan, Ulcération.
Widal (F.), Myélites, Luxations.
Wilson (Albert), v. Psoriasis.
Woolonghan (J.), v. Topographie.
Worms, v. Diabète.
Yersin, v. Peste.
Ziembicki, v. Phlegmon.
Zones hystérogènes et les zones hystéroclasiques, Closier (Acad. de méd.), 31, 174.

Le Gérant : O. DOIN.

Paris. — Imprimerie MICHELS et Fils, passage du Caire, 8 et 10.